

# Ein evidenzbasierter Blick auf die Beschneidungsdebatte

Von Hendrik Pekárek, Berlin\*

*Die Debatte über die rechtliche Behandlung der rituellen Beschneidung von Knaben beschäftigt die deutsche Strafrechtswissenschaft trotz Inkrafttretens des neuen § 1631d BGB noch immer. Dieser Beitrag untersucht kritisch die Darstellungen zum Stand medizinischer Erkenntnis in der rechtswissenschaftlichen Diskussion. Dazu werden die Prinzipien der evidenzbasiert-wissenschaftlichen Forschung in den strafrechtlichen Diskurs übertragen. Die Quellen der bisherigen rechtswissenschaftlichen Beiträge werden herausgearbeitet und mit dem Stand medizinischer Erkenntnis, wie er sich im internationalen Schrifttum darstellt, verglichen. Es zeigt sich dabei, dass die bisher im deutschen Schrifttum zu findenden Angaben, mit denen die Kritiker die Strafbarkeit des Eingriffs begründen, erheblich von dem internationalen Forschungsstand abweichen. Diese Abweichungen sollten von der anhaltenden deutschen Debatte berücksichtigt werden.*

*Despite its explicit legalization in the new section 1631d BGB, the debate on the legality of ritual male circumcision in German jurisprudence continues. This article reviews the alleged state of medical knowledge represented in the legal debate thus far. For this purpose, the principles of evidence-based scientific research are transferred to the criminal law discourse. This new methodology is then employed to evaluate the sources of the previous contribution and to compare them with the state of medical knowledge as identified in international sources. The subsequent analysis shows that the information provided and relied upon by the proponents of the rituals' criminality in the German legal literature differ significantly from current international scientific consensus. Those differences should be carefully taken into consideration in any further discourse on the subject matter.*

## I. Einführung

Mit Urteil vom 7.5.2012 entschied das Landgericht Köln, dass die medizinisch nicht-induzierte Beschneidung von Knaben eine strafbare Körperverletzung im Sinne des § 223 Abs. 1 StGB darstellt.<sup>1</sup> Dem Kölner Urteil vorweg ging eine Debatte in der deutschen Strafrechtswissenschaft um die Strafbarkeit des Rituals, an der auch einige Verfassungsrechtler

und Mediziner teilnahmen.<sup>2</sup> Die Mehrheit der Literatur sah die Zirkumzision dabei grundsätzlich als tatbestandliche Körperverletzung im Sinne des § 223 Abs. 1 StGB an. Umstritten war allerdings, ob die Eltern des Knaben in diese Handlung rechtfertigend einwilligen konnten oder ob der Kindeswohlgedanke aus § 1626 BGB in Verbindung mit § 1631 BGB dem entgegenstand. Zentral für die verfassungs- und strafrechtlichen Aspekte der Debatte war die Frage, ob die Zirkumzision für das Wohl des Knaben vor-, nachteilhaft oder neutral sei. Die Kritiker erachteten die Nachteile des Eingriffs mit Verweis auf medizinische Studien für erwiesen und lehnten folglich eine strafrechtlich relevante rechtfertigende Einwilligung der Eltern aus Kindeswohlgründen sowie eine verfassungsrechtliche Abwägung zwischen der Elternfreiheit aus Art. 6 und der körperlichen Unversehrtheit aus Art. 2 GG ab. Etwaige vorteilhafte präventiv-medizinische oder soziokulturelle Faktoren dürften in den Abwägungsprozess entweder gar nicht<sup>3</sup> oder nur begrenzt einbezogen werden.<sup>4</sup> Die kleine Strafkammer folgte in ihrer Urteilsbegründung der Ansicht der Kritiker und verwies auf deren Beiträge.<sup>5</sup> Mit der Einführung des § 1631d BGB hat der Gesetzgeber das Recht der Eltern, in die Beschneidung des männlichen Kindes rechtfertigend einzuwilligen, nunmehr ausdrücklich normiert.

Dennoch bewegt das Thema die Gerichte und die deutsche Strafrechtswissenschaft weiterhin: Vor allem mit Blick auf die von ihnen ausgemachten Nachteile kritisieren die Kritiker in der Literatur die neu geschaffene Norm.<sup>6</sup> Überdies hat jüngst der 3. Senat für Familiensachen des OLG Hamm in Konkretisierung des § 1631d BGB entschieden, dass die Wirk-

<sup>2</sup> Siehe z.B. *Fateh-Moghadam*, RW 2010, 115; *Herzberg*, JZ 2009, 332; *ders.*, ZIS 2010, 471; *ders.*, MedR 2012, 169; *Putzke*, in: *Putzke u.a. (Hrsg.)*, Strafrecht zwischen System und Telos, Festschrift für Rolf Dietrich Herzberg zum siebenzigsten Geburtstag am 14. Februar 2008, 2008, S. 669; *ders.*, NJW 2008, 1568; *ders.*, MedR 2008, 269; *ders./Stehr/Dietz*, Monatsschrift Kinderheilkunde 2008, 783; *ders.*, Der Urologe 2010, 286; *Schramm*, Ehe und Familie im Strafrecht, 2011; *Schramm/Gierthmühlen/Eckstein u.a.*, Der Urologe 2009, 869; *Schwarz*, JZ 2008, 1125.

<sup>3</sup> *Herzberg*, JZ 2009, 332 (335).

<sup>4</sup> *Putzke* (Fn. 2 – FS Herzberg), S. 676, 702.

<sup>5</sup> LG Köln, Urt. v. 7.5.2012 – 151 Ns 169/11 = NJW 2012, 2128, verweist auf *Herzberg*, JZ 2009, 332; *ders.*, MedR 2012, 169; *Jerouschek*, NStZ 2008, 313; *Putzke*, NJW 2008, 1568.

<sup>6</sup> *Mandla*, FPR 2013, 244 (247, 249); *Eschelbach*, in: v. Heintschel-Heinegg (Hrsg.), Beck'scher Online-Kommentar, Strafgesetzbuch, Stand: 8.3.2013, § 223 Rn. 99; *Frerk*, Humanistischer Pressedienst v. 7.1.2013, Interview mit Holm Putzke: Den Gesetzgeber hat der Teufel geritten, <http://hpd.de/node/14709> (22.11.2013); *Herzberg*, ZIS 2012, 486 (488); *Scheinfeld*, HRRS 2013, 268 (269); *Merkel*, in: Zeit Online v. 1.10.2012, abrufbar unter: <http://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2012-10/beschneidung-ethikat-reinhard-merkel> (22.11.2013); *Walter*, JZ 2012, 1110 (1113).

\* Der Verf. ist Research Fellow und Doktorand bei den Berliner Studien zum Jüdischen Recht an der Juristischen Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin. Mein Dank gilt Prof. Dr. Martin Heger, Prof. Dr. Klaus Marxen, Privatdozent Dr. Florian Knauer, Dr. Boris Burghardt, Dr. Anneke Petzsche, Dr. Ilyah Levin, Jan Baumann, Boris Bröckers, Aziz Epik, Michael Jahn und Alexander Tischbirek für ihr Feedback, sowie Dr. Wolfgang Hegenbarth, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Berlin, für die Beratung in medizinischen Fachfragen.

<sup>1</sup> LG Köln, Urt. v. 7.5.2012 – 151 Ns 169/11 = NJW 2012, 2128.

samkeit der elterlichen Einwilligung in die Beschneidung von der ordnungsgemäßen und umfassenden Aufklärung über die Chancen und Risiken des Eingriffs abhängt.<sup>7</sup> Die weiterhin anhaltende Aktualität des Themas und die fortwährende Verweisung auf die Angaben der Kritiker in aktuellen Kommentierungen des § 223 StGB<sup>8</sup> gebietet eine eingehende Untersuchung der in der Debatte vorgebrachten empirischen Belege zu Risiken und Auswirkungen des Eingriffs.

## II. Methodik der Untersuchung

Die Frage, ob die nicht medizinisch indizierte Zirkumzision das Kindeswohl negativ beeinträchtigt, ist primär keine rechtliche Frage, sondern nur durch die Erkenntnisse anderer Disziplinen, insbesondere der Medizin und der Psychologie beantwortbar. Ein methodengerechtes Vorgehen setzt insofern voraus, dass nach Möglichkeit alle verfügbaren Quellen in die Diskussion einfließen.

Dieser Aufsatz untersucht die Darstellungen zum „Stand medizinischer Erkenntnis“,<sup>9</sup> die in der rechtswissenschaftlichen Debatte in Bezug auf das Kindeswohl vorgebracht wurden. Die Untersuchung orientiert sich dabei – soweit für einen rechtswissenschaftlichen Beitrag möglich – an den methodischen Forschungskriterien der sog. evidenzbasierten Medizin (EbM). Unter EbM versteht man den gewissenhaften, ausdrücklichen und vernünftigen Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten.<sup>10</sup> Mit „evidenzbasiert“ gemeint ist somit eine nachweisorientierte, durch empirische Belege gestützte Vorgehensweise.<sup>11</sup> EbM bezieht sich dazu „auf die Informationen aus wissenschaftlichen Studien und systematisch zusammengetragenen klinischen Erfahrungen, die einen Sachverhalt erhärten oder widerlegen“.<sup>12</sup>

Die Bewertung der Evidenz von Studienergebnissen erfolgt in den Lebenswissenschaften<sup>13</sup> grundsätzlich anhand objektiv

nachvollziehbarer Kriterien wie dem Studiendesign, der durchführenden Institution, aber auch durch das Publikationsmedium, dessen Impact-Faktor in Journal-Rankings,<sup>14</sup> das Vorhandensein von unabhängigen peer-review der Einzelbeiträge, sowie eventueller Interessenkonflikte seitens der Durchführenden.<sup>15</sup> Wichtige Aspekte des Studiendesigns sind die Anzahl an teilnehmenden Versuchspersonen, sowie ob es sich um retrospektive oder prospektive,<sup>16</sup> beobachtende oder experimentelle,<sup>17</sup> unkontrollierte oder kontrollierte,<sup>18</sup> Querschnitt-

---

Biochemie, Bioinformatik, Biologie, Biomedizin, Biophysik, Bio- und Gentechnologie, Ernährungswissenschaften, Lebensmitteltechnologie, Medizin, Medizintechnik, Pharmazie und Pharmakologie, Umweltmanagement und Umweltechnik, vgl. Deutsche UNESCO-Kommission e.V., Lebenswissenschaften, <http://www.unesco.de/lebenswissenschaften.html> (23.11.2013).

<sup>14</sup> Das Journal-Ranking wird hier wo möglich jeweils durch den offen zugänglichen SCImago Journal & Country Rank (SJR) aus dem jeweiligen Publikationsjahr bis auf die zweite Nachkomma-Stelle angegeben; der SJR misst den wissenschaftlichen Einfluss eines durchschnittlichen Artikels des jeweiligen Journals; siehe SCImago, SJR - SCImago Journal & Country Rank, <http://www.scimagojr.com> (22.11.2013); von den in diesem Beitrag zitierten Journals hat das New England Journal of Medicine zum Zeitpunkt der Veröffentlichung den höchsten (SJR 8,34) und das Irish Journal of Medical Science den niedrigsten Faktor (SJR 0,20).

<sup>15</sup> M.w.N. siehe auch die Serie zur Bewertung wissenschaftlicher Publikationen im Deutschen Ärzteblatt: *Du Prel/Röhrig/Blettner*, Deutsches Ärzteblatt 2009, 100; *Ressing/Blettner/Klug*, Deutsches Ärzteblatt 2009, 456; *Röhrig u.a.*, Deutsches Ärzteblatt 2009, 262.

<sup>16</sup> Retrospektive Studien greifen auf Daten zurück, die bei Studienbeginn schon vorliegen, während bei prospektiven Studien diese Daten erst nach Studienbeginn entstehen. Mit prospektiven Studien lässt sich somit beobachten, ob ein bestimmter Eingriff tatsächlich zum Auftreten eines bestimmten Effekts führt, während mit retrospektiven Studien rückwirkend untersucht wird, ob sich eine Experimental bzw. Beobachtungsgruppe von der Kontrollgruppe unterscheidet. Siehe *Rothgangel*, Kurzlehrbuch Medizinische Psychologie und Soziologie, 2. Aufl 2010, S. 160; *Seiler*, in: Krukemeyer/Alldinger (Hrsg.), Chirurgische Forschung, 2006, S. 205 (S. 208).

<sup>17</sup> Bei Beobachtungsstudien nehmen die Forscher eine passive Rolle ein: Sie erheben Daten lediglich durch Beobachtung bestimmter Merkmale der Studienteilnehmer. Bei Experimentellen Studien intervenieren die Forscher dagegen aktiv bei den Studienteilnehmer, indem sie z.B. ein bestimmtes Medikament verschreiben oder einen operativen Eingriff vornehmen; siehe *Seiler* (Fn. 16), S. 208.

<sup>18</sup> Kontrollierte Studien vergleichen Effekte zwischen zwei Gruppen von Personen, der sog. Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe, während in unkontrollierten Studien kein Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe stattfindet; siehe *Seiler* (Fn. 16), S. 208.

---

<sup>7</sup> OLG Hamm, Beschl. v. 30.8.2013 – 3 UF 133/13 = NJW 2013, 3362.

<sup>8</sup> *Eschelbach* (Fn. 6), Rn. 9.1, 35.1 ff.; *Fischer*, Strafgesetzbuch und Nebengesetze, Kommentar, 60. Aufl. 2013, § 223 Rn. 43, 44a ff.

<sup>9</sup> *Walter*, JZ 2012, 1110 (1113).

<sup>10</sup> *Quaas/Zuck*, Medizinrecht, 2. Aufl. 2008, § 11 Rn. 125; *Stallberg*, PharmR 2010, 5 (6); *Welti/Raspe*, NJW 2002, 874.

<sup>11</sup> Der Begriff „Evidenz“ ist dabei nicht i.S.d. lateinischen „evidentia“ (i.S.v. Augenscheinlichkeit), sondern i.S.d. englischen „evidence“ (Aussage, Zeugnis, Beweis, Ergebnis, Unterlage, Beleg) zu verstehen; Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V., Grundbegriffe de EbM: Definitionen, <http://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/grundbegriffe/definitionen/> (22.11.2013).

<sup>12</sup> Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V., Grundbegriffe de EbM: Definitionen, <http://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/grundbegriffe/definitionen/> (22.11.2013); vertiefend *Hahn/Sröhle*, GRUR 2013, 120 (123).

<sup>13</sup> Nach der Definition der UNESCO umfassen die Lebenswissenschaften (oder Life Sciences) die Wissenschaftszweige

oder Längsschnittstudien handelt.<sup>19</sup> Ein besonders hoher Beweiswert kommt randomisiert kontrollierten Studien und systematischen Übersichtsarbeiten mit oder ohne Metaanalyse zu. Die randomisiert kontrollierte Studie vergleicht zwei (oder mehr) durch Randomisierung zufällig zusammengestellte Gruppen von Versuchspersonen zeitgleich bezüglich der Ergebnisse zweier (oder mehr) Behandlungen prospektiv.<sup>20</sup> Durch die zufällige Zuteilung der Studienteilnehmer und der blinden Durchführung des Experiments, wird eine Verzerrung der Ergebnisse durch die Forscher oder Probanden verhindert.<sup>21</sup> Sie gelten daher als „Goldstandard“ der medizinischen Forschung.<sup>22</sup> Die systematische Übersichtsarbeit bezeichnet die zusammenfassende Darstellung mehrerer Primärstudien zu einem gemeinsamen Effekt.<sup>23</sup> Dies kann durch Metaanalyse mittels quantitativen, statistischen Methoden erfolgen.<sup>24</sup> So kann besser als bei Einzelstudien überprüft werden, ob ein bestimmter Effekt tatsächlich vorliegt und wie stark er ist.<sup>25</sup> Metaanalysen bilden eine zentrale Grundlage der evidenzbasierten Forschung, da sie aufgrund des aggregierten Forschungsstandes gegenüber den mitunter überaus kleinen Einzelstudien eine wesentlich erhöhte Aussagekraft haben.<sup>26</sup> Die tatsächliche Bewertung von Studien erfolgt dabei in der EbM nach einer „Hierarchie der Evidenz“ in folgender Rangfolge.<sup>27</sup>

<sup>19</sup> Die Querschnittstudie gibt eine Momentaufnahme, indem sie Merkmale der Studienteilnehmer zu einem bestimmten Zeitpunkt erhebt. Die Längsschnittstudie (gelegentlich auch Langzeitstudie genannt) untersucht dagegen die Studienteilnehmer zu mehreren Zeitpunkten; siehe *Rothgangel* (Fn. 16), S. 159 f.; *Seiler* (Fn. 16), S. 208.

<sup>20</sup> *Bortz/Schuster*, Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler, 7. Aufl. 2010, S. 8, 584; *Rothgangel* (Fn. 16), S. 157; *Windeler u.a.*, Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2008, 321; für die Anwendung dieser Methodik auch im Pharmarecht, siehe *Reese/Holtdorf*, in: *Dieners/Reese* (Hrsg.), Handbuch des Pharmarechts, 2010, § 11 Rn. 147 ff.; für eine genaue Erklärung des Randomisierungsvorgangs, siehe *Schulz/Grimes*, Organizational Behavior and Human Decision Processes 2002, 515.

<sup>21</sup> *Schulz/Grimes*, Organizational Behavior and Human Decision Processes 2002, 515 (516).

<sup>22</sup> *Rothgangel* (Fn. 16), S. 157; *Schulz/Grimes*, Organizational Behavior and Human Decision Processes 2002, 515.

<sup>23</sup> *Ressing/Blettner/Klug*, Deutsches Ärzteblatt 2009, 456; *Seiler* (Fn. 16), S. 208.

<sup>24</sup> *Bortz/Döring*, Forschungsmethoden und Evaluation, 3. Aufl. 2006, S. 672 f.

<sup>25</sup> *Bortz/Döring* (Fn. 24), S. 673; *Ressing/Blettner/Klug*, Deutsches Ärzteblatt 2009, 456.

<sup>26</sup> *Reese/Holtdorf* (Fn. 20), § 11 Rn. 148; *Ressing/Blettner/Klug*, Deutsches Ärzteblatt 2009, 456 (461); *Schumacher*, Methodik Klinischer Studien, 2009, S. 129.

<sup>27</sup> Hier leicht vereinfacht dargestellt nach *Herkner/Müllner*, Erfolgreich wissenschaftlich arbeiten in der Klinik, 3. Aufl. 2011, S. 244, für die vollständige Übersicht siehe Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V., Evidenzklassen, <http://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/images/evidenzklassen.jpg/view> (22.11.2013).

- 1. Systematische Übersichtsarbeiten und/oder Metaanalysen von mehreren randomisiert kontrollierten Studien
- 2. Einzelne randomisiert kontrollierte Studien mit hoher statistischer Aussagekraft
- 3. Nicht randomisiert kontrollierte Studien (Beobachtungsstudien)
- 4. Nicht kontrollierte Studien
- 5. Nicht evidenzbasierte Expertenmeinungen.

Die EbM ist als „Methode der Verwissenschaftlichung der Medizin sowohl für den Bereich professioneller Normsetzung und Normanwendung als auch für die Transformation solcher Normen in rechtliche Geltung relevant“.<sup>28</sup> Der Grundsatz der EbM ist als Rechtsbegriff sowohl direkt,<sup>29</sup> als auch indirekt vom Gesetzgeber im SGB V implementiert worden.<sup>30</sup> Der Gesetzgeber hat ferner den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) seit dem Jahr 2006 verpflichtet die Kriterien der evidenzbasierten Medizin zur Grundlage ihrer Bewertungspraxis zu machen.<sup>31</sup> Aufgrund dieser weitreichenden rechtlichen Geltung der Grundsätze der EbM, wird die rechtlich relevante Frage nach den Vor- und Nachteilen bzw. den Risiken und Auswirkungen der Beschneidung im Folgenden durch die Übertragung dieser Prinzipien auf die strafrechtswissenschaftliche Debatte aufgearbeitet. Dazu werden die von den Kritikern vorgebrachten Angaben zu den

<sup>28</sup> *Hart*, MedR 2000, 1 (5).

<sup>29</sup> Siehe § 35 Abs. 1b SGB V („Grundsätze der EbM“); § 35b Abs. 1 SGB V („internationalen Standards der EbM“); § 73b Abs. 2 Nr. 2 SGB V; § 137f Abs. 1 Nr. 3 SGB V; § 139a Abs. 3 Nr. 3, Abs. 4 S. 1 SGB V („evidenzbasierte, praxisorientierte Leitlinien“, „international anerkannten Standards der EbM“); § 137f Abs. 1 Nr. 3, Abs. 2 Nr. 1 SGB V („Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien“, „Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der besten, jeweils verfügbaren Evidenz“); § 139a Abs. 4 SGB V („international anerkannte Standards der EbM“); vgl. auch *Stallberg*, PharmR 2010, 5 (8).

<sup>30</sup> Nach *Stallberg* wird der Grundsatz der evidenzbasierten Medizin indirekt implementiert, „wenn das Gesetz sie selbst zwar nicht explizit erwähnt, jedoch Begriffe verwendet, die in der Sache das Gleiche meinen“ (*ders.*, PharmR 2010, 5 [9]); dies geschieht etwa, wenn der Gesetzgeber sich auf den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnis bezieht, z.B. in §§ 2 Abs. 1 SGB V; § 13 Abs. 4, 5 SGB V; § 18 Abs. 1 SGB V; § 56 Abs. 2 SGB V; § 70 Abs. 1 SGB V; § 92 Abs. 1 SGB V; § 137c Abs. 1 SGB V; § 140b Abs. 3 SGB V.

<sup>31</sup> Vgl. § 92 Abs. 1 SGB V, siehe auch *Stallberg*, PharmR 2010, 5; die Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschuss besagt, dass dieser den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse auf der Grundlage der evidenzbasierten Medizin ermittelt und eine Bewertung der Evidenz sich an evidenzbasierten Leitlinien zu orientieren hat, siehe Gemeinsamer Bundesausschuss, Verfahrensordnung, [http://www.g-ba.de/downloads/62-492-765/VerfO\\_2013-06-20\\_und\\_2013-02-21.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/62-492-765/VerfO_2013-06-20_und_2013-02-21.pdf) (22.11.2013), S. 12, 135.

ursprünglichen Studien, aus denen sie stammen, zurückverfolgt und ihnen systematisch Studien höherer Evidenz aus dem internationalen Schrifttum gegenübergestellt. Die von den Kritikern gemachten Angaben werden sodann anhand der gefundenen Literatur unter den wissenschafts-methodischen Gütekriterien der evidenzbasierten Forschung analysiert und vor dem Hintergrund der verfügbaren Datenlage einer kritischen Bewertung unterzogen.<sup>32</sup>

Die Recherche für diese Untersuchung erfolgte interdisziplinär in wissenschaftlichen Meta-Suchmaschinen,<sup>33</sup> sowie fachspezifischen juristischen und medizinischen Datenbanken.<sup>34</sup>

### III. Der Stand medizinischer Erkenntnis

Im rechtswissenschaftlichen Schrifttum lassen sich fünf zentrale Punkte zum anerkannten Stand medizinischer Erkenntnis identifizieren, die für eine straf- und verfassungsrechtliche Bewertung des Eingriffs relevant sein können: das Risiko von gesundheitlichen Komplikationen durch den Eingriff (1.), die Sterblichkeitsrate des Eingriffs (2.), das Risiko späterer sexueller Funktionsstörungen als Folge des Eingriffs (3.), das Risiko durch den Eingriff ein psychologisches Trauma zu erleiden (4.) und der Ausschluss etwaiger Vorteile des Eingriffs (5.). Im Folgenden werden die Beweise für Nachteile sowie der Ausschluss etwaiger Vorteile nacheinander nach der oben erläuterten Methode untersucht und kritisch hinterfragt.

#### 1. Das Risiko von Komplikationen durch die Zirkumzision

Die Kritiker der Beschneidung sehen in den möglichen Komplikationen bei der Zirkumzision von Säuglingen, Knaben und Heranwachsenden eines ihrer Hauptargumente für die Strafbarkeit des Eingriffs.<sup>35</sup> Die Gefahren des Eingriffs werden dabei in der Debatte entweder als Auflistung aller bekannten Komplikationen, als allgemeiner Wahrscheinlichkeitswert oder als natürliche Häufigkeit angegeben: So finden sich im rechtswissenschaftlichen Schrifttum etwa Verweise auf eine Liste von 18 Komplikationen der Stanford School of Medicine<sup>36</sup> sowie Komplikationsraten von „0,2 bis circa 6 % der

Fälle“,<sup>37</sup> „teilweise bei über zehn Prozent“,<sup>38</sup> „Komplikationsraten von immerhin im einstelligen Prozentbereich (also 1 bis 10 pro hundert!)“,<sup>39</sup> sowie langfristige Komplikationsrisiken für die neonatale Zirkumzision von „bis zu 32 % der Fälle“.<sup>40</sup>

Mit Hinblick auf Art der Risikokommunikation, die Differenzierbarkeit und die Zuverlässigkeit der zugrundeliegenden Daten sind diese in der Literatur zu findenden Angaben bedenklich. Fundierte Aussagen zur Komplikationsrate lassen sich nur treffen, wenn vorab definiert wird, was überhaupt als Komplikation zu bewerten ist.<sup>41</sup> Bei Angaben zur Komplikationsrate der Zirkumzision ist etwa streng zwischen einfachen und schweren Komplikationen zu unterscheiden.<sup>42</sup> Ferner muss zwischen unmittelbaren Komplikationen und späten Komplikationen unterschieden werden.<sup>43</sup> Außerdem ist das Risiko von Komplikationen abhängig von weiteren Faktoren, etwa ob der Eingriff in einer sterilen oder nichtsterilen Umgebung stattfindet, ob der Eingriff von einem Arzt oder einem traditionellen Beschneider vorgenommen wird, sowie von den genutzten chirurgischen Methoden und Instrumenten.<sup>44</sup> Da es in der Debatte im Kern um die Zulässigkeit des Eingriffs bei Minderjährigen geht, ist auch ein Zusammenhang zwischen Alter und steigendem Komplikationsrisiko für die rechtliche Debatte relevant.<sup>45</sup> Hier hätte eine differenzierte Betrachtung der Komplikationsgefahren des Eingriffs etwa erfordert, dass zwi-

<sup>32</sup> Siehe auch das Vorgehen bei der EbM, siehe z.B. <http://www.cochrane.de/de/ebm> (22.11.2013).

<sup>33</sup> Google Scholar (<http://scholar.google.de>), Google Books (<http://books.google.de>), Web of Knowledge (<http://wokinfo.com/>), Microsoft Academic Search (<http://academic.research.microsoft.com/>).

<sup>34</sup> PubMed (<http://www.pubmed.gov/>), The Cochrane Library (<http://www.thecochranelibrary.com/>), Beck Online (<http://beck-online.beck.de/>), Juris (<http://www.juris.de>).

<sup>35</sup> Siehe etwa Herzberg, ZIS 2012, 486 (488); Putzke (Fn. 2 – FS Herzberg), S. 677; Walter, JZ 2012, 1110 (1113).

<sup>36</sup> Siehe Scheinfeld, HRRS 2013, 268; Merkel, Zeit Online v. 1.10.2012 (Fn. 6); in dem Interview spricht Merkel fälschlich von der „Stanford School of Psychiatries“ und erwähnt „18 typische physiologische Komplikationen der Beschneidung“.

<sup>37</sup> Putzke ([Fn. 2 – FS Herzberg], S. 677) verweist auf Riccabona, welcher diese Angaben jedoch nicht näher belegt; vgl. Riccabona, in: Steffens/Langens (Hrsg.), Risiken und Komplikationen in der Urologie 2, 2005, S. 318 ff.

<sup>38</sup> Putzke, Recht und Politik 2012, 138.

<sup>39</sup> Müller, Zirkumzision - wie soll das Gesetz aussehen? (mit Update 20.7.2012), <http://blog.beck.de/2012/07/15/zirkumzision-wie-soll-das-gesetz-aussehen-mit-update-2007> (22.11.2013).

<sup>40</sup> Putzke (Fn. 2 – FS Herzberg), S. 677; ders., ZIS 2009, 177 (180); Stehr/Putzke/Dietz, Deutsches Ärzteblatt 2008, 1178; jeweils mit Verweis auf Stehr u.a., Klin Padiatr 2001, 50 (53).

<sup>41</sup> Für eine systematische Metaanalyse m.w.N. siehe Weiss u.a., BMC Urol 2010, 10:2 (9) – SJR 0,62.

<sup>42</sup> Zum Problem der Definition von Komplikationen, siehe Weiss u.a., diese erfassen als einfache Komplikationen solche Blutungen, die sich ohne besonderen Aufwand stillen lassen, sowie überbleibende Vorhaut. Dagegen seien Komplikationen als „schwer“ zu erachten, wenn sie lebenslange oder lebensbedrohende Folgen haben, etwa die Amputation der Eichel, Verletzungen der Harnröhre oder die Notwendigkeit plastischer Korrektur; siehe Weiss u.a., BMC Urol 2010, 10:2 (1, 9).

<sup>43</sup> Krill/Palmer/Palmer, TSWJ 2011, 2458 (2462).

<sup>44</sup> Center for Disease Control and Prevention, Male Circumcision and Risk for HIV Transmission and Other Health Conditions: Implications for the United States, <http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/PDF/circumcision.pdf> (22.11.2013), S. 4; Weiss u.a., BMC Urol 2010, 2 (8).

<sup>45</sup> Tobian/Gray, JAMA 2011, 1479 (1480) – SJR 4,77; Weiss u.a., BMC Urol 2010, 10:2 (1).

schen der Beschneidung von Säuglingen, Kleinkindern, Heranwachsenden und Erwachsenen klar unterschieden wird.

Der einfachen Auflistung aller denkbaren Komplikationen, wie durch den Verweis auf eine Liste von 18 Komplikationen vorgenommen,<sup>46</sup> mangelt es an einer solchen Differenzierung. Darüber ist zweifelhaft, ob eine solche Liste ohne dazugehörige Angabe der Häufigkeit des Eintritts wirkliche Aussagekraft für die Rechtswissenschaft besitzt. Aus der bloßen Existenz oder Anzahl möglicher Gefahren allein kann noch kein informiertes Urteil über die tatsächliche Gefährlichkeit einer Maßnahme hergeleitet werden. Nicht ohne Grund kommuniziert die Packungsbeilage selbst gängigster Medikamente das Risiko von Nebenwirkungen in Häufigkeitsangaben, damit der Verbraucher eine informierte Entscheidung über die Gefährlichkeit des Medikaments treffen kann. Die Angabe von *Merkel*, dass es sich um „typische physiologische Komplikationen der Beschneidung“ handelt, ist überdies missverständlich, da die Newborn Nursery der Stanford School of Medicine bei der Mehrzahl dieser Komplikationen explizit ein sehr geringes Risiko kommuniziert.<sup>47</sup> Es handelt sich somit gerade nicht um „typische“ Komplikationen.<sup>48</sup>

Die Differenzierung und Aussagekraft der in der Debatte häufig verwendeten Prozent- und Häufigkeitsangaben zum Komplikationsrisiko ist ebenfalls fraglich. In Bezug auf die rechtliche Problemstellung der Zirkumzision bei Neugeborenen und Kleinkindern decken sich die vorgebrachten Risikoangaben nicht mit dem derzeitigen Kenntnisstand der internationalen medizinischen Forschung.<sup>49</sup> Bei neonatalen Beschneidungen beobachteten groß angelegte Studien in den Vereinigten Staaten und Israel unmittelbare Komplikationsraten zwi-

schen 0,19 %<sup>50</sup>, 0,2 %<sup>51</sup> und 0,34 %.<sup>52</sup> In einer systematischen Metaanalyse von 16 prospektiven Studien aus aller Welt berichten *Weiss u.a.* zum unmittelbaren Komplikationsrisiko bei neonataler Beschneidung einem Zentralwert von 1,5 % und für schwere Komplikationen bei 0 %.<sup>53</sup> Bei Kleinkindern berichten *Weiss u.a.* nach Metaanalyse von 10 prospektiven Studien für einfache Komplikationen einen Zentralwert von 6 % und schweren Komplikationen von 0 %, wobei die erhöhten Werte vor allem darauf zurückzuführen seien, dass die zugrundeliegenden Studien vorwiegend medizinisch-induzierte, nicht rituelle Beschneidungen beobachteten.<sup>54</sup> Für erwachsene Männer berichten die drei groß angelegten randomisiert kontrollierten Studien zur Beschneidung als Beitrag zur HIV-Prävention in Afrika eine einfache Komplikationsrate von 1,7 % bis 8 %.<sup>55</sup> Die im rechtswissenschaftlichen Schrifttum aufzufindende Annahme, das Komplikationsrisiko des Eingriffs sei bei Erwachsenen gleich hoch wie bei Säuglingen

<sup>46</sup> *Scheinfeld*, HRRS 2013, 268; *Merkel* (Fn. 6).

<sup>47</sup> Siehe *Merkel* (Fn. 6), sowie die tatsächlichen Angaben bei *Stanford School of Medicine*, Complications of Circumcision, <http://newborns.stanford.edu/CircComplications.html> (22.11.2013).

<sup>48</sup> „Typisch“ meint laut DUDEN charakteristisch, kennzeichnend, bezeichnend, siehe <http://www.duden.de/rechtschreibung/typisch> (22.11.2013).

<sup>49</sup> Für Deutschland liegen, soweit ersichtlich, keine verlässlichen Zahlen in Form kontrollierter Studien zum Komplikationsrisiko der Zirkumzision von Neugeborenen, Kleinkindern oder Heranwachsenden vor. Zwar präsentierte *Hartmann* in einer Stellungnahme vor dem Bundestag Ergebnisse einer internetbasierten Befragung, an der etwa 10 % der Kinder- und Jugendarztpraxen in Deutschland teilnahmen und anhand ihrer Aufzeichnungen seit dem 1.1.2010 Angaben zu gemeldeten Komplikationen machten. Allerdings geht aus den Daten nicht die absolute oder relative Häufigkeit des Eintritts hervor; Siehe *Hartmann*, Stellungnahme des Präsidenten des Bundesverbands der Kinder- und Jugendärzte 2012,

[http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a06/anh-erugen/archiv/31\\_Beschneidung/04\\_Stellungnahmen/Stellungnahme\\_Hartmann.pdf](http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a06/anh-erugen/archiv/31_Beschneidung/04_Stellungnahmen/Stellungnahme_Hartmann.pdf);

in Abwesenheit valider nationaler Daten muss daher auf die internationale Forschung zurückgegriffen werden.

<sup>50</sup> *Wiswell/Geschke* untersuchten in ihrer retrospektiven kontrollierten Beobachtungsstudie die Krankenhausdaten von 136.086 männlichen Säuglingen in U.S. Militärkrankenhäusern zwischen 1980 und 1985, wovon 100.157 im Krankenhaus beschnitten wurden; dabei wurden 193 Komplikationen (0,19 %) innerhalb des ersten Lebensmonats gemeldet, siehe *dies.*, *Pediatrics* 1989, 1011.

<sup>51</sup> *Christakis u.a.* untersuchten in ihrer retrospektiven Beobachtungsstudie Krankenhausdaten des Bundesstaates Washington zwischen 1987 und 1996 von insgesamt 354.287 männlichen Säuglingen, wovon 130.475 (37 %) im Krankenhaus beschnitten wurden. Dabei wurden 287 (0,2 %) Komplikationen gemeldet, siehe *dies.*, *Pediatrics* 2000, 246 (SJR 1,70).

<sup>52</sup> *Ben Chaim u.a.* registrierten in einer prospektiven Studie im Zeitraum 2001 in vier großen israelischen Krankenhäusern bei 19.478 männlichen Neugeborenen, von denen alle kurz darauf traditionell beschnitten wurden, 66 unmittelbare Komplikationsfälle, siehe *dies.*, *IMAJ* 2005, 368 (SJR 0,25); die Studien von *Ben Chaim u.a.*, *Christakis u.a.* und *Wiswell u.a.* fanden auch Einzug in den jüngsten Report der American Academy of Pediatrics (AAP), siehe *Blank u.a.*, *Pediatrics* 2012, e756 (e772) – SJR 2,54.

<sup>53</sup> *Weiss u.a.*, *BMC Urol* 2010, 10:2 (3).

<sup>54</sup> *Weiss u.a.*, *BMC Urol* 2010, 10:2 (5).

<sup>55</sup> *Auvert u.a.* berichten bei 1.568 beschnittenen Männern von einfachen Komplikationen in 60 Fällen (3,8 %), davon 54 HIV-negativen Männer (3,6 %) und 6 HIV-positiven Männer (8,2 %); *Bailey u.a.* berichten bei 1.391 beschnittenen Männern von einfachen Komplikationen in 23 Fällen (1,7 %); *Gray u.a.* berichten bei 2.328 beschnittenen Männern von Komplikationen in 178 Fällen (8 %), davon 5 schwere Komplikationen (0,2 %), siehe *Auvert u.a.*, *PLOS Medicine* 2005, e298 (1119) – SJR 1,43; *Bailey u.a.*, *The Lancet* 2007, 643 (652) – SJR 4,44; *Gray u.a.*, *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 2007, 657 (SJR 1,65); eine Metaanalyse von *Perera u.a.* kommt so zusammengerechnet auf eine Komplikationsrate von 4,8 %, siehe *Perera u.a.*, *The Annals of Family Medicine* 2010, 64 (67 f.).

oder Kleinkindern,<sup>56</sup> ist somit fragwürdig. Die medizinische Evidenz zeigt vielmehr an, dass das Komplikationsrisiko des Eingriffs mit zunehmendem Alter ansteigt.<sup>57</sup>

Des Weiteren halten die in der strafrechtlichen Literatur angegebenen langfristigen Komplikationen bei der neonatalen Zirkumzision in „bis zu 32 % der Fälle“<sup>58</sup> in Form einer Verengung der Harnröhrenmündung (sog. Meatusstenose) einer evidenzbasierten Überprüfung nicht stand. Die Angaben stammen aus einer inzwischen 15 Jahre alten retrospektiven Beobachtungsstudie von *Upadhyay u.a.*,<sup>59</sup> deren Aussagekraft aufgrund des Publikationsmediums<sup>60</sup> und der geringen Studiengröße von nur 50 Teilnehmern beschränkt ist.<sup>61</sup> Es existieren, soweit ersichtlich, keine anderen Untersuchungen, die eine derart hohe Komplikationsrate für die Meatusstenose reproduziert haben. In der jüngeren Forschung finden sich stattdessen Angaben von 0,01 %, <sup>62</sup> 0,55 %, <sup>63</sup> 0,9 %, <sup>64</sup> 2,78-7,29 %<sup>65</sup>. Bei der Studie von *Upadhyay u.a.* handelt es sich somit um eine klassische „Ausreißerstudie“. Die vielen Studien, die eine ganz erheblich geringere Rate aufzeigen, stellen hier eine verlässlichere und aussagekräftigere Evidenz dar.

Im Ergebnis zeigt sich, dass die in der rechtswissenschaftlichen Literatur verwendeten Angaben aufgrund ihrer Pauschalisierung und Risikokommunikation missverständlich sind. Nach dem medizinischen Schrifttum sind einfache Komplika-

tionen selten und schwere Komplikationen sehr selten, wobei aber das Risiko mit steigendem Lebensalter signifikant ansteigt.

## 2. Die Sterblichkeitsrate bei der neonatalen Zirkumzision

Im Zusammenhang mit dem Risiko von Komplikationen wird von Strafrechtlern außerdem auf die vermeintliche Sterblichkeitsrate durch die Zirkumzision verwiesen.<sup>66</sup> *Merkel* gab dazu in der Sitzung des Deutschen Ethikrates<sup>67</sup> und in einem späteren Interview an, dass es „[n]ach einer neueren Studie [...] in den USA jedes Jahr schätzungsweise mehr als 100 Todesfälle als Folge von Beschneidungen“ gibt.<sup>68</sup>

Diese Angaben zur Mortalität bei der neonatalen Zirkumzision stammen aus einem Aufsatz von *Bollinger*, der eine Sterblichkeitsrate von 9,01 Todesfällen auf 100.000 (d.h. 0,009 %) Beschneidungen errechnet.<sup>69</sup> Die Objektivität des Autors sowie die Zuverlässigkeit und Validität der Untersuchung ist allerdings sehr zweifelhaft. Der Autor *Bollinger* bezeichnet sich selbst als „Boy’s Health Advisory“<sup>70</sup> und ist Mitglied der Anti-Beschneidungsorganisation „Intact America’s Steering Committee“.<sup>71</sup> Bei dem Veröffentlichungsmedium „Thymos: Journal of Boyhood Studies“ handelt es sich auch nicht um eine medizinische oder statistische Fachpublikation.<sup>72</sup> Tatsächlich basiert die von *Bollinger* errechnete Mortalität auf der höheren Säuglingssterblichkeit von Knaben, deren Abweichung zur niedrigeren Sterblichkeit von neugeborenen Mädchen dann auf die Zirkumzision zurückgeführt wurde.<sup>73</sup> Ein solches spekulatives Vorgehen täuscht über die Tatsache hinweg, dass die Sterblichkeit von männlichen Säuglingen in Ländern, in denen nicht beschnitten wird, ebenfalls höher ist als bei Mädchen.<sup>74</sup> Auch in Deutschland besteht eine geschlechtsspezifische Abweichung in der Sterblichkeit

<sup>56</sup> So aber *Putzke* (Fn. 2 – FS Herzberg), S. 691.

<sup>57</sup> Siehe *Krill/Palmer/Palmer*, TSWJ 2011, 2458 (2462) m.w.N.; *Tobian/Gray*, JAMA 2011, 1479 (1480); *Weiss u.a.*, BMC Urol 2010, 10:2 (8).

<sup>58</sup> *Putzke* (Fn. 2 – FS Herzberg), S. 677; *Stehr/Putzke/Dietz*, Deutsches Ärzteblatt 2008, 1178 (1179), mit Verweis auf *Stehr u.a.*, Klin Padiatr 2001, 50 (53).

<sup>59</sup> *Stehr u.a.*, Klin Padiatr 2001, 50, unter Verweis auf *Upadhyay/Hammodat/Pease*, New Zealand Medical Journal 1998, 57.

<sup>60</sup> SJR-Factor für das New Zealand Medical Journal im Jahr 1999 = 0,3. Die anderen zur Meatusstenose verfügbaren Quellen hatten SJR-Faktoren im Bereich 0,3 bis 1,75.

<sup>61</sup> *Upadhyay/Hammodat/Pease*, New Zealand Medical Journal 1998, 57.

<sup>62</sup> *Cathart u.a.* fanden bei der Auswertung Krankenhausdaten von 66.519 beschnittenen Jungen 7 Fälle von Meatusstenose; siehe *dies.*, British Journal of Surgery 2006, 885 (888) – SJR 1,75.

<sup>63</sup> *Simforoosh u.a.* untersuchten in einer prospektiven Studie 2.000 neonatal beschnittene und 2.000 unbeschnittene Jungen als Kontrollgruppe über einen Zeitraum von 15 Monaten, von denen 11 beschnittene Jungen im Beobachtungszeitraum Meatusstenose entwickelten; siehe *dies.*, Journal of Pediatric Urology 2012, 320 (321) – SJR 0,66.

<sup>64</sup> *Yegane u.a.* fanden bei einer Untersuchung von 3.125 beschnittenen Jungen 29 Fälle von Meatusstenose; siehe *dies.*, Pediatric Surgery International 2006, 442 (442, 444).

<sup>65</sup> *Van Howes* Angaben beruhen auf einer Auswertung von den Untersuchungsdaten von 1.009 vorwiegend aus medizinischen Gründen beschnittenen Jungen (Durchschnittsalter 6,32 Jahre, Median-Alter 5,28 Jahre); siehe *ders.*, Clinical Pediatrics 2006, 49 (50).

<sup>66</sup> Siehe z.B. *Hörnle/Huster*, JZ 2013, 328 (336); *Putzke* (Fn. 2 – FS Herzberg), S. 689.

<sup>67</sup> Simultanmitschrift der Sitzung des Ethikrates v. 23.8.2012, S. 16 („[Eine] Studie kommt zum Ergebnis, dass ungefähr 117 neonatale beschneidungsverbundene Todesfälle jährlich in den Vereinigten Staaten vorkommen. Das ist eine ausführliche Studie, die ein komplexes statistisches Modell entwickelt. Beglaubigen kann ich das nicht. Aber ignorieren kann man diese Dinge nicht.“),

<http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/plenarsitzung-23-08-2012-simultanmitschrift.pdf> (22.11.2013).

<sup>68</sup> So *Merkel* in Interviews, siehe *Armbrüster*, Rechtsphilosoph Beschneidung „nicht in dieser überhasteten Form“ verabschieden,

[http://www.dradio.de/dlf/sendungen/interview\\_dlf/1880605/](http://www.dradio.de/dlf/sendungen/interview_dlf/1880605/) (22.11.2013); *Merkel* (Fn. 6).

<sup>69</sup> *Bollinger*, Thymos: Journal of Boyhood Studies 2010, 78 (83).

<sup>70</sup> *Bollinger*, Thymos: Journal of Boyhood Studies 2010, 78.

<sup>71</sup> <http://www.intactamerica.org/danbollinger> (22.11.2013).

<sup>72</sup> Die Zeitschrift hat weder einen JCR-, noch einen SJR-Impact Factor.

<sup>73</sup> Vgl. *Morris u.a.*, AIDS Care 2012, 1565 (1566) – SJR 0,92.

<sup>74</sup> *Morris u.a.*, AIDS Care 2012, 1565 (1566, Tabelle 1).

von Säuglingen männlichen Geschlechts: Bei den 2.408 Todesfällen von Säuglingen im Jahr 2011 handelte es sich um 1.347 männliche (ca. 55,94 %) und 1.061 weibliche Säuglinge (ca. 44,06 %).<sup>75</sup> Die Gründe für den Unterschied in der Sterblichkeitsrate zwischen den Geschlechtern sind in Wahrheit wohl vielfältig und hauptsächlich auf angeborene Gesundheitsschwächen und nur selten auf externe Faktoren zurückzuführen.<sup>76</sup> Ob es methodisch haltbar ist, aus einer allgemein erhöhten männlichen Säuglingssterblichkeit die spezifische Sterblichkeitsrate der Zirkumzision bei Neugeborenen zu errechnen, kann somit zu Recht bezweifelt werden.

Der Rückgriff einzelner Rechtswissenschaftler auf die *Bolinger*-Studie zur Sterblichkeit überrascht um so mehr, weil die Angaben auch im eklatanten Widerspruch zum sonstigen medizinischen Schrifttum stehen: Die Meta-Studie von *Weiss u.a.* erfasst bei 52 Studien in 21 Ländern einen einzigen Todesfall (in Nigeria), bei dem jedoch nicht geklärt ist, ob er auf den Eingriff selbst zurückzuführen war.<sup>77</sup> In Abwesenheit entgegenstehender aktueller Daten ist mithin davon auszugehen, dass die tatsächliche Sterblichkeitsrate bei der neonatalen Beschneidung extrem gering ist.<sup>78</sup>

### 3. Sexuelle Nachteile

Ein weiteres zentrales Argument der strafrechtlichen Kritiker ist der Vorwurf, der Eingriff würde sich negativ auf die spätere Sexualität des beschnittenen Knaben auswirken.<sup>79</sup> Hingewiesen wird im strafrechtlichen Schrifttum vor allem auf einen sensorischen Empfindungsverlust, der auf den Verlust der Vorhaut und die ständige Offenlegung der Eichel zurückzuführen sei,<sup>80</sup> sowie die häufigere Beobachtung von Erektionsschwierigkeiten bei beschnittenen Männern.<sup>81</sup>

Die Angaben zum sensorischen bzw. sexuellen Empfindungsverlust stützen sich auf eine Untersuchung von *Sorrells u.a.*<sup>82</sup> Diese retrospektive Beobachtungsstudie erforschte die

Druck- und Berührungsempfindlichkeit des Penis an 91 beschnittenen und 68 unbeschnittenen Männern und stellte abschließend fest, dass durch die Beschneidung die „empfindlichsten Stellen des Penis entfernt werden“.<sup>83</sup> Die Untersuchung wurde im medizinischen Schrifttum wegen Statistik- und Auswertungsfehlern und der vergleichsweise geringen Teilnehmerzahl angegriffen.<sup>84</sup> Bemängelt wurde ferner ein offener Interessenkonflikt, da die Studie von einer amerikanischen Anti-Beschneidungsorganisation finanziert und durchgeführt wurde.<sup>85</sup> Im Übrigen stehen die Ergebnisse im starken Kontrast zur sonstigen medizinischen Forschung, denn vier andere Studien im gleichen Zeitraum kommen zu dem abweichenden Ergebnis, dass die physiologischen Veränderungen durch die Beschneidung keine negativen Auswirkungen auf die Sexualität haben: *Bleustein u.a.* haben im Jahr 2005 keine statistisch signifikanten sensorischen Unterschiede zwischen beschnittenen und nicht-beschnittenen Männern feststellen können.<sup>86</sup> Eine Studie von *Payne u.a.* aus demselben Jahr und mit vergleichbarer Stichprobengröße wie *Sorrells* kam zu dem Ergebnis, dass zwischen beschnittenen und unbeschnittenen Männern im erregten Zustand des Penis keine Unterschiede in der sexuellen Empfindlichkeit bestanden.<sup>87</sup> Ebenfalls im Jahr 2007 kamen *Kigozi u.a.* in einer unabhängigen, durch ein internationales Team durchgeführten randomisiert-kontrollierten Studie mit 4.456 Teilnehmern zu dem Ergebnis, dass die Zirkumzision bei erwachsenen Männern weder das sexuelle Empfinden noch die sexuelle Funktionsfähigkeit negativ beeinträchtigt.<sup>88</sup> *Krieger u.a.* kamen im Jahr 2008 bei einer weiteren randomisiert-kontrollierten Studie in Kenia mit 2.784 Teilnehmern zum gleichen Ergebnis.<sup>89</sup> Eine

<sup>83</sup> *Putzke* (Fn. 2 – FS Herzberg), S. 677; *Sorrells u.a.*, BJU Int 2007, 864 (864, 869).

<sup>84</sup> Siehe *Waskett/Morris*, BJU Int 2007, 1551 (SJR 1,19); *Morris u.a.*, AIDS Care 2012, 1565. Für eine eingeschränkte Verteidigung *Young*, BJU Int 2007, 699.

<sup>85</sup> Offenbarung dieses Interessenkonflikts bei *Sorrells u.a.*, BJU Int 2007, 864 (869); für die Website der NOCIRC, siehe <http://www.nocirc.org> (1.10.2013).

<sup>86</sup> Die Studie umfasste 125 Teilnehmer, davon 62 unbeschnittene und 63 neonatal-beschnittene Männer. Sie ist insofern besonders interessant, weil sie aufzeigt, wie durch externe Faktoren das Ergebnis verfälscht werden kann: Die ursprünglichen Ergebnisse wiesen auf statistisch signifikante Unterschiede hin. Die Signifikanz verschwand nach einer Kontrollanpassung für Alter und Erkrankungen wie Bluthochdruck und Diabetes; siehe *Bleustein u.a.*, Urology 2005, 5 (SJR 1,16).

<sup>87</sup> *Payne u.a.*, The Journal of Sexual Medicine 2007, 667 (672 f.) – SJR 1,57.

<sup>88</sup> Bei der Studie wurden 4.456 sexuell erfahrene, HIV-negative Männer zwischen 15 und 49 Jahren in zwei Gruppen aufgeteilt. Die Experimentalgruppe, 2.210 zufällig ausgewählte Männer, wurden sofort beschnitten, die restlichen 2.246 Männer als Kontrollgruppe erst nach 24 Monaten; siehe *Kigozi u.a.*, BJU Int 2008, 65 ff. (SJR 1,19).

<sup>89</sup> *Krieger u.a.*, Journal of Sexual Medicine 2008, 2610 (SJR 1,08); *Bronselear u.a.* merken zu dieser Studie allerdings kritisch an, dass die Beschneidung in Kenia üblich sei und das

<sup>75</sup> Statistisches Bundesamt, Säuglingssterblichkeit, <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/Saeuglingssterblichkeit.html> (22.11.2013).

<sup>76</sup> So auch *Drevenstedt u.a.*, Proceedings of the National Academy of Sciences 2008, 5016 (5019 f.) – SJR 5,37; *Morris u.a.*, AIDS Care 2012, 1565 (1566).

<sup>77</sup> *Weiss u.a.*, BMC Urol 2010, 10:2 (7).

<sup>78</sup> *Krill/Palmer/Palmer*, TSWJ 2011, 2458 (2464).

<sup>79</sup> Siehe z.B. *Herzberg*, ZIS 2012, 486 (488, 501); *ders.*, MedR 2012, 169 (170 Fn. 2); *Scheinfeld*, HRRS 2013, 268 (270).

<sup>80</sup> Siehe z.B. *Krüper*, ZJS 2012, 547; *Putzke* (Fn. 2 – FS Herzberg), S. 677; *ders./Dietz/Stehr*, Deutsches Ärzteblatt 2012, 4; *dies.*, Monatsschrift Kinderheilkunde 2008, 783 (785); *dies.*, Deutsches Ärzteblatt 2008 1178 (1779); *Walter*, JZ 2012, 1110 (1113).

<sup>81</sup> *Putzke*, MedR 2012, 621 (623).

<sup>82</sup> *Sorrells u.a.*, BJU Int 2007, 864 (SJR 1,19); als Beleg bei *Hörnle/Huster*, JZ 2013, 328 (337); *Krüper*, ZJS 2012, 547 (550); *Putzke* (Fn. 2 – FS Herzberg), S. 677; *ders.*, MedR 2012, 621 (623); *ders./Stehr/Dietz*, Monatsschrift Kinderheilkunde 2008, 783 (788); *Scheinfeld*, HRRS 2013, 268 (270 Fn. 22).

umstrittene jüngere Online-Befragung von *Bronslaer u.a.* weist zwar auf einen sehr geringen Empfindungsverlust an der glans penis hin, dieser scheint aber vor allem Männer zu betreffen, die als Erwachsene beschnitten wurden.<sup>90</sup> Mithin verbleiben hier Zweifel, an der Aussagekraft der *Sorrels*-Studie für den strafrechtlichen Diskurs; dieser sollte jedenfalls auch die anderen Studien in die Bewertung möglicher Folgen miteinbeziehen.

Die Angaben im strafrechtlichen Schrifttum, es gäbe einen Zusammenhang zwischen Beschneidung und erektiler Dysfunktion, stützen sich in erster Linie auf eine Untersuchung von *Frisch u.a.*<sup>91</sup> Es handelt sich dabei um eine Umfragestudie, bei der in Dänemark im Rahmen einer nationalen Gesundheitserhebung 2.573 Männer zu ihrer Sexualität befragt wurden.<sup>92</sup> Von den Umfrageteilnehmern waren lediglich 125 Männer (5 % der Teilnehmer) beschnitten, von denen wiederum nur 17 (0,66 % der Teilnehmer) neonatal beschnitten waren.<sup>93</sup> Anders als durch *Putzke* angegeben,<sup>94</sup> fand die Studie gerade *keine* Unterschiede im generellen sexuellen Empfinden, sexuellen Wünschen, vorzeitiger Ejakulation und erektiler Dysfunktion zwischen beschnittenen und unbeschnittenen Männern. Der einzige statistisch signifikante Unterschied, den *Frisch u.a.* feststellten, seien häufigere Orgasmus-

probleme bei beschnittenen Männern.<sup>95</sup> Die Ergebnisse der Studie sind, wie zuvor *Sorrels u.a.*, wegen methodischer Mängel und Interessenkonflikte in die Kritik geraten<sup>96</sup> und stehen ebenfalls im Widerspruch zu mindestens fünf anderen randomisiert-kontrollierten, prospektiven und retrospektiven Studien.<sup>97</sup> Erst jüngst haben *Hoschke u.a.* in einer vergleichbaren, in Deutschland durchgeführten Studie keine Anzeichen für erhöhte erektile Dysfunktion bei beschnittenen Männern feststellen können.<sup>98</sup> Auch zwei jüngst erschienene systematische Übersichtsarbeiten von *Tian u.a.* und *Morris u.a.* fanden keine statistisch signifikanten Unterschiede im sexuellen Empfinden oder der sexuellen Funktion.<sup>99</sup>

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Kritiker den Vorwurf sexueller Nachteile auf ausgewählte, relativ schwache Evidenz stützen. Mit Blick auf die hier genannten aktuellen internationalen Studien bleiben somit erhebliche Zweifel, ob sich die von den Kritikern der Beschneidung im Rahmen ihrer juristischen Würdigung angenommenen sexuellen Nachteile wirklich empirisch belegen lassen. Allerdings ist den Kritikern der Zirkumzision von Knaben immerhin zugute zu-

---

deshalb eine mögliche kulturelle Voreingenommenheit der Studienteilnehmer nicht ausgeschlossen werden kann; siehe *dies.*, BJU Int 2013, 820 (825) – SJR 1,38.

<sup>90</sup> *Bronslaer u.a.* befragten in einer retrospektiven Studie 1.059 unbeschnittene (Gruppe A) und 310 beschnittene Männer (Gruppe B) durch einen Onlinefragebogen zu ihrer sexuellen Empfindlichkeit. Im Ergebnis konnte eine statistisch-signifikante Abweichung auf einer 5-Punkte Skala nur für die glans penis festgestellt werden. Der Unterschied belief sich dorsal A = 3,72 zu B = 3,31 (ca. 12,39 %); lateral A = 3,57 zu B = 3,31 (ca. 7,85 %); ventral A = 3,85 zu B = 3,70 (ca. 4,05 %). Für den Penischaft wurde keine signifikante Veränderung in der Empfindlichkeit festgestellt. Allerdings beklagten sich im Erwachsenenalter Beschnittene öfter über Beschwerden am Penischaft als Unbeschnittene oder im Kindesalter beschnittene Männer, was die Autoren der Studie auf die verwendete Operationstechnik zurückführen, siehe *Bronslaer u.a.*, BJU Int 2013, 820 (823 ff.). Auch diese Studie ist aufgrund methodischer Mängel, wie etwa der erheblich kleineren Gruppe beschnittener Männer und dem Test-Verfahren (Online-Befragung) in die Kritik geraten, siehe *Morris/Krieger/Kigozi*, BJU Int 2013, E269-E270; *Wang/Tian/Wazir*, BJU Int 2013, E2-E3.

<sup>91</sup> *Putzke*, MedR 2012, 621 (623); *Scheinfeld*, HRRS 2013, 268 (269 Fn. 9 f., 270 Fn. 22) mit Verweis auf *Frisch/Lindholm/Gronbaek*, International Journal of Epidemiology 2011, 1367 (SJR 2,57).

<sup>92</sup> *Frisch/Lindholm/Gronbaek*, International Journal of Epidemiology 2011, 1367.

<sup>93</sup> *Frisch/Lindholm/Gronbaek*, International Journal of Epidemiology 2011, 1367 (1369).

<sup>94</sup> *Putzke*, MedR 2012, 621 (623).

---

<sup>95</sup> *Frisch/Lindholm/Gronbaek*, International Journal of Epidemiology 2011, 1367 (1371, 1379).

<sup>96</sup> *Morris u.a.* kritisieren vor allem die geringe Anzahl von beschnittenen Männern, sowie die verwendeten Quotenverhältnisse welche die Validität des Studienmodells gefährden würden. Außerdem seien 85 % der befragten beschnittenen, nicht-jüdischen und nicht-muslimischen Männern erst nach dem Kleinkindalter zirkumzidiert, was darauf hindeute würde, dass dies aufgrund medizinischer Indikation geschah (z.B. Phimose), ohnehin also schon urologische Probleme bestanden; siehe *Morris/Waskett/Gray*, International Journal of Epidemiology 2012, 312. Für die Replik und Kritik an *Morris u.a.* siehe *Frisch*, International Journal of Epidemiology 2012, 312.

<sup>97</sup> Siehe z.B. *Collins u.a.*, The Journal of Urology 2002, 2111 (SJR 1,43); *Masood u.a.*, Urologia Internationalis 2005, 62 (SJR 0,32); *Richters u.a.*, International Journal of STD & AIDS 2006, 547 (SJR 0,69); *Kigozi u.a.*, BJU Int 2007, 65 (SJR 1,21); *Krieger u.a.*, Journal of Sexual Medicine 2008, 2610 (SJR 1,08).

<sup>98</sup> An der Befragungsstudie nahmen 2.499 heterosexuelle Männer teil, von denen 167 Männer (6,7 %) beschnitten waren; siehe *Hoschke u.a.*, Der Urologe 2013, 562 (563, 568).

<sup>99</sup> *Morris u.a.* die für ihre Übersichtsarbeit 36 Studien mit insgesamt 40.473 Männern untersuchten, kamen zu dem Schluss, die hochwertigsten Studien würden darauf hindeuten, dass die medizinische männliche Beschneidung keine nachteilige Wirkung auf die Sexualfunktion, Empfindlichkeit, das sexuelle Empfinden oder die Zufriedenheit habe, siehe *Morris/Krieger*, The Journal of Sexual Medicine 2013, 2644 (SJR für 2012 1,01). Die Forscher um *Tian u.a.*, die zehn Studien mit insgesamt 9.317 beschnittenen und 9.423 unbeschnittenen Männern evaluierten, fordern allerdings vor dem Hintergrund der unübersichtlichen und teilweise schlechten Datenlage, dass weitere, qualitativ hochwertigere Studien durchgeführt werden, siehe *Tian u.a.*, Asian Journal of Andrology 2013, 662 (SJR für 2012 0,52).

halten, dass sie einige dieser Studien bei Erstellung ihrer Beiträge wohl noch nicht kannten.

#### 4. Die Gefahr psychologischer Traumatisierung

Beizupflichten ist den Kritikern grundsätzlich in der Forderung nach effektiver Schmerzbehandlung bei der Neugeborenenzirkumzision. Die negativen Auswirkungen der Zirkumzision ohne effektive Schmerzbehandlung auf Neugeborene sind durch systematische Übersichtsarbeiten mit Metaanalyse ausreichend belegt.<sup>100</sup> Der Gesetzgeber hat darauf insofern mit dem Tatbestandsmerkmal „Regeln der ärztlichen Kunst“ in § 1631d Abs. 1 BGB reagiert.<sup>101</sup>

Wiederholt wird von den Kritikern in der rechtswissenschaftlichen Literatur jedoch auch auf vermeintliche weitere psychologische bzw. traumatologische Folgen der Beschneidung hingewiesen.<sup>102</sup> So sieht *Jerouschek* etwa durch die Zirkumzision die Gefahr eines Beziehungs-, Kindheits- und Sexualtrauma gestärkt.<sup>103</sup> *Herzberg* stellt fest, dass die neonatale Beschneidung „als Trauma wirkt und zu erheblichen körperlichen, sexuellen oder psychischen Komplikationen und Leidenszuständen führen kann (nicht muss!), die den Beschnittenen noch als Erwachsenen belasten“.<sup>104</sup> Mit Bezug auf ältere Kinder bemerkt *Putzke*, Studien würden darauf hinweisen, „[d]ass Kinder den Eingriff als Angriff wahrnehmen, der dem Körper Schaden zufügt“.<sup>105</sup> Problematisch an diesen Angaben der Kritiker zur Gefahr psychologischer Traumata ist jedoch, dass sie sich bislang nicht zuverlässig verifizieren lassen. *Jerouschek* stützt seine Aussagen auf theoretische Erwägungen der Psychotraumatologie, unterlegt diese allerdings nicht mit empirischer Forschung.<sup>106</sup> *Herzberg* stützt seine Aussagen zu den „psychischen Komplikationen und Leidenszuständen“ auf einen FAZ-Beitrag von *Franz* und betont dessen angeblich langjährige empirische Forschung.<sup>107</sup> *Franz* hat in der Tat zur Entstehungsgeschichte der Beschneidung publiziert, jedoch, soweit ersichtlich, keine kontrollierte medizinische oder psychologische Forschung zu der Thematik veröffentlicht.<sup>108</sup> *Putzke* belegt seine Aussage, Studien würden zeigen, dass „Kinder den Eingriff als Angriff wahrnehmen“,

ebenfalls nicht mit direktem Verweis auf kontrollierte Untersuchungen, sondern nur mit Sekundärquellen.<sup>109</sup>

Rekonstruiert man aus diesen Angaben die Primärquellen, so zeigt sich, dass sie allesamt aus der Anti-Beschneidungsbewegung stammen.<sup>110</sup> Auch an anderer Stelle verweist *Putzke* nicht auf empirisch belegte Informationen, sondern lediglich auf Meinungsbeiträge.<sup>111</sup> Alle im Übrigen von *Putzke*, *Herz-*

<sup>109</sup> *Putzke* (Fn. 2 – FS Herzberg), S. 678 mit Verweis auf *Gollaher*, Das verletzte Geschlecht, 2002, S. 99; *Stehr u.a.*, Klin Padiatr 2001, 50 (54); *Wiemer/Willmann*, Die Zeit 1998, <http://www.zeit.de/1998/48/199848.beschneidung.xml> (11.12.2013).

<sup>110</sup> *Putzke* verweist damit indirekt auf einen Aufsatz des amerikanischen Psychologen *Goldman* (Circumcision Resource Center), eine strittige Befragungsstudie zu den physischen, sexuellen und psychischen Konsequenzen von *Hammond* (NOHARMM, der National Organization to Halt the Abuse & Routine Mutilation of Males), und eine zweifelhafte Befragungsstudie zu den Auswirkungen des beschnittenen Penis auf die weibliche Sexualität von *O'Hara u.a.* (Betreiber einer Anti-Beschneidungswebseite). Die *Hammond*-Studie basiert auf einer Umfrage mit 546 Teilnehmern, welche ausgewählt wurden, weil sie zuvor verschiedene Anti-Beschneidungsorganisation kontaktiert hatten. Die *O'Hara*-Befragung umfasste 138 Teilnehmerinnen, die unter anderem über den Newsletter einer Anti-Beschneidungsorganisation rekrutiert wurden; siehe *Goldman*, BJU Int 1999, 93 (SJR 0,30); *Hammond*, BJU Int 1999, 85 f.; *O'Hara/O'Hara*, BJU Int 2002, 79 (79 f., 84) – SJR 0,75; das von *Putzke* zitierte Buch von *Gollaher* bezieht sich rekursiv ebenfalls auf *Goldman* und *Hammond*, siehe z.B. *Gollaher*, Circumcision, 2000, S. 166 f., 175, 180 f.

<sup>111</sup> Siehe *Putzke*, MedR 2012, 621 (623 Fn. 34 f.); er verweist dabei auf Aufsätze von *Paix u.a.* und *Boyle u.a.* sowie einen Beitrag des Düsseldorfer Medizinprofessors *Matthias Franz* in der FAZ. Auch *Scheinfeld* verweist mehrfach auf *Paix u.a.*, siehe *Scheinfeld*, HRRS 2013, 268 (274 Fn. 82, 275 Fn. 91 f., 267 Fn. 105, 277 Fn. 120); *Paix u.a.* ist keine primäre medizinische Studie oder systematische Übersichtsarbeit, sondern ein umstrittener „Point of view“-Beitrag, d.h. eine Meinungsdarstellung, der zwar den bestehenden Kenntnisstand bezüglich der Schmerzbehandlung zusammenfasst, in Bezug auf die vermeintlichen psychologischen Folgen jedoch nicht auf kontrollierte Studien, sondern erneut nur auf spekulative Sekundärliteratur verweist, siehe *Paix/Peterson*, Anaesthesia and Intensive Care 2012, 511 (SJR 0,50); für eine direkte Kritik des Artikels und seiner Methoden, siehe *Machlin*, Anaesthesia and Intensive Care 2012, 720; der Aufsatz von *Boyle u.a.* verweist erneut rekursiv auf spekulative Sekundärliteratur sowie auf eine Studie zum Zusammenhang zwischen (Massen-)Beschneidungen bei Jungen in den Philippinen und Posttraumatischen Belastungsstörungen, siehe *Boyle u.a.*, Journal of Health Psychology 2002, 329 (332 f.) – SJR 0,47; die Studie von *Ramos u.a.* befragte 1.577 Jungen zu ihrer psychischen Verfassung nach der Beschneidung und gibt eine PTSD-Rate von bis zu 70 % bei der in den Philippinen tradierten rituellen Beschneidung an. Allerdings wurde die Stu-

<sup>100</sup> Siehe z.B. *Brady-Fryer/Wiebe/Lander*, Cochrane Database of Systematic Reviews 2004; *Taddio u.a.*, The Lancet 1995, 291; *Taddio u.a.*, The Lancet 1997, 599.

<sup>101</sup> Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz, Entwurf eines Gesetzes über den Umfang der Personensorge bei einer Beschneidung des männlichen Kindes, 2010, S. 23.

<sup>102</sup> Siehe z.B. *Herzberg*, ZIS 2012, 486 (488); *Jerouschek*, NStZ 2008, 313 (316); *Putzke* (Fn. 2 – FS Herzberg), S. 678; *ders.*, MedR 2012, 621 (623).

<sup>103</sup> *Jerouschek*, NStZ 2008, 313 (316).

<sup>104</sup> *Herzberg*, ZIS 2012, 486 (488).

<sup>105</sup> *Putzke* (Fn. 2 – FS Herzberg), S. 678.

<sup>106</sup> *Jerouschek*, NStZ 2008, 313 (316).

<sup>107</sup> *Herzberg*, ZIS 2012, 486 (488, 501), mit Verweis auf *Franz*, FAZ v. 9.7.2012, S. 7.

<sup>108</sup> Eine entsprechende Datenbanksuche bei Google Scholar, Web of Knowledge und PubMed blieb ohne Treffer.

berg und Jerouschek gemachten Angaben basieren nicht auf empirischer Forschung, sondern sind allein anekdotische Berichte.<sup>112</sup>

Abschließend sei angemerkt, dass die indirekten Quellenangaben in den Beiträgen der Kritiker es der Rechtswissenschaft erschweren, die empirische Belastbarkeit der Aussagen zur möglichen psychologischen Traumatisierung zu überprüfen. Folgt man der Spur der Quellen, so offenbart sich deren geringer Evidenzwert.<sup>113</sup> Die von den Kritikern gemachten Angaben zur psychologischen Traumatisierung genügen damit nicht evidenzbasierten Kriterien der wissenschaftlichen Forschung.

##### 5. Gesundheitlich vorteilhafte Aspekte des Eingriffs

In der Debatte wird auch auf vorteilhafte infektionspräventive und hygienische Aspekte der männlichen Beschneidung hingewiesen.<sup>114</sup> Im medizinischen Schrifttum als Vorteile genannt werden die Reduzierung von Harnwegs- und Eichelentzündungen im Kleinkindalter und des Ansteckungsrisikos mit sexuell übertragbaren Krankheiten (STIs), wie etwa dem Humanen Immundefizitvirus (HIV), Humanen Papillomaviren (HPV) und dem Herpes Simplex Virus Typ-2 (HSV-2), bei Heranwachsenden und Erwachsenen<sup>115</sup> sowie ein geringeres Risiko von Anal- und Peniskarzinomen bei Männern und invasivem Gebärmutterhalskrebs bei deren Geschlechtspartnerinnen.<sup>116</sup> Die Ergebnisse der jüngeren Forschung spiegeln sich dabei in den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und des Gemeinsamen Programm der Vereinten Nationen zu HIV/AIDS (UNAIDS) wider, die dazu raten, die Zirkumzision als Mittel zur Prävention von HIV/AIDS in Hochrisikogebieten einzusetzen, sowie in dem zeitlich in die Kernphase der Debatte fallenden Report der American Academy of Pediatrics (AAP) zur Beschneidung.<sup>117</sup>

die nie in einem psychologischen oder medizinischen Journal mit Peer-Review veröffentlicht, sondern liegt nur als Working Paper und Publikation in den Proceedings of the Sixth International Symposium on Genital Integrity vor, siehe Boyle u.a., Journal of Health Psychology 2002, 329 (332); Ramos/Boyle, Humanities & Social Sciences papers 2001, 253.

<sup>112</sup> Siehe z.B. Putzke (Fn. 2 – FS Herzberg), S. 678, sowie auch Herzbergs Verweise auf Youtube Videos, auf die Erfahrungen eines Arztes in New Jersey, oder auf Necla Keleks Beschreibung der Beschneidung ihres Neffens: Herzberg, ZIS 2010, 471 (475); ders., ZIS 2012, 486 (487 f., 501).

<sup>113</sup> Siehe auch die Kritik in Fn. 110 und 111.

<sup>114</sup> Siehe z.B. BT-Drs. 17/11295 2012, S. 7 f.:

<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/112/1711295.pdf>;

Fateh-Moghadam, RW 2010, 115 (135); Putzke (Fn. 2 – FS Herzberg), S. 692.

<sup>115</sup> M.w.N. siehe Avert u.a., Journal of Infectious Diseases 2009, 14 (17 f.) – SJR 2,51; Tobian u.a., N Engl J Med 2009, 1298 (1308) – SJR 8,34; Blank u.a., Pediatrics 2012, e756 (e764 ff.) – SJR 2,54.

<sup>116</sup> Blank u.a., Pediatrics 2012, e756 (e764 ff.).

<sup>117</sup> Safe, Voluntary, Informed Male Circumcision and Comprehensive HIV Prevention Programming; Blank, Pediatrics 2012, 585; dies., Pediatrics 2012, e756.

Ein Teil des strafrechtlichen Schrifttums lehnt eine positive Bewertung der mit der Zirkumzision einhergehenden infektions- und karzinompräventiven Vorteile ab und hegt Zweifel an den zugrundeliegenden Studienergebnissen.<sup>118</sup> Vereinzelt findet sich auch der Hinweis, die infektionspräventiven Vorteile würden durch die in Deutschland existierenden hygienischen Bedingungen keine Bedeutung haben.<sup>119</sup> Umstritten ist insbesondere der Zusammenhang zwischen der Zirkumzision und einem reduzierten Infektionsrisiko mit HIV.<sup>120</sup>

Die dargestellte Ablehnung infektionspräventiver Vorteile der männlichen Beschneidung wiegt rechtlich schwer, denn sie wirkt sich wesentlich auf den Abwägungsprozess zwischen Vor- und Nachteilen des Eingriffs und damit auf dessen Kindeswohlgehalt aus.

Allerdings ist fraglich, ob die Kritiker ihre Ablehnung der starken medizinischen Evidenz für die einzelnen präventivmedizinischen Vorteile der Zirkumzision überzeugend belegen können. So belegt Herzberg seine Zweifel an den präventivmedizinischen und hygienischen Vorteilen der Beschneidung nicht mit medizinischer Fachliteratur, sondern mit einem schlichten Verweis auf die Website der Anti-Beschneidungsorganisation Circumcision Resource Center.<sup>121</sup> Nicht überraschend, nennt die Website ausschließlich belastende, zum Teil hier bereits hinterfragte Studien und ignoriert ohne nähere Begründung die dem entgegenstehende Forschung. Auch Putzke belegt seine Behauptungen nicht mit Primärquellen, sondern mit Verweisen auf Sekundärliteratur oder auf ältere

<sup>118</sup> So meint Herzberg etwa, „[d]ie ‚hygienischen und präventivmedizinischen Vorteile‘ einer Beschneidung, die ‚kurativmedizinisch‘ unnötig ist, sind äußerst zweifelhaft“ (Herzberg, ZIS 2012, 486 [488]), für Scheinfeld sind „[d]ie gesundheitlichen Vorteile [...] alle umstritten [...]“ (Scheinfeld, HRRS 2013, 268 [271]) und Putzke stellt fest, dass eine Beschneidung bei Kindern aus „medizinischer und gesundheitlicher Sicht keinerlei Vorteile“ habe (Putzke, Recht und Politik 2012, 138); sinngleich auch in Frerk (Fn. 6); Putzke (Fn. 2 – FS Herzberg), S. 692; ders., MedR 2012, 621 (622); sowie Putzke (Fn. 2 – FS Herzberg), S. 689; ders./Dietz/Stehr, Deutsches Ärzteblatt 2012, 4; dies., Monatsschrift Kinderheilkunde 2008, 783 (786).

<sup>119</sup> Putzke meint: „Genitalhygiene reduziert das Infektionsrisiko ausreichend; Harnwegsinfekte, Eichelentzündung oder Peniskarzinom treten ohnehin selten auf; das Risiko, sich mit HIV zu infizieren, und bei Frauen Gebärmutterhalskrebs zu verursachen, kann sich erst mit Geschlechtsreife realisieren“, Putzke, Recht und Politik 2012, 138; Scheinfeld kommt zu dem Schluss, etwaige hygienische Vorteile zählten nicht, „weil in Deutschland Seife und Wasser hinreichend zur Verfügung stehen“, HRRS 2013, 268 (271); ähnlich auch Walter, JZ 2012, 1110 (1113).

<sup>120</sup> Putzke gibt mit Bezug auf die HIV-präventiven Aspekte des Eingriffs insofern zu bedenken, „[d]ass der behauptete Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung keinesfalls eindeutig ist“, Putzke (Fn. 2 – FS Herzberg), S. 689.

<sup>121</sup> Herzberg, ZIS 2012, 486 (488).

von ihm (mit-)verfasste Beiträge.<sup>122</sup> Andere Autoren begründen ihre Zweifel zwar mit einer Gegendarstellung beschneidungskritischer europäischer und kanadischer Kinderärzte zum Report der American Academy of Pediatrics (AAP) zur männlichen Beschneidung in der Fachzeitschrift *Pediatrics*.<sup>123</sup> Dabei bleibt allerdings unerwähnt, dass die AAP in derselben Ausgabe diese Kritik in einer ausführlichen Stellungnahme zurückweist und auf die selektive Quellenauswahl und kulturelle Voreingenommenheit der zitierten Gegendarstellung hinweist.<sup>124</sup> Fragen wirft auch die Begründung von *Putzkes* spezifischer Kritik an der Kausalität zwischen Beschneidung und reduzierten HIV-Ansteckungsrisiko auf.<sup>125</sup> Die von ihm angezweifelte drei Studien dienten mit ihrem prospektiven randomisiert kontrollierten Studiendesign gerade der Überprüfung der Kausalität zwischen Beschneidung und verminderter Ansteckungsrate mit HIV.<sup>126</sup>

Die HIV-präventiven Aspekte der Beschneidung gelten in der internationalen Fachliteratur mittlerweile als ausreichend gesicherte medizinische Erkenntnis.<sup>127</sup> Die erhebliche Reduktion des Ansteckungs- und Übertragungsrisiko von HIV/AIDS um ca. 60 % durch die Zirkumzision wird nicht nur als biologisch zumindest plausibel angesehen,<sup>128</sup> sondern auch

<sup>122</sup> Siehe z.B. *Putzke* (Fn. 2 – FS Herzberg), S. 692; *ders.*, *Recht und Politik* 2012, 138; *ders.*, *MedR* 2012, 621 (622); *Stehr/Putzke/Dietz*, *Deutsches Ärzteblatt* 2008 286.

<sup>123</sup> Siehe *Frisch u.a.*, *Pediatrics* 2013, 796; als Beleg bei *Mandla*, *FPR* 2013, 244 (247); *Scheinfeld*, *HRRS* 2013, 268 (271 Fn. 44); Autoren der Gegendarstellung sind u.a. *Frisch*, *Hartmann* und *Putzkes* Co-Autor *Stehr*, siehe *Frisch u.a.*, *Pediatrics* 2013, 796.

<sup>124</sup> *Blank u.a.*, *Pediatrics* 2013, 801.

<sup>125</sup> *Putzke* belegt seine Kritik methodisch fragwürdig mit dem Verweis auf ein älteres Werk: *Gollaher* (Fn. 111), siehe *Putzke* (Fn. 2 – FS Herzberg), S. 689.

<sup>126</sup> Siehe *Auvert u.a.*, *PLOS Medicine* 2005, e298; *Bailey u.a.*, *The Lancet* 2007, 643; *Gray u.a.*, *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 2007, 657.

<sup>127</sup> Anstatt vieler, siehe nur *Blank u.a.*, *Pediatrics* 2012, e756; Center for Disease Control and Prevention, *Male Circumcision and Risk for HIV Transmission and Other Health Conditions: Implications for the United States*,

<http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/PDF/circumcision.pdf> (22.11.2013);

*Krieger*, *World Journal of Urology* 2011, 3; für eine Einschränkung in Bezug auf homosexuellen Geschlechtsverkehr (sog. MSM), siehe allerdings *Wiysonge u.a.*, *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; für eine einschränkend-kritische, jedoch umstrittene Metaanalyse, siehe *Perera u.a.*, *The Annals of Family Medicine* 2010, 64; für die Kritik daran siehe die Leserbriefe unter

[http://annfammed.org/content/8/1/64.short/reply#annalsfm\\_el\\_22082](http://annfammed.org/content/8/1/64.short/reply#annalsfm_el_22082) (22.11.2013).

<sup>128</sup> *Grey u.a.* führen die Anfälligkeit der Vorhaut für HIV-Infektionen wird auf die leichte Verhornung der inneren Schleimhaut der Vorhaut zurück. Außerdem weisen die Vorhaut eine hohe Dichte von sogenannten „dendritischen Zellen“ und anderen HIV-Zielzellen auf. Auch die mechanische Funktion

durch die randomisierten klinischen Studien von *Auvert u.a.*, *Bailey u.a.* und *Gray u.a.* und systematische Metaanalyse mehrerer Beobachtungsstudien empirisch valide belegt.<sup>129</sup> Heute wird die männliche Beschneidung in Teilen der internationalen Literatur als eine „chirurgische Impfung“ und wichtiger Baustein der kombinierten biomedizinischen Prävention vor allem für Risikogebiete angesehen.<sup>130</sup>

Vor dem Hintergrund, dass Deutschland kein solches Risikogebiet sei, verneint *Putzke* eine Einbeziehung der HIV-präventiven Aspekte der (neonatalen) Zirkumzision in die Abwägung des Kindeswohls.<sup>131</sup> Er kommt zu diesem Ergebnis, indem er das Ansteckungsrisiko eingrenzt: Statt das Risiko der gesamten männlichen Bevölkerung zu erfassen, nimmt er lediglich Minderjährige in die Wahrscheinlichkeitsquote auf. Er begründet diese Eingrenzung damit, dass die Minderjährigen die Entscheidung für die Zirkumzision aus infektionspräventiven Gründen schließlich bei Eintritt der Volljährigkeit treffen könnten,<sup>132</sup> da das Ansteckungsrisiko bei Minderjährigen vernachlässigbar wäre und die Zirkumzision ohne Risikoerhöhung auch später möglich sei, „[d]enn das Operationsrisiko ist bei Säuglingen oder Kindern nicht geringer als bei einer Person, die soeben volljährig geworden ist“.<sup>133</sup> Unabhängig davon, dass bereits die Prämisse zur Risikobewertung fragwürdig ist, da wie oben gezeigt die Zirkumzision bei Säuglingen und Kleinkindern ein geringeres Komplikationsrisiko als bei Heranwachsenden und Erwachsenen aufzuweisen scheint,<sup>134</sup> ist zweifelhaft, ob eine solche Beschränkung

der Vorhaut beim Koitus erhöhe das Risiko. Da die Vorhaut während des Geschlechtsverkehrs über den Schaft zurückgezogen wird, setzt sich die innere Schleimhaut den Vaginalsekreten aus. Darüber hinaus sei die Vorhaut anfälliger für Verletzungen während des Koitus; siehe *Gray u.a.*, *Current Infectious Disease Reports* 2008, 121.

<sup>129</sup> Siehe z.B. *Weiss/Quigley/Hayes*, *AIDS* 2000, 2361 (SJR 3,15); *Auvert u.a.*, *PLOS Medicine* 2005, e298; *Bailey u.a.*, *The Lancet* 2007, 643; *Gray u.a.*, *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 2007, 657; *Siegfried u.a.*, *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009; *Tobian/Gray*, *JAMA* 2011, 1479 (1480).

<sup>130</sup> Siehe z.B. *Morris*, *BioEssays* 2007, 1147 (1147, 1155) – SJR 3,22; *Cooper/Wodak/Morris*, *Medical Journal of Australia* 2010, 318; *Tobian/Gray/Quinn*, *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 2010, 78 (SJR 0,82); *Morris u.a.*, *AIDS Care* 2012, 1565 (1570) – SJR 0,92; *Rosario/Kasabwala/Sadeghi-Nejad*, *Current Urology Reports* 2013, 1 (SJR 2012 0,63); die Bezeichnung als „chirurgische Impfung“ ist allerdings sehr umstritten, siehe z.B. die Leserbriefe als Reaktion auf *Cooper u.a.*: *Medical Journal of Australia* 2011, 97; sowie *Lyons*, *Public Health Ethics* 2013, 90 (SJR für 2012 0,46).

<sup>131</sup> *Putzke* (Fn. 2 – FS Herzberg), S. 690; *ders.*, *MedR* 2012, 621 (622); *ders./Stehr/Dietz*, *Monatsschrift Kinderheilkunde* 2008, 783 (786); *dies.*, *Deutsches Ärzteblatt* 2008 (1779).

<sup>132</sup> *Putzke* (Fn. 2 – FS Herzberg), S. 690.

<sup>133</sup> *Putzke* (Fn. 2 – FS Herzberg), S. 691.

<sup>134</sup> *Tobian/Gray*, *JAMA* 2011, 1479 (1480) m.w.N.; *Weiss u.a.*, *BMC Urol* 2010, 10:2 (1).

des Ansteckungsrisikos von HIV auf Volljährige der Lebenswirklichkeit in der Bundesrepublik entspricht. Befragungsstudien zufolge haben mittlerweile 16 % der männlichen und 12 % der weiblichen 14-Jährigen bereits Geschlechtsverkehr, bei den 16-Jährigen sind es schon 45 % der Jungen und 52 % der Mädchen in Deutschland.<sup>135</sup> Zwar nimmt laut jüngsten Schätzungen des Robert Koch-Instituts die homosexuelle und heterosexuelle Übertragung des Virus in Deutschland weiterhin ab,<sup>136</sup> es erscheint aber dennoch wenig überzeugend, die HIV-präventiven Aspekte der Zirkumzision allein wegen der geringen Ansteckungsgefahr generell aus der Kindeswohl-abwägung und dem Entscheidungsermessen der Eltern heraus-zunehmen, die sehr geringe Mortalitätsrate des Eingriffs je-doch einzubeziehen.

Problematisch ist ferner, dass die anderen, in der interna-tionalen Forschung diskutierten infektionspräventiven Aspekte der Zirkumzision von den Kritikern nicht gewürdigt werden.<sup>137</sup> Im strafrechtlichen Schrifttum anzutreffende Aussagen zur Reduzierung des Infektionsrisikos durch ausreichende Genital-hygiene oder das Herunterspielen des Infektionsrisikos igno-rieren den derzeitigen medizinischen Forschungsstand zu den weiteren infektions-präventiven Vorteilen des Eingriffs: Beobachtungsstudien,<sup>138</sup> randomisierte klinische Studien<sup>139</sup> und

<sup>135</sup> An der Befragungsstudie nahmen 1.228 11- bis 17-Jährige teil; siehe iconkids & Youth, Anteil der Jugendlichen, die bereits zum ersten Mal Geschlechtsverkehr hatten, <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/6728/umfrage/jugendliche-die-bereits-geschlechtsverkehr-hatten/> (22.11.2013); eine Befragungsstudie im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung berichtete 2006 noch von 12 % der weiblichen und 10 % der männlichen 14-Jährigen, sowie 47 % der weiblichen und 35 % der männlichen 16-Jährigen, siehe Heßling, *Jugendsexualität*, 5. Aufl. 2009, S. 80.

<sup>136</sup> Robert Koch-Institut, Weiterführende Analysen zur HIV-Inzidenz- und -Prävalenzschätzung 2012, *Epidemiologisches Bulletin* Nr. 45, S. 462-463.

<sup>137</sup> Angaben zu den HPV- und HSV-2-präventiven Aspekt der Zirkumzision werden, soweit ersichtlich, in keiner der bisher veröffentlichten beschneidungskritischen Beiträge in der deut-schen Rechtswissenschaft erwähnt.

<sup>138</sup> Hernandez u.a. untersuchten 379 Männer und stellten eine signifikant niedrigere HPV-Prävalenz an verschiedenen Stellen des Penis bei beschnittenen Männern als bei unbeschnittenen Männern fest; Lu u.a. untersuchten 285 Männer über einen Zeitraum von 18 Monaten regelmäßig zur HPV-Infektionen und Prävalenz; siehe Hernandez u.a., *Journal of Infectious Diseases* 2008, 787 (SJR 2,62); Lu u.a., *Journal of Infectious Diseases* 2009, 362 (362, 367 ff.) – SJR 2,51.

<sup>139</sup> Die randomisiert kontrollierte Studie von Avert u.a. baute auf der vorherigen Studie von Avert u.a. (2005) mit 3.274 unbeschnittenen Männern auf, die zu unterschiedlichen Zeit-punkten beschnitten wurden. Bei 1.264 Teil-nehmern im Alter von 18-24 Jahren wurde anschließend die HPV-Prävalenz in der Harnröhre untersucht (Interventionsgruppe n = 637, Kontrollgruppe n = 627). Festgestellt wurde eine 32 % niedrige HPV-Prävalenz bei beschnittenen Männern; siehe auch Avert u.a., *Journal of Infectious Diseases* 2009, 14;

eine systematische Metaanalyse<sup>140</sup> zeigen eine bis zu 40 % niedrigere genitale Besiedlung mit dem Humanen Papilloma-viren (HPV) und ein bis zu 35 % niedrigeres HPV-Infek-tionsrisiko bei beschnittenen Männern als bei unbeschnit-tenen Männern.<sup>141</sup> Ferner scheint bei beschnittenen Männern das Virus schneller von der Immunabwehr vernichtet zu wer-den.<sup>142</sup> Die Infektion mit HPV, einer bedeutenden Gruppe von Tumoviren,<sup>143</sup> ist die häufigste sexuell übertragbare Krankheit weltweit.<sup>144</sup> Allein in Deutschland kommt es nach *Manseck* jährlich zu ca. 500.000 Neuinfektionen, was sich wohl vor allem auf die hohe Infektiosität der Viren zurück-führen lässt.<sup>145</sup> HPV-Infektionen gelten als die Hauptursache von invasivem Gebärmutterhalskrebs.<sup>146</sup> Viele Scheiden-, Penis- und Anal-Karzinome werden in der Forschung auf HPV zurückgeführt.<sup>147</sup> Im Übrigen deuten auch neue Forschungs-ergebnisse auf einen Zusammenhang zwischen HPV und Pros-

*Tobian u.a.* untersuchten in ihrer randomisiert kontrollierten Studie 3.393 HIV-, HPV- und HSV-2-negative Männer, von denen 1.684 Männer beschnitten (Interventionsgruppe) und 1.709 Männern nicht beschnitten wurden (Kontrollgruppe), und untersuchten sie zu vier Zeitpunkten auf HSV-2, HIV, Syphilis sowie eine Untergruppe auf HPV. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass die Beschneidung die Inzidenz von HSV-2 Infektionen und die Prävalenz von HPV-Infek-tionen reduzierte, siehe *Tobian u.a.*, *N Engl J Med* 2009, 1298 (SJR 8,34); Für eine eingeschränkte Kritik an *Tobian u.a.* siehe *van Howe/Storms*, *Journal of Pediatric Urology* 2012, 331 (SJR 0,66); für die Replik *Tobian u.a.*, siehe ebenda.

<sup>140</sup> *Larke u.a.* bestätigten den HPV-präventiven Effekt der Zirkumzision in einer systematischen Übersichtsarbeit mit Metaanalyse von insgesamt 30 Studien verschiedenen Designs; siehe *Larke u.a.*, *Journal of Infectious Diseases* 2011, 1375 (SJR 2,82); für eine frühere von *Van Howe* durchgeführte, den Effekt relativierende systematische Metaanalyse, siehe *Journal of Infection* 2007, 490 (SJR 0,61); die Untersuchung ist wegen gravierender statistischer Mängel angegriffen wor-den, siehe *Castellsague u.a.*, *Journal of Infection* 2007, 91; für die Replik siehe *van Howe*, *Journal of Infection* 2007, 93.

<sup>141</sup> Für die Prozentangaben, siehe *Blank u.a.*, *Pediatrics* 2012, e756 (e767).

<sup>142</sup> *Hernandez u.a.*, *Journal of Infectious Diseases* 2008, 787 (791 f.); *Lu u.a.*, *Journal of Infectious Diseases* 2009, 362 (362, 365, 370); *Morris u.a.*, *Advances in Urology* 2011, 1 (9).

<sup>143</sup> *Forman u.a.*, *Vaccine* 2012, F12 (F21); *Rübben/Rübben*, *Der Urologe* 2012, 1005 (1008).

<sup>144</sup> *Albero u.a.*, *Sexually Transmitted Diseases* 2012, 104; *Manseck*, *Der Urologe* 2007, 646 (648).

<sup>145</sup> Bei einer aktiven Infektion beträgt die Wahrscheinlichkeit der Übertragung an den Sexualpartner ca. 70 %, siehe *Mans-eck*, *Der Urologe* 2007, 646 (648); die genaue HPV-Präva-lenzen in Deutschland ist noch nicht ausreichend erforscht und derzeit Gegenstand einer Studie des Robert Koch-Instituts.

<sup>146</sup> *Muñoz u.a.*, *Vaccine* 2006, S1 (S3) – SJR 1,07; *Hernandez u.a.*, *Journal of Infectious Diseases* 2008, 787; *Albero u.a.*, *Sexually Transmitted Diseases* 2012, 104 (SJR 1,12).

<sup>147</sup> *M.w.N. Morris u.a.*, *Advances in Urology* 2011, 1 (11); *Muñoz u.a.*, *Vaccine* 2006, S1.

tata-Krebs, der zweithäufigsten Krebsart bei Männern, hin.<sup>148</sup> Zusätzlich zur niedrigeren Gefahr von HIV- und HPV-Infektionen, deutet sich in der Forschung eine Reduktion der Ansteckungsgefahr mit dem Herpes Simplex Virus Typ 2 (HSV-2) durch die Zirkumzision ab.<sup>149</sup> HSV-2 stellt eine der häufigsten Ursachen für Genitalgeschwüre dar.<sup>150</sup> Ferner weisen Beobachtungsstudien darauf hin, dass die Infektion mit HSV-2 wiederum die Gefahr einer Ansteckung mit HIV begünstigt.<sup>151</sup>

Im Ergebnis bleibt damit fraglich, ob die Kritiker ihre Zweifel an den infektionspräventiven Aspekten der Zirkumzision mit medizinwissenschaftlichen Quellen wirklich belegen können und ob sie die gesicherte Evidenz, welche auf die Vorteile der Zirkumzision in Bezug auf die Prävention von STIs und Karzinomen hindeutet, hinreichend gewürdigt haben.

#### IV. Zusammenfassung

In der Gesamtschau weisen die hier untersuchten Beiträge eine Reihe überraschender methodischer Schwächen auf. Ohne eine Begründung dafür zu geben, wird wiederholt auf einzelne unkontrollierte, retrospektive Beobachtungsstudien mit sehr kleinen Teilnehmerzahlen Bezug genommen, obwohl beweiskräftigere systematische Übersichtsarbeiten mit Metaanalyse oder randomisiert-kontrollierte-Studien mit großen Teilnehmerzahlen (dem „Goldstandard“ der medizinischen Forschung<sup>152</sup>) zur Verfügung stehen. Entgegen der guten wissenschaftlichen Praxis wird auch dann teilweise auf tertiäre Quellen verwiesen, wenn sekundäre Quellen verfügbar sind, und auf sekundäre Quellen, wenn primäre Quellen verfügbar sind. Zumindest unschwer aus evidenzbasiert-wissenschaftlicher Sicht fragwürdig wird Erlebnisberichten ein höherer Stellenwert entgegengebracht, als heute leicht verfügbaren wissenschaftlichen Daten.<sup>153</sup> Vielen Beiträgen sind ausschließlich Studien zu Grunde gelegt, welche die Komplikationsgefahr, die Sterblichkeitsrate und die vermeintlichen sexuellen Nachteile der Zirkumzision im Verhältnis zum Mainstream der heute im medizinischen Schrifttum zitierten Studien tendenziell überhöhen oder verzerren. Ohne ausreichende Begründung ignorieren die Kritiker die große Masse der medizinischen Forschung im In- und Ausland, die ihre Ansichten nicht stützt. Genauso unberücksichtigt bleiben Studien, welche die präventiv-medizinische Vorteile des Eingriffs aufzeigen, obwohl diese bereits den Emp-

fehlungen internationaler Organisationen, wie etwa UNAIDS oder der WHO zugrunde, gelegt werden.

#### V. Diskussion

Das Vorgehen zur Feststellung des medizinischen Erkenntnisstandes in der rechtswissenschaftlichen Beschneidungsdebatte ist überraschend, wenn man sich noch einmal vergegenwärtigt, dass es gerade der Wille des Gesetzgebers ist, die Kriterien der evidenzbasierten Medizin zur Grundlage der Entscheidungsfindung im Medizin- und Pharmarecht zu machen.<sup>154</sup> Der Rückgriff auf evidenzbasierte Forschung ist auch in der sonstigen Rechtswissenschaft nicht ungewöhnlich: Auf Erkenntnisse, welche evidenzbasiert-wissenschaftliche Kriterien erfüllen, wird in der familienrechtlichen Literatur (insbesondere in Bezug auf Fragen des Kindeswohls),<sup>155</sup> sowie im Lebensmittel-, Kosmetik- und Werberecht verwiesen.<sup>156</sup> Der Verweis auf qualitativ-hochwertige empirische Forschung ist auch in der Schwesterdisziplin des Strafrechts – der Kriminologie – allgegenwärtig.<sup>157</sup> Zunehmend wird auch in Gerichtsentscheidungen auf hochevidente Quellen, wie etwa Metaanalysen oder randomisiert kontrollierten Studien, zurückgegriffen.<sup>158</sup>

<sup>154</sup> Siehe oben II., insbesondere Fn. 29 und 30; ergänzend siehe z.B. *Hart*, MedR 2000, 1; *Ostendorf*, PharmR 2006, 182; *Quaas/Zuck* (Fn. 10), § 11 Rn. 125, § 68 Rn. 31 ff.; *Roters*, NZS 2007, 169 (177); *Welti/Raspe*, NJW 2002, 874.

<sup>155</sup> Siehe z.B. *Bliesener*, FPR 2013, 405 (406 f.); *Dettenborn*, FPR 2012, 447 (Fn. 2); *Kindler*, FPR 2011, 207 (208, 210); *ders./Fichtner*, FPR 2008, 139; *Kostka*, FPR 2005, 89 (93); *Lehmkuhl/Lehmkuhl*, FPR 2007, 28 (32); *Maywald*, FPR 2008, 499 (501); *Permien*, FPR 2011, 542 (543 f.); *Quenzer*, FPR 2013, 434 (436 f.); *Schwarz/Gödde*, FPR 2005, 98 (99 f.).

<sup>156</sup> Siehe z.B. *Dettling*, LMuR 2010, 65; *ders.*, LMuR 2010, 105; *ders.*, LMuR 2011, 65; *Fedderson*, GRUR, 127 (131 ff.); *Hahn/Sröhle*, GRUR 2013, 120 (120, 123); *Metz*, LMuR 2006, 93; *Reese/Holtdorf* (Fn. 20), Rn. 147 ff.

<sup>157</sup> Siehe z.B. *Beisel u.a.*, MSchrKrim 2010, 87 (87 ff.); *Bittner/Becker/Neumann*, MSchrKrim 2010, 1 (13); *Brettfeld/Wetzels*, MSchrKrim 2011, 409 (411); *Eher u.a.*, MSchrKrim 95, 18 (28); *Haarig/Blase/Sedlmeier*, MSchrKrim 2012, 392 (394, 397); *Hirtenlehner/Leitgöb/Bacher*, MSchrKrim 2013, 293 (294, 299); *Schneider*, MSchrKrim 2010, 475 (493); *ders.*, MSchrKrim 2011, 112 (128 f.); *Schwendler/Schmucker*, MSchrKrim 2012, 269 (270); für eine Forderung nach mehr Evidenzbasierung siehe *Dünkel u.a.*, ZRP 2010, 175 (178).

<sup>158</sup> Siehe z.B. die Anforderungen an Wissenschaftliche Belege für Diäten, OLG München, Urt. v. 17.11.2005 - 29 U 4024/03 = GRUR-RR 2006, 139 (140); *Schoene*, GRUR-Prax 2012, 468; Zum Schadensersatzanspruch gegen Arzneimittelhersteller, BGH, Beschl. v. 1.7.2008 - VI ZR 287/07 = NJW 2008, 2994; für die Einstufung eines Präparats als Arzneimittel im Sinne der Beihilfeverordnung, VGH Mannheim, Urt. v. 19.1.2010 - 4 S 1816/07 = PharmR 2010, 307 (310 ff.); zur Verordnung eines nicht zugelassenen Medikaments LSG Schleswig Holstein, Urt. v. 6.10.2009 - L 4 KA 34/08 = NZS 2010, 394 (397); zur Irreführung durch Werbeaussagen bei Nah-

<sup>148</sup> Für einen Zusammenhang zwischen HPV-Infektionen und Prostata-Krebs, siehe z.B. *Wright/Lin/Stanford*, Cancer 2012, 4437 (SJR 2,40); *Morris/Waskett*, Asian J Androl 2012, 661 (SJR 0,52). Gegen einen Zusammenhang zwischen HPV-Infektionen und Prostata-Krebs siehe z.B. *Lin u.a.*, Irish Journal of Medical Science 2011, 497 (SJR 0,20); *Tachezy u.a.*, Journal of Medical Virology 2012, 1636 (SJR 0,93).

<sup>149</sup> *Tobian u.a.*, N Engl J Med 2009, 1298.

<sup>150</sup> *Tobian u.a.*, N Engl J Med 2009, 1298 (1299).

<sup>151</sup> *M.w.N. Tobian u.a.*, N Engl J Med 2009, 1298 (1299).

<sup>152</sup> *Seiler*, in: *Krukemeyer/Alldinger* (Hrsg.), Chirurgische Forschung 20065, S. 208.

<sup>153</sup> Siehe die Kritik und Belege in Fn. 112.

Mit Blick auf die Bedeutung des Standes medizinischer bzw. wissenschaftlicher Erkenntnisse für die heutige Rechtswissenschaft bleiben somit erhebliche Zweifel, ob sich eine strafrechtliche Debatte trotz in Zeiten des Internet einfacher Verfügbarkeit von Studien der höchsten Evidenzklassen der Medizin, lediglich auf einzeln ausgewählte Studien niedriger Evidenz oder sogar bloße Meinungsdarstellungen verlassen darf, um die Zirkumzision als „Verstümmelung“ zu titulieren,<sup>159</sup> und – wohl gerade deshalb – in Folge als Kindeswohl- und verfassungswidrig zu bewerten.

Abschließend stellt sich die Frage, welche Lehren sich aus dem verzerrten Informationsstand der Beschneidungsdebatte für die rechtswissenschaftliche Methodik ziehen lassen bzw. wie der Verzerrung einer rechtswissenschaftlichen Debatte durch einseitige Quellenauswahl künftig entgegen gewirkt werden kann.

Denkbar wäre hier für die Zukunft eine stärkere Berücksichtigung evidenzbasierter Forschung. Trifft das Strafrecht auf ein bioethisches oder medizinisches Problem, basiert dies im Kern oft auf einer empirischen Fragestellung. Zuverlässige Informationen zu dieser Fragestellung in Form von Forschungsergebnissen im lebenswissenschaftlichen Schrifttum sind heute über spezielle akademische Suchmaschinen und die jeweiligen fachspezifischen Forschungs-Datenbanken für jeden Interessierten ohne weiteres verfügbar. Die Erhebung eines Forschungsstandes kann nur durch einen unvoreingenommenen Blick unter Berücksichtigung einer breiten Quellenrecherche vorgenommen werden. Die Bewertung der gefundenen Ergebnisse erfordert, dass Rechtswissenschaftler, die zu medizinrechtlichen oder bioethischen Themen forschen, zumindest über gewisse Methodenkenntnisse im Bereich der Lebenswissenschaften verfügen oder sich diese durch interdisziplinäre Kooperation zueignen.<sup>160</sup>

Grundlegend für eine Auswertung lebenswissenschaftlicher Forschungsergebnisse in Form von Primärstudien ist die Unterscheidung aussagekräftiger von weniger aussagekräftigen Studiendesigns, sowie die Berücksichtigung der methodischen Gütekriterien durch kritische Evaluation der in den Studien genannten Faktoren wie Anzahl und Auswahl der Teilnehmer und eventuell offenbarer Interessenkonflikte. Die unterschiedlichen Evidenzklassen der evidenzbasierten Medizin bilden insofern eine Orientierungshilfe für die Rechtswissenschaften, da sie klare Vorgaben über den Beweiswert der einzelnen Arten von Studien geben.<sup>161</sup>

Die Präferenz der hier untersuchten rechtswissenschaftlichen Beiträge für sekundäre und tertiäre Literatur zeigt die Notwendigkeit, den gegenwärtig in der Rechtswissenschaft gepflegten Umgang mit Quellen zu überdenken. Ein besonnener medizinrechtlicher und bioethischer Diskurs ist nur möglich, wenn es anderen Rechtswissenschaftlern jederzeit möglich ist die Quellen eines Autors lückenlos nachzuvollziehen. Hier könnte sich die Rechtswissenschaft etwa an den etablierten Regeln der guten wissenschaftlichen Praxis in den Lebens- und Sozialwissenschaften orientieren. So sollte verstärkt darauf geachtet werden, dass Primär- bzw. Originalquellen oder den Forschungsstand aggregierenden systematischen Übersichtsarbeiten der Vorzug vor Sekundärquellen und nichtwissenschaftlichen Tertiärquellen gegeben wird. Insofern ist vor allem auf der Rückgriff auf populärwissenschaftliche Literatur und auf nicht-wissenschaftliche Webseiten zu vermeiden.<sup>162</sup>

Große Vorsicht ist auch bei der Verwendung des Begriffs „Studie“ zu wahren, da darunter in den Lebenswissenschaften eine kontrollierte empirische Untersuchung und keine Meinungsdarstellung oder Literaturübersicht verstanden wird. Werden empirische Studien anderer Disziplinen als Argument in eine rechtswissenschaftliche Debatte eingeführt, so sollten grundlegenden Angaben zu deren Methodik, wie z. B. das Studiendesign, die Teilnehmerzahl und die Ergebnisse, im Haupttext oder in einer Fußnote genannt werden. Stehen sich mehrere wissenschaftliche Studien im Ergebnis widersprüchlich gegenüber, so empfiehlt sich die Entscheidung zugunsten einer bestimmten Studie anhand anerkannter Kriterien wie der verwendeten Methodik, dem Ranking des veröffentlichenden Journals, eines Artikel-Zitat-Indexes und den Reaktionen der Scientific Community zu begründen.

Zuletzt ist darauf hinzuweisen, dass Normsetzung und Normanwendung nicht aufgrund von persönlichen Meinungen und Wahrnehmungen erfolgen sollte. Akkumulierte Anekdoten können den Rückgriff auf verifizierbare Daten weder ersetzen noch widerlegen, ebenso wenig erstarken Meinungen durch vielfache Wiederholung zu Fakten.<sup>163</sup> Die im Internet auf unzähligen Webseiten und in Teilen der Vereinigten Staaten geführte Debatte zur männlichen Beschneidung sollte die deutsche Rechtswissenschaft mit der notwendigen wissenschaftlichen Distanz begegnen. Der dortige Meinungskampf zwischen Gegnern und Befürwortern des Eingriffs hat bisweilen skurrile Züge angenommen.<sup>164</sup> Bei der

---

rungsergänzungsmitteln, LG Berlin, Urt. v. 9.12.2010 - 52 O 111/10 = LMRR 2010, 147.

<sup>159</sup> Siehe z.B. *Fischer* (Fn. 8), § 223 Rn. 43; *Herzberg*, ZIS 2010, 471 (475)

<sup>160</sup> Für eine vergleichbare Forderung, siehe *Hahn/Sröhle*, GRUR 2013, 120 (123: „[...] die rechtliche Bewertung „wissenschaftlicher Aussagen“ [erfordert] eine Zusammenarbeit zwischen Jurisprudenz und Naturwissenschaft – und damit auch ein gegenseitiges Grundverständnis der jeweils anderen Disziplin.“).

<sup>161</sup> Siehe Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V., <http://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/images/evidenzklassen.jpg/view> (22.11.2013);

---

vgl. auch *Fedderson*, GRUR, 127 (132).

<sup>162</sup> Kritisch angemerkt sei hier nur die Verwendung von einseitigen, wissenschaftlichen Ansprüchen nicht genügenden Webseiten wie <http://www.beschneidung-von-jungen.de> oder <http://www.circumcision.org> (22.11.2013).

<sup>163</sup> Vgl. auch den Ausspruch der bekannten Wissenschaftstheoretikerin *Fiske*, *An Assertion Is Often An Empirical Question*, Settled By Collecting Evidence, <http://www.edge.org/response-detail/10667> (22.11.2013).

<sup>164</sup> Als Beispiel seien nur Anti-Beschneidungsorganisationen wie die National Organization of Circumcision Information Resource Centres (NOCIRC), Doctors Opposing Circumcision (D.O.C.); Brothers United for Future Foreskins (BUFF);

unkritischen Rezeption von Informationen aus den Quellen der Anti-Beschneidungsbewegung besteht die Gefahr unsachliche und unwissenschaftliche Argumente in die rechtswissenschaftliche Debatte zu importieren.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Die moderne Rechtswissenschaft, die sich mit immer komplexeren technischen, bioethischen, und medizinischen Problemstellungen befassen muss, ist zunehmend eine interdisziplinäre, datengestützte, empirische Auseinandersetzung mit einer oft unübersichtlichen Faktenlage. Dadurch wird sie immer anfälliger für verzerrte Ergebnisse aufgrund einer unzureichenden Quellenlage. Einer solchen Verzerrung kann durch eine erweiterte Methodik – einer *evidenzbasierten* Rechtswissenschaft – begegnet werden.

### XI. Schlussbetrachtung

Die hier vorgenommene Darstellung und Bewertung der Vor- und Nachteile der Zirkumzision ist nicht als Aufruf zur routinemäßigen Vornahme misszuverstehen oder ein Versuch den Eingriff zu bagatellisieren. Ebenso ist anzumerken, dass diese Untersuchung sich zwar um eine erschöpfende Wiedergabe der relevanten Primärstudien bemüht, indes aber keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Ziel war es vielmehr anhand eines ausführlichen Überblicks über das aktuelle medizinische Schrifttum und den Kriterien der evidenzbasierten Wissenschaft die methodische Einseitigkeit vieler Beiträge der Debatte aufzuzeigen, um so der Rechtswissenschaft die Möglichkeit einer differenzierteren Diskussion zu geben.

Die medizinische, psychologische, ethische, historische und rechtliche Bewertung der Beschneidung von männlichen Knaben ist ein fortlaufender Prozess. Wenn der rechtswissenschaftliche Diskurs nicht losgelöst von anderen Wissenschaftszweigen fortgesetzt werden soll, so erfordert dies einen respektvolleren Dialog miteinander und eine Berücksichtigung der Erkenntnisse der anderen Disziplinen.<sup>165</sup> Die Angaben in den bisherigen Beiträgen sind für den zukünftigen Diskurs gefährlich, weil der von den Kritikern verzerrt dargestellte „Stand wissenschaftlicher Erkenntnis“ begonnen hat, in der juristischen Literatur ein vom international anerkannten Stand wissenschaftlicher Erkenntnis abweichendes Eigenleben zu

führen.<sup>166</sup> Das Perpetuieren eines falschen Informationsstandes birgt jedoch unvorhersehbare Risiken sowohl für die Rechtspraxis, als auch für die Rechtswissenschaft.

Die Frage nach der Zulässigkeit der medizinisch nicht-indizierten Zirkumzision ist und bleibt eine komplexe normative Wertung. Vor dem Hintergrund der aktuellen medizinischen und psychologischen Forschungslage erscheint es nicht überzeugend, den Eltern bzw. Sorgeberechtigten eines Knaben die rechtfertigende Einwilligung in den Eingriff allein aufgrund dessen vermeintlicher Risiken und Auswirkungen zu versagen. Der Gesetzgeber hat dies erkannt und mit der Einführung des § 1631d BGB angemessen darauf reagiert.

---

National Organization of Restoring Men (NORM), National Organization to Halt the Abuse and Routine Mutilation of Males (NOHARMM), Nurses for the Rights of the Child (NRC), Parents of Intact Sons, sowie das Uncircumcising Information and Resources Center (UNCIRC) genannt. Die selbsternannten „Intaktivisten“ führen die Debatte dabei schon lange nicht mehr auf Basis rationaler wissenschaftlicher Argumente und verifizierbaren Daten. In Anti-Beschneidungsforen werden Wissenschaftler, die der Bewegung entgegengesetzte Studie veröffentlichen, öffentlich angeprangert und in einem eigens dafür eingerichteten Wiki ([www.circleleaks.org/](http://www.circleleaks.org/)) werden steckbriefähnlich persönliche Informationen zur vermeintlichen „Beschneidungslobby“ gesammelt.

<sup>165</sup> Für ähnliche Forderungen, vgl. auch *Blank u.a.*, J Med Ethics 2013, 1; *Kristiansen/Sheikh*, Global Discourse 2013, 342 (345).

---

<sup>166</sup> Siehe das Beispiel *Sorrels u.a.* in Fn. 82, das Beispiel *Frisch u.a.* in Fn. 91 und 123 oder *Walter*, der mit Verweis auf *Putzke* „prophylaktischen Nutzen“ ausschließt, siehe *ders.*, JZ 2012, 1110 (1113).