

## **Zirkumzision – die deutsche Debatte und die medizinische Basis**

*Heinz-Jürgen Voß*

Der Beitrag erschien zuerst in der Zeitschrift *Sexuologie – Zeitschrift für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft* (2012, Bd. 19, S. 154-162). Gemeinsam mit dem Beitrag *Fortsetzung einer ‚Zivilisierungsmission‘: Zur deutschen Beschneidungsdebatte* (von Zülfukar Çetin und Salih Alexander Wolter) erschien er auch in dem Buch *Interventionen gegen die deutsche ‚Beschneidungsdebatte‘* (Münster: Edition assemblage).

*Nach dem Berufungsurteil des Kölner Landgerichts entspann sich in der Bundesrepublik Deutschland eine vehemente Debatte um die Zirkumzision im Kindesalter. Ausgehend von einer Analyse der in der Diskussion vertretenen Positionen, werden im Fortgang des Beitrags die medizinischen Eckdaten zur Zirkumzision umfassend dargestellt. Detailliert behandelt wird der Forschungsstand zu Fragen der Sensitivität des Penis nach der Beschneidung, zur möglichen Reduktion des Infektionsrisikos sexuell übertragbarer Erkrankungen und zu möglichen weiteren Einflüssen auf die Gesundheit und das psychische Wohlergehen des beschnittenen Jungen.*

### **Diskurstheoretischer Einstieg**

Kaum eine Debatte der vergangenen Jahre wurde in der Bundesrepublik Deutschland ähnlich impulsiv geführt wie die über die Beschneidung der Vorhaut von Jungen nach dem Urteil des Kölner Landgerichts vom 7. Mai 2012 (vgl. Müller-Neuhof 2012; Çetin/Wolter 2013). Die Debatte ist dabei zunächst diskurstheoretisch interessant. Während in den Monaten und Jahren zuvor keinerlei Beiträge zur Vorhautbeschneidung bei Jungen erschienen sind, die eine größere Aufmerksamkeit gefunden hätten, war diese Frage nach dem Kölner Urteil in nahezu allen Medien. Erst ab diesem Zeitpunkt organisierten sich die vehementen Gegner\_innen der Vorhautbeschneidung, angefangen von einigen Ärzt\_innen, über Vertreter\_innen der neuen – vielfach als rechts gekennzeichneten<sup>1</sup> – „Männerrechtsbewegung“ bis hin zu einigen feministischen und linken emanzipatorischen Akteur\_innen.

Hingegen finden sich unter diesen Streitenden keine „Selbsthilfegruppen“, in denen sich Menschen wegen Erfahrungen mit einer früheren Beschneidung organisiert hätten.<sup>2</sup> Im

---

<sup>1</sup> Vgl. Kemper 2011; Kemper (Hrsg.) 2012.

<sup>2</sup> Hingegen hätten sich beispielsweise die Intersexuellen-Verbände, die seit mehr als zwei Jahrzehnten gegen die geschlechtszuweisenden medizinischen Eingriffe streiten, über eine solche vehemente Unterstützung gefreut. Aber noch jetzt gibt es Bedenken, den Forderungen dieser Verbände zu folgen, obgleich die Position der

deutschsprachigen Raum gibt es solche Selbsthilfegruppen schlicht nicht. Meldeten sich Männer zu Wort, die als Kleinkinder selbst beschnitten worden waren, so wandten sie sich fast ausschließlich gegen ein Verbot der Vorhautbeschneidung.<sup>3</sup> Selbst A. Utlu, der die Beschneidung als sehr negativ erlebt hatte – ihm war Narkose vorenthalten worden und er wurde von den nicht-beschnittenen Kindern wegen der fehlenden Vorhaut in der Schule gehänselt – und sich daher gegen sie ausspricht, wandte sich gegen die „Hexenverfolgung“, die nun mit der Frage der Beschneidung entfacht worden sei (Siegestsäule 2012).<sup>4</sup>

Festzuhalten ist also, dass es zunächst kein öffentliches Interesse an dieser Debatte gab, die dann aber schlagartig begann. Doch es ist noch interessanter: So erging das Berufungsurteil des Kölner Landgerichts im vorliegenden Fall bereits am 7. Mai 2012. Die Debatte setzte hingegen erst deutlich verzögert ein, nämlich am 26. Juni 2012. Und das ist kein Zufall, wie der Journalist J. Müller-Neuhof (2012) für den *Tagesspiegel* recherchierte. Vielmehr zeigen sich im Gerichtsverlauf deutliche Verfahrensfehler. So wurde die grundsätzliche Bedeutung, die sich im Verfahren abzeichnete, nämlich die für religiöse Riten von Jüd\_innen und Muslim\_innen in Deutschland, nicht – wie üblich – an die entsprechende höhere Instanz gemeldet. So konnten die „*ahnungslosen höheren Stellen [...] die Entscheidung nicht innerhalb der vorgeschriebenen Frist anfechten*“ (Çetin/Wolter 2013) – und erst nachdem die Frist für die Anfechtung verstrichen war, fand eine rege Pressetätigkeit statt. Der an dem Urteil sehr interessierte Strafrechtler H. Putzke lancierte über einen Freund bei der *Financial Times Deutschland* die breite mediale Berichterstattung und positionierte sich als entsprechender „Strafrechts-Experte“. Erst nachdem eine Flut von Anfragen über das Landgericht hereinbrach, reagierte es noch am gleichen Tag wie der Beitrag in der *Financial Times Deutschland* – am 26. Juni 2012 – mit einer Pressemitteilung (Müller-Neuhof 2012; Kölner Landgericht 2012).

Entsprechend „überrumpelt“ zeigte sich die Politik. Entgegen der breiten gesellschaftlichen Stimmung, die sich nun – auf einmal – entsetzt über den Vorgang der Vorhautbeschneidung zeigte, reagierte die Politik zügig, aber unaufgeregt. Es wurden Schritte eingeleitet, die innerhalb der Bundesrepublik Deutschland die Religionsfreiheit sicherstellen und die Rechte der jüdischen und muslimischen Minderheiten garantieren und mit dem Wohl des Kindes in Einklang bringen sollen. Entsprechend äußerten sich Justizministerin und Außenminister; das

---

Intersex-Verbände durch die wissenschaftlichen Outcome-Studien gestützt wird, die nahezu einhellig eklatant schlechte Resultate der geschlechtszuweisenden medizinischen Interventionen feststellen (vgl. Voß 2012).

<sup>3</sup> So etwa der Zentralrat der Juden (Pressemitteilung vom 26.6.2012), der Zentralrat der Muslime (Pressemitteilung vom 27.6.2012) und eine Gruppe jüdischer und muslimischer Jugendlicher, die eine entsprechende Petition auf den Weg brachte (Petition 2012).

<sup>4</sup> Ein weiterer der raren Betroffenenberichte in der Debatte findet sich in: TAZ 2012.

aktuell aus dem Justizministerium vorliegende Eckpunktepapier (Stand: 26.9.2012) sieht vor, dass auch religiöse Vorhautbeschneidung, die nach allen Regeln „medizinischer Kunst“ durchgeführt werde – auch von dazu eigens ausgebildeten und medizinisch geschulten Beschneidern –, für legal erklärt wird.

Auch die Ärzt\_innenschaft äußerte sich weitgehend mit Bedacht. So erklärte der Präsident der Bundesärztekammer F. U. Montgomery in einer Pressemitteilung vom 1. Juli 2012: *„Das Urteil des Kölner Landgerichts ist für die Ärzte unbefriedigend und für die betroffenen Kinder sogar gefährlich [...] Es besteht nun die große Gefahr, dass dieser Eingriff von Laien vorgenommen wird und so – allein schon wegen der oft unzureichenden hygienischen Umstände – zu erheblichen Komplikationen führen kann.“* (Bundesärztekammer 2012) Auf Grund der nun unklaren Rechtslage riet er Ärzt\_innen davon ab, Beschneidungen durchzuführen. In ähnlicher Weise äußert sich die *Deutsche Gesellschaft für Urologie* (DGU 2012; wortgleich auch der *Berufsverband der Deutschen Urologen*); die *Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie* warnte vor den Auswirkungen, die mit der *„Missachtung [von] kulturellen und religiösen Identität[en]“* verbunden sein könnten, und regte zu toleranter gesellschaftlicher Aushandlung an (DGPT 2012).

Auch der *Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte* und die *Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin* – Letztere ist der Dachverband der drei großen pädiatrischen Gesellschaften Deutschlands und weiterer Mitglieder – äußerten sich differenziert. Sie sprachen sich deutlich gegen die rituelle religiöse Vorhautbeschneidung aus (BVKJ 2012; DAKJ 2012). Beide plädierten für die körperliche Unverletzlichkeit des Kindes und insbesondere seiner Genitalien. Allerdings wird nicht die (religiöse) Vorhautbeschneidung allgemein kritisiert, sondern die ritualisierte, die ohne Analgesie (Betäubung) stattfindet. In der Stellungnahme der *Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin* heißt es entsprechend: *„Die rituelle Beschneidung als Körperverletzung zu werten ist somit auch aus ärztlicher Sicht richtig. Sie verändert den Körper des Kindes irreversibel, ohne dass dafür eine medizinische Indikation vorliegt. Der Eingriff, soweit nicht kinderchirurgisch durchgeführt, ist robust und blutig. Er ist mit einer nicht zu vernachlässigenden Komplikationsrate von immerhin 6% belastet. Sofern dieser Eingriff nach mosaischem und nach klassischem muslimischem Ritus traditionell ohne Analgesie durchgeführt wird, ist diese Art der Beschneidung ein mit erheblichen Schmerzen verbundener Eingriff. Im Alter von 4 bis 7 Jahren beschnittene Muslime berichten von einer erheblichen und vor allem auch*

*nachhaltig beeinträchtigenden Traumatisierung.*“ (DAKJ 2012)<sup>5</sup> Die *Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin* urteilt damit klar „*Eine Beschneidung ohne wirksame Analgesie, gleichviel in welchem Alter, ist daher strikt abzulehnen*“ (ebd.) – und sie fordert eine medizinische Expertise ein, sofern Vorhautbeschneidungen gesellschaftlich stattfinden sollten. (Angemerkt sei, dass einige der Angaben in dem kurzen Auszug der Pressemitteilung medizinisch strittig sind. Im Folgenden werden die Kritikpunkte noch deutlich werden; unter anderem stehen der Aussage, dass „nicht kinderchirurgisch durchgeführte[e]“ Zirkumzisionen stets „robust und blutig“ seien, zwei große israelische Studien entgegen (eine mit über 19.000 und eine mit 8.000 Untersuchten), in denen sich gerade für die traditionelle jüdische Zirkumzision, die mit traditioneller Betäubung von dem *Mohel* (Beschneidungsspezialist) durchgeführt wird, geringe Komplikationsraten von 0,1 bzw. 0,3 Prozent ergaben [vgl. Weiss et al. 2010].)

Also: Die medizinischen Akteur\_innen verweisen nicht auf grundsätzliche Probleme der Vorhautbeschneidung, sondern es wird eine Art und Weise kritisiert. Und auch bei einem Blick auf die beiden Berichte negativer Erlebnisse mit der Beschneidung (Siegessäule 2012; TAZ 2012) fällt auf, dass es sich um die Vorhautbeschneidung im Alter von sieben bzw. zwölf Jahren handelte, die ohne Betäubung vorgenommen wurde. Zumal wurden in beiden Fällen die Kinder in ein anderes Land verbracht – die Vorhautbeschneidung fand also nicht im gewohnten Umfeld (mit familiärer Unterstützung in einer Klinik oder entsprechend ausgerüsteten Praxis) statt, was psychische Probleme mit sich bringen kann. Beides könnte durch die vom Justizministerium vorgeschlagene Lösung ausgeräumt werden. Für die von A. Utlu berichteten Hänseleien in der Schule wäre hingegen intensives aktives Streiten gegen rassistische und heterosexistische Klischees in der deutschen Gesellschaft erforderlich.<sup>6</sup>

### **Sensitivität des Penis nach der Zirkumzision**

Ein Blick in die einschlägige wissenschaftliche Literatur verrät ein differenziertes Bild: Die Ergebnisse sind uneinheitlich. Angemerkt sei, dass sie im erwachsenen Alter der Männer erhoben wurden; es befinden sich somit im Kindes- und Jugendalter sowie später

---

<sup>5</sup> Die Pressemitteilung des *Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte* kritisiert ebenfalls explizit die „rituelle Beschneidung minderjähriger Jungen“; sie scheint sich also, wie die der DAKJ, nicht generell gegen Vorhautbeschneidung aus religiösen und medizinischen Gründen zu richten. Sie ist aber nur kurz, so dass es keine detaillierten Ausführungen gibt.

<sup>6</sup> In der Bundesrepublik Deutschland und der Europäischen Union sind Vorurteile gegenüber Minderheiten und „Andersartigkeit“ erschreckend weit verbreitet, wie die Ausarbeitungen des Bielefelder Instituts für interdisziplinäre Konflikt- und Gewaltforschung zum „Syndrom gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit“ deutlich zeigen (vgl. Heitmeyer 2011; Zick 2011). Vgl. explizit zu Zirkumzision: Çetin/Wolter 2013.

Beschnittene in den Untersuchungsgruppen; sofern in den Studien angegeben, wird im Folgenden nach Alter der Beschneidung differenziert.

Laumann et al. (1997, USA) zeigte für eine große US-amerikanische Kohorte (1.410 Befragte, davon 2/3 beschnitten, oft im Kindesalter), dass nur geringe Unterschiede bezüglich der sexuellen Zufriedenheit und etwaiger Probleme festzustellen waren. Lediglich bei den älteren Männern ergaben sich signifikante Differenzen zwischen beschnittenen und unbeschnittenen Männern. Sexuelle Dysfunktionen wurden in der Gruppe der 45 bis 59 Jährigen von 58 Prozent der unbeschnittenen Männer angegeben, hingegen nur von 40 Prozent der beschnittenen. Durch alle Altersgruppen hinweg überwog der Anteil der unbeschnittenen gegenüber den beschnittenen Männern leicht, die angaben, „kein Interesse an Sex“ zu haben und „nicht in der Lage zu sein, zu ejakulieren“. Vorzeitiger Samenerguss war bei beiden Gruppen durch die Altersgruppen hinweg häufig (um die 30 Prozent), Schmerzen hatten nur wenige (um die drei Prozent) empfunden – etwas häufiger bei den älteren Unbeschnittenen.

In mehreren Studien wird postuliert, dass Vorhautbeschneidung mit dem Zeitpunkt der Ejakulation (vorzeitige Ejakulation)<sup>7</sup> in Verbindung stehen könnte. Das beschreibt etwa die Forschungsgruppe Namavar et al. (2011, Iran), die bei 47 ausgewählten Patienten durch die Beschneidung im Erwachsenenalter vorzeitigen Samenerguss kuriert habe. Hingegen konnten Malkoc et al. (2012, Türkei) bei der Untersuchung von im Erwachsenenalter Beschnittenen bei Untersuchung vor und nach der Zirkumzision keinen Einfluss auf die Möglichkeit und Häufigkeit vorzeitiger Ejakulation feststellen, obgleich im entfernten Vorhautgewebe zahlreiche Nervenenden festgestellt wurden. Um Einflussfaktoren auf die vorzeitige Ejakulation zu erheben, untersuchten Hosseini et al. (2008, Iran) 84 beschnittene Männer, 42 mit und 42 ohne vorzeitigen Samenerguss. Sie konnten keine relevanten körperlichen oder sozialen Einflussfaktoren feststellen. Einen Zusammenhang zwischen Zeitpunkt der Vorhautbeschneidung im Kindesalter und vorzeitiger Ejakulation (sowie weiteren sexuellen Dysfunktionen) konnte die Forschungsgruppe Aydur et al. (2007, Türkei) nicht feststellen.

Vorhautbeschneidungen, die im Erwachsenenalter vorgenommen werden – etwa auf Grund einer vorliegenden Phimose oder aktuell in Afrika zur HIV-Vorbeugung angeregt –, führten ebenfalls zu unterschiedlichen Ergebnissen. So ermittelten Fink et al. (2002, USA) bei einer Stichprobe von 123 Männern, dass nach der Beschneidung eine geringere erektile Funktion (Score: vor Zirkumzision 12,4, danach 10,5), eine geringere Sensitivität des Penis (9,5;

---

<sup>7</sup> Dass es sich hierbei um eine normative Setzung in Medizin und Gesellschaft handelt, kann an dieser Stelle nicht weiter diskutiert werden. In welchem Maße Normalisierungen mit Bezug zu Biologie und Medizin erfolgen, erläutere ich am Beispiel der „Homosexualität“ in: Voß 2013.

danach 9,0), aber keine Änderung der sexuellen Aktivität (9,4; danach 8,9) sowie eine erhöhte sexuelle Zufriedenheit empfunden worden sei (11,1 vs. danach 12,2). Eine verringerte Druckempfindlichkeit berichteten Sorrells et al. (2007, USA), allerdings ohne Angaben zur Zufriedenheit der Probanden zu machen. Erwachsene Männer, die bei der Vorhautbeschneidung älter als 20 Jahre waren, untersuchten Kim et al. (2007, Südkorea). Aus einer Stichprobe mit 255 beschnittenen und 118 unbeschnittenen Männern ermittelten sie keine Unterschiede zwischen den Gruppen bzgl. sexuellem Verlangen, Erektion, Ejakulation und der Zeit bis zur Ejakulation. Innerhalb der Gruppe der Vorhautbeschnittenen konnten 138 ihr Sexualeben vor und nach der Zirkumzision vergleichen. Veränderungen zeigten sich bzgl. der Masturbation: 48 Prozent äußerten ein geringeres und acht Prozent ein größeres Verlangen zu masturbieren. 63 Prozent gaben an, dass sie nun mehr Probleme mit der Masturbation hätten, wogegen sie 37 Prozent leichter fiele. Schließlich habe bei sechs Prozent das Sexualeben insgesamt zu-, bei 20 Prozent dagegen abgenommen, während es sich bei den übrigen 74 Prozent nicht verändert habe. Masood et al. (2005, Großbritannien) ermittelten ebenfalls für spätere Zirkumzisionen (150 Befragte) für 75 Prozent der Befragten keine Veränderungen ihrer Libido und für 69 Prozent geringeren Schmerz beim Geschlechtsverkehr; 38 Prozent gaben an, nach der Vorhautbeschneidung eine größere Sensitivität des Penis zu verspüren, während 18 Prozent diese als verringert ansahen. Keinerlei statistisch relevanten Unterschiede zwischen den Beschreibungen der Untersuchten zur sexuellen Zufriedenheit und Funktionalität ermittelten Kigozi et al. (2008, Uganda; 4.456 Befragte) und Collins et al. (2002, USA; 15 Befragte).

Eine Anmerkung sei noch zur Art der Studien und der erhobenen Befriedigung getroffen: Das Interesse der Forschenden scheint sich stets an der Vorstellung penetrierenden, gegengeschlechtlichen Sexualverkehrs zu orientieren. Studien, die sich explizit verbreiteten gleichgeschlechtlichen (bzw. nicht-normativen) Praktiken zuwenden, sind rar. Und so wird etwa das konkret von A. Utlu beschriebene Problem von den bisherigen Arbeiten gerade nicht angegangen. In dem Interview mit der Siegessäule gab er nicht an, generell Probleme mit der sexuellen Sensitivität zu haben, sondern explizit beim Oralverkehr: *„Ich hatte als junger Mann massive Probleme, zum Orgasmus zu kommen. Ich kann das ja ruhig offen sagen, ich hatte Probleme einen Orgasmus zu bekommen, wenn mir einer einen geblasen hat. Und wenn das dann immer ewig dauert, dann nervt einen das und das ist auch peinlich. Der Akt ist damit eigentlich kaputt.“* (Siegessäule 2012) Hier mehr Offenheit von den Forschenden in ihren Fragestellungen wäre eigentlich selbstverständlich. Einzig Mao et al. (2008, Australien) wendet sich bzgl. Fragen der Sensitivität explizit „schwulen“ Praktiken – explizit Analverkehr

– in Bezug auf Zirkumzision zu. Von den 1.426 Befragten waren 939 beschnitten, davon 81 nach der Kindheit. Interessant ist nun die Feststellung, dass von den spät Beschnittenen ein signifikant größerer Anteil ( $p < 0,05$ ) rezeptiven Analverkehr (88 Prozent vs. 75 Prozent,  $p < 0,05$ ) und ein geringerer Anteil induzierenden Analverkehr (79 vs. 87 Prozent) praktizierte. Erfahrungen mit vorzeitiger Ejakulation waren signifikant geringer als bei den früh beschnittenen Männern (15 vs. 23 Prozent,  $p < 0,05$ ).

### **Einfluss auf das Infektionsrisiko bezogen auf Geschlechtskrankheiten**

Ansonsten wird gleichgeschlechtlicher Sex unter Männern<sup>8</sup> in der Medizin auch in Bezug auf Vorhautbeschneidung insbesondere im Hinblick auf Geschlechtskrankheiten thematisiert – fokussiert auf gleichgeschlechtlichen Analverkehr. Hier – wie auch für gegengeschlechtlichen Sex (der als vaginal, penetrierend vorausgesetzt wird) – gibt es Indizien dafür, dass durch die Beschneidung das Risiko der Ansteckung mit dem HI-Virus und das Infektionsrisiko mit weiteren Geschlechtskrankheiten reduziert werden. Bezogen auf gleichgeschlechtlichen Sex argumentieren etwa Lau et al. (2011, Hongkong/China) und Schneider et al. (2012, USA) in eine solche Richtung. In einer Analyse von 21 Studien zu gleichgeschlechtlichem Sex unter Männern, mit insgesamt 71.693 Teilnehmern, fassten Wiysonge et al. (2011, Südafrika) zusammen, dass sich für den induzierenden Partner das Risiko einer HI-Viren-Infektion signifikant oder zumindest nachweisbar verringere, hingegen nicht für den rezeptiven Partner (vgl. auch: Millett et al. 2008 [USA]; Sánchez et al. 2011 [Peru]). Keine signifikante Verringerung des Infektionsrisikos habe sich für Syphilis und Herpes simplex ergeben (Wiysonge et al. 2011). Andere Studien zeigen für gleichgeschlechtlichen Sex unter Männern maximal eine moderate Verringerung des Infektionsrisikos, betrachtet über einen längeren Zeitraum; es ergebe sich aber keinerlei kurzfristige Risikoreduktion für eine HIV-Infektion (Londish et al. 2010 [Australien]; Templeton et al. 2010 [Australien]; Jameson et al. 2010 [USA]). Auch eine frühere Überblicksstudie über 44 größere und kleinere Studien mit insgesamt 18.585 Teilnehmenden stützt diese Einordnung (Johnson et al. 2008, USA).

Hingegen zeigen Studien zu Männern, die ausschließlich gegengeschlechtlichen sexuellen Verkehr haben (dieser wird als vaginal, penetrierend gedacht), für diese bisher einhellig eine

---

<sup>8</sup> Es ist die Bezeichnung „MSM“ („men who have sex with men“, „Männer die Sex mit Männern haben“) gebräuchlich. Sie hat sich durchgesetzt, da sich viele gleichgeschlechtlich sexuell verkehrende Männer nicht als homosexuell oder schwul identifizieren und von entsprechenden Kampagnen nicht angesprochen werden. Fällt „homosexuell“ somit in der Nomenklatur weg, so muss das auch für das mit der europäischen Moderne erst im 19. Jahrhundert aufgekommene Gegenstück – „heterosexuell“ – gelten (vgl. Voß 2013). Das gilt in den Studien aber nur bedingt – oft wird dort der Begriff „heterosexuell“ genutzt; in diesem Aufsatz wird aber in logischer Konsequenz darauf verzichtet.

Verringerung des HIV-Infektionsrisikos um etwa 50 bis 60 Prozent. In diesen Studien wird davon ausgegangen, dass keine anale Penetration des Mannes stattfindet und daher die Infektion ausschließlich über die Oberfläche des Penis im vaginalen Bereich der Frau erfolgen könne (Gray et al. 2007 [USA]; Bailey et al. 2007 [USA]; Siegfried et al. 2009 [Südafrika]; Templeton 2010a [Australien]; vgl. WHO 2007a; WHO 2007b: Information Package 4). Für die beteiligten Frauen reduzierte sich das HIV-Infektionsrisiko hingegen nicht (Wawer et al. 2009 [USA]; vgl. WHO 2007b: Information Package 5). Doch Obacht ist geboten: Die Studien zur Risikoreduktion einer HIV-Infektion bei Zirkumzision, die im Zusammenhang mit Zirkumzisions-Kampagnen<sup>9</sup> in Ländern Afrikas aufkommen, und die in den Studien erfolgende heteronormative Darstellung der Ergebnisse können dazu beitragen, dass die Akzeptanz von Kondomen (ein weitgehend sicherer Schutz gegen HIV-Infektion) bei vornehmlich gegengeschlechtlich sexuell verkehrenden Männern (oder die sich als solche ausgeben) sinkt. Einerseits auf Grund der Annahme „geringer“ Infektionswahrscheinlichkeit. Andererseits könnte jemand, der explizit auf der Nutzung eines Kondoms besteht, als gleichgeschlechtlich sexuell verkehrend „erkannt“ – und sofern solche Handlungen gesellschaftlich geächtet sind – stigmatisiert sein. Damit steigt letztlich die Infektionsgefahr zumindest für die rezeptiven Partner\_innen (Männer und Frauen) und ist zu erwarten, dass die Stigmatisierung gleichgeschlechtlicher sexueller Handlungen zunimmt.

Für andere mögliche sexuell übertragbare Erkrankungen – Syphilis, Herpes simplex – ergibt sich ein ähnliches, wenn auch nicht so deutliches Bild. Ein Review von Weiss et al. (2005, Uganda) über 26 Studien kommt zu dem Ergebnis, dass sich bzgl. gegengeschlechtlichem Sex mit der Zirkumzision moderate, aber nur teilweise signifikante Verringerungen des Infektionsrisikos ergeben. Für gleichgeschlechtlich sexuell verkehrende Männer konnten Wiysonge et al. (2011, Südafrika) bei einer Analyse von 21 Studien keine merkliche Verringerung des Infektionsrisikos feststellen.

### **Zirkumzision im Kindesalter**

Für eine frühe Zirkumzision ergeben Studien einige positive Effekte, insbesondere in Bezug auf Harnwegsinfektionen. Die Studien zu Harnwegsinfektionen – teils sehr groß angelegt, mit

---

<sup>9</sup> Nach den durchgeführten klinischen Studien empfehlen die WHO und das Aidsprogramm der Vereinten Nationen (Unaid) die Zirkumzision als zusätzliche Schutzmöglichkeit vor einer HIV-Infektion bei gegengeschlechtlichem („heterosexuell-penetrierendem“) Sex für Regionen mit hoher HIV-Verbreitung: „WHO/UNAIDS recommendations emphasize that male circumcision should be considered an efficacious intervention for HIV prevention in countries and regions with heterosexual epidemics, high HIV and low male circumcision prevalence.“ (WHO 2012) Westliche Konzerne haben hier eine Lücke für die Erprobung und Vermarktung neuer Verfahren zur Zirkumzision entdeckt (aerzteblatt.de 2012).



über 100.000 Untersuchten im Alter < 1 bzw. < 3 Jahren – ergeben durchweg ein deutlich (auch signifikant) geringeres Auftreten dieser Infektionen bei beschnittenen im Vergleich zu unbeschnittenen Jungen. Unbeschnittene Jungen hatten etwa zehnmal so häufig Harnwegsinfektionen wie beschnittene. So ermittelten Wiswell et al. (1989, USA) aus den Angaben der zwischen 1980 und 1985 in Krankenhäusern der US-Armee geborenen Jungen, dass bei 20 der 100.157 beschnittenen Jungen Harnwegsinfektionen auftraten; bei den 35.929 unbeschnittenen war das bei 88 der Fall. In einer Folgestudie für die Jahre 1985-1990 (Wiswell et al. 1993, USA) ergab sich ein ähnlich deutlicher Unterschied – ein zehnfach erhöhtes Risiko für Harnwegsinfektionen bei unbeschnittenen Jungen gegenüber beschnittenen. Schoen et al. (2000, USA) erhielten aus einer Studie mit 14.893 im Jahr 1996 geborenen Jungen 132 aufgetretene Harnwegsinfekte – davon 86 Prozent bei den unbeschnittenen Jungen, die mit 35,1 Prozent (5.225) den kleineren Teil der Gruppe ausmachten. Damit erkrankten 2,15 Prozent der unbeschnittenen und 0,22 Prozent der beschnittenen Jungen im ersten Lebensjahr an einem Harnwegsinfekt. Ein Review zur Frage Harnwegsinfekte und Zirkumzision liegt mit Singh-Grewal et al. (2005, Australien) vor – er bestätigt das höhere Risiko einer Harnwegsinfektion bei unbeschnittenen Jungen. Bei fiebrigen Erkrankungen in diesem frühen Alter wurde bei unbeschnittenen relativ oft (ca. 20 bis 30 Prozent), bei beschnittenen eher selten (ca. zwei Prozent) Harnwegsinfekte festgestellt (Zorc et al. 2005 [USA]; Shaik et al. 2005 [USA]; vgl. Morris et al. 2012 [Australien]). Da Harnwegsinfekte mit Schmerzen verbunden seien und sich schwerwiegende Erkrankungen anschließen könnten – wenn sie sich etwa auf die Nieren ausbreiteten –, seien die Ergebnisse bedeutsam (vgl. Morris et al. 2012). Morris et al. (2012) errechneten, dass auf 50 Zirkumzisionen eine „verhinderte“ Harnwegsinfektion im frühen Kindesalter komme,<sup>10</sup> betrachtet auf die ganze Lebenszeit sei das Verhältnis vier (Zirkumzisionen) zu eins („verhinderte“ Harnwegsinfektion).

Positive Effekte deuten sich auch bei Balantitis (Entzündung der Eichel, „Eicheltripper“) und weiteren die Penishaut betreffenden Erkrankungen an. Bzgl. der Balantitis ergaben Studien der 1980er und beginnenden 1990er Jahre, dass bei Patienten, die wegen Hauterkrankungen Rat suchten, bei 13 bzw. 14 Prozent der unbeschnittenen Jungen diese Erkrankung vorlag, hingegen „nur“ bei etwa zwei Prozent der beschnittenen Jungen (vgl. Morris et al. 2012; Hayashi et al. 2010 [Japan]).

Schließlich wird in der Literatur beschrieben, dass die Entfernung der Vorhaut Spannungen und Schmerzen bei kindlichen Erektionen verringere. So liege im Säuglingsalter stets und im

---

<sup>10</sup> Vgl. Mit einem Verhältnis 80 zu 1 – Lerman et al. 2001.

Kindesalter oft Phimose vor – erst mit zunehmendem Alter lasse sich die Vorhaut bei vielen Jungen und Männer vollständig hinter die Eichel zurückziehen. Damit könnten Schmerzen bei Erektionen auftreten, wie der – allerdings selten diagnostizierte – Priapismus (vgl. Morris et al. 2012; Cherian et al. 2006 [Großbritannien]; Aktoz et al. 2011 [Türkei]).

Die Studien zu den Komplikationen bei Zirkumzisionen sind sehr heterogen. Größere Studien ermittelten, dass in 0,2 bis 0,6 Prozent der Beschneidungen Komplikationen aufgetreten waren. In anderen Studien ergaben sich teils deutlich höhere Werte, bis zu 16 Prozent (vgl. Canadian Paediatric Society 1996; Lerman et al. 2001 [USA]; WHO 2009; Morris et al. 2012). Weiss et al. (2010, Großbritannien) folgern aus dieser Heterogenität der Daten, dass es insbesondere auf eine sterile Umgebung ankomme, die Infektionsrisiken vermindere, sowie auch auf geschultes Personal. Als Median von 16 prospektiven Studien ermittelten Weiss et al. (2010) einen Wert von 1,5 Prozent Komplikationen bei Beschneidungen von Neugeborenen und Kindern, die bis zum elften Lebensmonat beschnitten wurden; bei den retrospektiven Studien, die sich auf die Beschneidung im gleichen Lebensalter richteten, ergaben sich geringere Komplikationsraten. Als *nicht* „*ernst*“ eingeordnete Komplikationen, die zudem nicht dauerhaft waren, wurden gefasst: Blutungen, vorübergehende Schmerzen, Hämatome, Stenosen (Verengungen). Von den jeweiligen Autor\_innen als „*ernster*“ oder „*schwerwiegend*“ betrachtete Komplikationen oder solche, die weitere Operationen erforderlich machten oder dauerhafte Einschränkungen mit sich brachten, traten in den Studien meist nicht (null Prozent) auf, allerdings wurden auch hier in einer Studie aus Nigeria (141 Untersuchte) und einer aus Kanada (100 Untersuchte) Werte von zwei Prozent erreicht. In der kanadischen Studie aus den Jahren 1961/62 hatte sich bei einem Kind eine Infektion ergeben, die mit Antibiotika behandelt werden musste, bei einem anderen Kind hatte sich ein Geschwür gebildet. Bei der nigerianischen Studie wurde bei drei Kindern die Harnröhre verletzt (urethral laceration). Weiss et al. (2010) führen aus, dass sich Komplikationen häuften, wenn Freihand-Techniken zur Zirkumzision verwendet wurden und, in Bezug auf Nigeria, wenn sie in privaten Hospitälern stattfanden und nicht in staatlichen. Laut je zwei sehr großen Studien aus den USA (130.475 bzw. 100.157 Untersuchte) und Israel (19.478 bzw. 8000 Untersuchte) traten Komplikationen bei insgesamt 0,1 bis 0,3 Prozent der Behandelten auf (egal ob sie kinderchirurgisch im Hospital oder von einem *Mohel* [Beschneidungsspezialist] vorgenommen wurden); eine weitere sehr große Studie aus Großbritannien (66.519 Untersuchte) erhielt für Zirkumzisionen, die im Alter der Jungen von null bis 15 Jahren vorgenommen wurden, eine Komplikationsrate von 1,2 Prozent (bei null Prozent schweren Komplikationen) (vgl. Weiss et al. 2010).

Bei Beschneidungen im Kindesalter (älter als 11 Monate) und darüber hinaus ergaben sich aber auch teils deutlich höhere Werte von einfachen (also *nicht* „schweren“) Komplikationen. Im Kindesalter zwischen elf Monaten bis zu zwölf Jahren kamen Komplikationen im Median mit sechs Prozent (Schwankungsbreite 2 bis 14 Prozent) vor. Schwere Komplikationen kamen nicht (meist null Prozent) vor, lediglich bei einer Studie aus Großbritannien (2,8 Prozent), einer aus Südafrika (2,5 Prozent) und bei einer aus der Türkei (ein Prozent) ergaben sich deutlich höhere Werte für schwere Komplikationen (Weiss et al. 2010).

Auch traditionelle Beschneidungen führten teils zu einer deutlich höheren Rate an Komplikationen – die Schwankungsbreiten reichten bei der traditionellen Beschneidung von 2,7 Prozent und 3,4 Prozent bis hin zu einem extrem hohen Wert von 73 Prozent (davon 24 Prozent Blutungen, 14 Prozent Infektionen, 12 Prozent inkomplette Zirkumzisionen, 15 Prozent Zysten, 8 Prozent Hämatome und andere). Die Schwankungsbreite bei Adoleszenten- und Erwachsenenbeschneidungen in Ländern Afrikas lag in der Regel im Bereich zwischen 3 und 10 Prozent, während zwei kleinste Studien (je zwölf Beschnittene) in Kenia extrem hohe Komplikationsraten von 83 bzw. 92 Prozent aufwiesen (Weiss et al. 2010; vgl. Morris et al. 2012). Ernste bzw. schwerwiegende Komplikationen kamen bei den Adoleszenten- und Erwachsenenbeschneidungen in Afrika in vier Studien extrem häufig vor, in den übrigen lagen sie bei null bis 2,8 Prozent. Solche schwerwiegenden Komplikationen konnten bedeuteten: teilweisen Verlust der Eichel, Verletzung der Harnröhre, Notwendigkeit einer erneuten Operation oder plastischer Chirurgie (um zerstörte Teile des Gliedes wiederherzustellen). Die populär wiederholt angeführte These, dass bei der Zirkumzision ein bedeutendes Risiko bestehe, dass der Penis verlorengelange, zeigt sich bei der Betrachtung der Behandlungsergebnisse nicht – weder bei Säuglingen, noch bei Kindern und Erwachsenen (vgl. Weiss et al. 2010; Morris et al. 2012).<sup>11</sup>

Entgegen den zahlreichen populären Postulaten besonderer traumatischer Belastungen, die für Kinder mit der Zirkumzision entstehen, gibt es keine entsprechenden verlässlichen Angaben. Moses et al. (1998, Kanada) konnten bei ihrer Recherche „anekdotische“, jedoch keine wissenschaftlichen Beiträge finden. Taddio et al. (1997) berichten bei einer kleinen Gruppe untersuchter Kleinkinder, dass sie vier bis sechs Monate nach der im Säuglingsalter erfolgten Zirkumzision eine stärkere Reaktion auf zugefügten Schmerz zeigten (insbesondere: längerer Intervall des Schreiens). Wiswell et al. (1989) führten an, dass sich bei 25 der untersuchten 100.157 beschnittenen Jungen in der Folge traumatische Belastungen zeigten. Morris et al.

---

<sup>11</sup> Morris et al. (2012) ermittelten, auf Basis der in den Studien dargestellten Daten, hierfür eine Häufigkeit von weniger als 1 : 1.000.000.

(2012) geben einen kurzen Überblick, der nahelegt, dass gerade kulturelle Erwartungshaltungen Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden mit der Zirkumzision zeigen könnten: So waren beschnittene kalifornische Teenager mit ihrem „Zirkumzisions-Status“ zufriedener als die unbeschnittenen; eine schwedische Studie ergab für beschnittene Schüler keine Probleme, außer Schüchternheit in der Umkleidekabine; in Indien fanden Befragte, die beschnitten wurden, dass die Zirkumzision nicht Teil ihrer Hindu-Kultur sei (41 Prozent), andere (30 Prozent) befürchteten Stigmatisierung (vgl. Morris et. al. 2012). Es ergeben sich daraus Hinweise, dass die herrschende Kultur und ihr Umgang mit Zirkumzision (und ggf. beschnittenen Menschen) wichtige Auswirkungen auf das Erleben der Zirkumzision haben: In den USA sind ca. 2/3 der Männer beschnitten, in Schweden und in den durch die Hindu-Kultur geprägten Bevölkerungsgruppen Indiens sind es hingegen nur eine Minderheit. Auch der Hinweis von A. Utlu (Siegessäule 2012) auf Hänseleien in der Schule ging in die Richtung, dass der Umgang der Dominanzkultur Einfluss auf das Wohlbefinden mit der Zirkumzision hat. Allerdings wären detaillierte Untersuchungen zur Beurteilung notwendig.

### **Ableitungen**

Aus den vorliegenden Ergebnissen ziehen medizinische Arbeitsgruppen und politische Entscheidungsträger\_innen die Schlüsse, dass die Zirkumzision geeignet ist, 1) die Häufigkeit von Harnwegsinfektionen zu reduzieren<sup>12</sup> (zudem sei die Methode dabei kosteneffektiv<sup>13</sup>), 2) weitere gesundheitsfördernde Eigenschaften wie die Reduktion weiterer Erkrankungsrisiken mit sich bringe,<sup>14</sup> 3) sie bei einer sterilen und fachlich geeigneten Ausführung unter Analgesie (Betäubung) ein Komplikations-Risiko von 0,2 bis zwei Prozent bedeute,<sup>15</sup> 4) dass entsprechend über Risiken, Nutzen und Methoden die Behandelten bzw. ihre Eltern ausreichend aufgeklärt werden müssten.<sup>16</sup> Da sich die volle Ausschöpfung der Vorteile – etwa bei kindlichen Harnwegsinfekten – bei einer frühen Zirkumzision zeigt und sich zugleich für diesen Zeitpunkt die geringsten Komplikations-Häufigkeiten ergaben, wird die Durchführung der Zirkumzision bereits für das Säuglingsalter angeraten.<sup>17</sup> Singh-Grewal et al. (2005)

<sup>12</sup> U.a.: Canadian Paediatric Society 1996; WHO 2009; The American College of Obstetricians and Gynecologists 2012; Morris et al. 2012; Kacker et al. 2012.

<sup>13</sup> Morris et al. 2012; Kacker et al. 2012

<sup>14</sup> U.a.: Canadian Paediatric Society 1996; WHO 2009; The American College of Obstetricians and Gynecologists 2012; Morris et al. 2012; Kacker et al. 2012.

<sup>15</sup> U.a.: Canadian Paediatric Society 1996; WHO 2009; The American College of Obstetricians and Gynecologists 2012; Morris et al. 2012.

<sup>16</sup> U.a.: Canadian Paediatric Society 1996; Lerman et al. 2001; WHO 2009; The American College of Obstetricians and Gynecologists 2012; Morris et al. 2012.

<sup>17</sup> U.a.: The American College of Obstetricians and Gynecologists 2012; Morris et al. 2012; Kacker et al. 2012.

schließen in einer Meta-Analyse, dass bis zu einem Risiko der Zirkumzision von zwei Prozent die Vorteile der Beschneidung die Nachteile überwiegen.

## Literatur

- Aerzteblatt.de (2012): Blutungsfreie Beschneidung. [aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de), 15. August 2012. Online: <http://www.aerzteblatt.de/blog/51286/Blutungsfreie-Beschneidung> (Zugriff: 29.9.2012).
- Aktoz, T., Tepeler, A., Gündoğdu, E. O., Ozkuvanci, U., Müslümanoğlu, A. Y. (2011): Priapism in the newborn: management and review of literature. *Andrologia*, 43 (1): 65-7.
- Aydur, E., Gungor, S., Ceyhan, S. T., Taiimaz, L., Baser, I. (2007): Effects of childhood circumcision age on adult male sexual functions. *Int J Impot Res.*, 19 (4): 424-31.
- Bailey, R. C., Moses, S., Parker, C. B., Agot, K., Maclean, I., Krieger, J. N., Williams, C. F., Campbell, R. T., Ndinya-Achola, J. O. (2007): Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *Lancet*, 369 (9562): 643-56.
- Bundesärztekammer (2012): Montgomery: Kölner Urteil für Ärzte unbefriedigend und für Kinder gefährlich, Pressemitteilung, 1.7.2012. Online: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3.71.9972.10588.10589> (Zugriff: 27.9.2012).
- BVKJ (2012): Rituelle Beschneidungen bei Minderjährigen - Kinder- und Jugendärzte fordern: Allein das Recht eines Kindes auf körperliche Unversehrtheit zählt, 17.7.2012. Online: <http://www.kinderaerzte-im-netz.de/bvkj/aktuelles1/show.php3?id=4277&nodeid=26&nodeid=26&query=beschneidung> (Zugriff: 27.9.2012).
- Canadian Paediatric Society (1996): Neonatal circumcision revisited. Fetus and Newborn Committee, Canadian Paediatric Society. *CMAJ*, 154 (6): 769-80.
- Çetin, Z., Wolter, S. A. (2013): Fortsetzung einer „Zivilisierungsmission“: Zur deutschen Beschneidungsdebatte. In: Hafez, F. (Hrsg.): *Jahrbuch für Islamophobie-Forschung*. Wien: New Academic Press. (Vielen Dank für die freundliche Vorab-Bereitstellung des Beitrags!)
- Cherian, J., Rao, A. R., Thwaini, A., Kapasi, F., Shergill, I. S., Samman, R. (2006): Medical and surgical management of priapism. *Postgrad Med J.*, 82 (964): 89-94.
- Collins S, Upshaw J, Rutchik S, Ohannessian C, Ortenberg J, Albertsen P. (2002): Effects of circumcision on male sexual function: debunking a myth? *J Urol.*, 167 (5): 2111-2.
- DAKJ (2012): Stellungnahme zur Beschneidung von minderjährigen Jungen – Kommission für ethische Fragen der DAKJ, Juli 2012. Online: [http://dakj.de/media/stellungnahmen/ethische-fragen/2012\\_Stellungnahme\\_Beschneidung.pdf](http://dakj.de/media/stellungnahmen/ethische-fragen/2012_Stellungnahme_Beschneidung.pdf) (Zugriff: 27.9.2012).
- DGPT (2012): Pressemitteilung „Religiöse Beschneidung von Jungen Stellungnahme der DGPT zur Debatte“, 13.9.2012. Online: <http://dgpt.de/fileadmin/download/presse/PM-Beschneidung-120913.pdf> (Zugriff: 27.9.2012).
- DGU (2012): DGU-Stellungnahme zum „Beschneidungsurteil“ des Landgerichts Köln, 3.7.2012. Online: <http://www.dgu.de/1801.html> (Zugriff: 27.9.2012).

- Fink, K. S., Carson, C. C., DeVellis, R. F. (2002): Adult circumcision outcomes study: effect on erectile function, penile sensitivity, sexual activity and satisfaction. *J Urol.*, 167 (5): 2113-6.
- Gray, R. H., Kigozi, G., Serwadda, D., Makumbi, F., Watya, S., Nalugoda, F., Kiwanuka, N., Moulton, L. H., Chaudhary, M. A., Chen, M. Z., Sewankambo, N. K., Wabwire-Mangen, F., Bacon, M. C., Williams, C. F., Opendi, P., Reynolds, S. J., Laeyendecker, O., Quinn, T. C., Wawer, M. J. (2007): Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. *Lancet*, 369 (9562): 657-66.
- Hayashi, Y., Kojima, Y., Mizuno, K., Kohri, K. (2011): Prepuce: phimosis, paraphimosis, and circumcision. *ScientificWorldJournal*, 11: 289-301.
- Heitmeyer W. (Hrsg., 2011): *Deutsche Zustände. Folge 10.* Frankfurt / Main: Suhrkamp.
- Hosseini, S. R., Khazaeli, M. H., Atharikia, D. (2008): Role of postcircumcision mucosal cuff length in lifelong premature ejaculation: a pilot study. *J Sex Med.*, 5 (1): 206-9.
- Jameson, D. R., Celum, C. L., Manhart, L., Menza, T. W., Golden, M. R. (2010): The association between lack of circumcision and HIV, HSV-2, and other sexually transmitted infections among men who have sex with men. *Sex Transm Dis.*, 37 (3): 147-52.
- Johnson, W. D., Diaz, R. M., Flanders, W. D., Goodman, M., Hill, A. N., Holtgrave, D., Malow, R., McClellan, W. M. (2008): Behavioral interventions to reduce risk for sexual transmission of HIV among men who have sex with men. *Cochrane Database Syst Rev.*, 2008 (3): CD001230.
- Kacker, S., Frick, K. D., Gaydos, C. A., Tobian, A. A. (2012): Costs and Effectiveness of Neonatal Male Circumcision. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 2012: 1-9. doi: 10.1001/archpediatrics.2012.1440.
- Kemper, A. (2011): *(R)echte Kerle. Zur Kumpanei der MännerRECHTSbewegung.* Münster: Unrast-Verlag.
- Kemper, A. (Hrsg., 2012): *Die Maskulisten: Organisierter Antifeminismus im deutschsprachigen Raum.* Münster: Unrast-Verlag.
- Kigozi, G., Watya, S., Polis, C. B., Buwembo, D., Kiggundu, V., Wawer, M. J., Serwadda, D., Nalugoda, F., Kiwanuka, N., Bacon, M. C., Ssempijja, V., Makumbi, F., Gray, R. H. (2008): The effect of male circumcision on sexual satisfaction and function, results from a randomized trial of male circumcision for human immunodeficiency virus prevention, Rakai, Uganda. *BJU Int.*, 101 (1): 65-70.
- Kim, D., Pang, M. G. (2007): The effect of male circumcision on sexuality. *BJU Int.*, 99 (3): 619-22.
- Kölner Landgericht (2012): Pressemitteilung „Urteile des Amtsgerichts und des Landgerichts Köln zur Strafbarkeit von Beschneidungen nicht einwilligungsfähiger Jungen aus rein religiösen Gründen“, 26.6.2012. Online: [http://www.lg-koeln.nrw.de/Presse/Pressemitteilungen/26\\_06\\_2012\\_-\\_Beschneidung.pdf](http://www.lg-koeln.nrw.de/Presse/Pressemitteilungen/26_06_2012_-_Beschneidung.pdf) (Zugriff: 27.9.2012).
- Lau, J. T., Zhang, J., Yan, H., Lin, C., Choi, K. C., Wang, Z., Hao, C., Huan, X., Yang, H. (2011): Acceptability of circumcision as a means of HIV prevention among men who have sex with men in China. *AIDS Care*, 23 (11): 1472-82.
- Laumann, E. O., Masi, C. M., Zuckerman, E. W. (1997): Circumcision in the United States. Prevalence, prophylactic effects, and sexual practice. *JAMA*, 277 (13): 1052-7.
- Lerman, S. E., Liao, J. C. (2001): Neonatal circumcision. *Pediatr Clin North Am.*, 48 (6): 1539-57.
- Londish, G. J., Templeton, D. J., Regan, D. G., Kaldor, J. M., Murray, J. M. (2010): Minimal impact of circumcision on HIV acquisition in men who have sex with men. *Sex Health*, 7 (4): 463-70.

- Malkoc, E., Ates, F., Tekeli, H., Kurt, B., Turker, T., Basal, S. (2012): Free Nerve Ending Density on the Skin Extracted by Circumcision and It's Relation with Premature Ejaculation. *J Androl.*, 2012 May 17. [Epub ahead of print]
- Mao, L., Templeton, D. J., Crawford, J., Imrie, J., Prestage, G. P., Grulich, A. E., Donovan, B., Kaldor, J. M., Kippax, S. C.. (2008): Does circumcision make a difference to the sexual experience of gay men? Findings from the Health in Men (HIM) cohort. *J Sex Med.*, 5 (11): 2557-61.
- Masood, S., Patel, H. R., Himpson, R. C., Palmer, J. H., Mufti, G. R., Sheriff, M. K. (2005): Penile sensitivity and sexual satisfaction after circumcision: are we informing men correctly? *Urol Int.*, 75 (1): 62-6.
- Millett, G. A., Flores, S. A., Marks, G., Reed, J. B., Herbst, J. H. (2008): Circumcision status and risk of HIV and sexually transmitted infections among men who have sex with men: a meta-analysis. *JAMA*, 300 (14): 1674-84.
- Morris, B. J., Waskett, J. H., Banerjee, J., Wamai, R. G., Tobian, A. A., Gray, R. H., Bailis, S. A., Bailey, R. C., Klausner, J. D., Willcourt, R. J., Halperin, D. T., Wiswell, T. E., Mindel, A. (2012): A 'snip' in time: what is the best age to circumcise? *BMC Pediatr.*, 12: 20.
- Moses, S., Bailey, R. C., Ronald, A. R. (1998): Male circumcision: assessment of health benefits and risks. *Sex Transm Infect.*, 74 (5): 368-73.
- Müller-Neuhof, J. (2012): Religiöse Beschneidung – Chronik einer beispiellosen Debatte. Online: <http://www.tagesspiegel.de/politik/religioese-beschneidung-chronik-einer-beispiellosen-debatte/7018904.html> (und zwei verlinkte folgende Seiten; Zugriff: 27.9.2012).
- Namavar, M. R., Robati, B. (2011): Removal of foreskin remnants in circumcised adults for treatment of premature ejaculation. *Urol Ann.*, 3 (2): 87-92.
- O'Brien, T. R., Calle, E. E., Poole, W. K. (1995): Incidence of neonatal circumcision in Atlanta, 1985-1986. *South Med J.*, 88 (4): 411-5.
- Petition (2012): „Wir gegen Rechtsbeschneidung!“. Online: <http://www.change.org/petitions/wir-gegen-rechtsbeschneidung> (Zugriff: 27.9.2012).
- Sánchez, J., Sal, Y., Rosas, V. G., Hughes, J. P., Baeten, J. M., Fuchs, J., Buchbinder, S. P., Koblin, B. A., Casapia, M., Ortiz, A., Celum, C. (2011): Male circumcision and risk of HIV acquisition among MSM. *AIDS*, 25 (4): 519-23.
- Schneider, J. A., Michaels, S., Gandham, S. R., McFadden, R., Liao, C., Yeldandi, V. V., Oruganti, G. (2012): A protective effect of circumcision among receptive male sex partners of Indian men who have sex with men. *AIDS Behav.*, 16 (2): 350-9.
- Schoen, E. J., Colby, C. J., Ray, G. T. (2000): Newborn circumcision decreases incidence and costs of urinary tract infections during the first year of life. *Pediatrics*, 105 (4 Pt 1): 789-93.
- Shaikh, N., Morone, N. E., Bost, J. E., Farrell, M. H. (2008): Prevalence of urinary tract infection in childhood: a meta-analysis. *Pediatr Infect Dis J.*, 27 (4): 302-8.
- Siegessäule (2012): Beschneidung – „Traumatisch und der Horror“, Siegessäule. Online: <http://www.siegessaule.de/queere-welt-1000/beschneidung-traumatisch-und-der-horror.html> (Zugriff: 27.9.2012).
- Siegfried, N., Muller, M., Deeks, J. J., Volmink, J. (2009): Male circumcision for prevention of heterosexual acquisition of HIV in men. *Cochrane Database Syst Rev.*, 2009 (2): CD003362.

- Singh-Grewal, D., Macdessi, J., Craig, J. (2005): Circumcision for the prevention of urinary tract infection in boys: a systematic review of randomised trials and observational studies. *Arch Dis Child.*, 90 (8): 853-8.
- Sorrells, M. L., Snyder, J. L., Reiss, M. D., Eden, C., Milos, M. F., Wilcox, N., Van Howe, R. S. (2007): Fine-touch pressure thresholds in the adult penis. *BJU Int.* 2007 Apr;99(4):864-9.
- Taddio, A., Katz, J., Ilersich, A. L., Koren, G. (1997): Effect of neonatal circumcision on pain response during subsequent routine vaccination. *Lancet*, 349 (9052): 599-603.
- TAZ (die Tageszeitung, 2012): Religiöse Riten in der Praxis – Beschneidungen und andere Traumata. TAZ, 3.7.2012. Online: <http://www.taz.de/!96617/> (Zugriff: 27.9.2012).
- Templeton, D. J., Millett, G. A., Grulich, A. E. (2010): Male circumcision to reduce the risk of HIV and sexually transmitted infections among men who have sex with men. *Curr Opin Infect Dis.*, 23 (1): 45-52.
- Templeton, D. J. (2010): Male circumcision to reduce sexual transmission of HIV. *Curr Opin HIV AIDS*, 5 (4): 344-9.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists (2012): (Task Force on Circumcision) Male circumcision. *Pediatrics*, 130 (3): e756-85.
- Voß, H.-J. (2012): *Intersexualität – Intersex: Eine Intervention.* Münster: Unrast-Verlag.
- Voß, H.-J. (2013): *Die Biologie der Homosexualität: Theorie und Anwendung im gesellschaftlichen Kontext.* Münster: Unrast-Verlag.
- Wawer, M. J., Makumbi, F., Kigozi, G., Serwadda, D., Watya, S., Nalugoda, F., Buwembo, D., Sempijja, V., Kiwanuka, N., Moulton, L. H., Sewankambo, N. K., Reynolds, S. J., Quinn, T. C., Opendi, P., Iga, B., Ridzon, R., Laeyendecker, O., Gray, R. H. (2009): Circumcision in HIV-infected men and its effect on HIV transmission to female partners in Rakai, Uganda: a randomised controlled trial. *Lancet*, 374 (9685): 229-37.
- Weiss, H. A., Thomas, S. L., Munabi, S. K., Hayes, R. J. (2006): Male circumcision and risk of syphilis, chancroid, and genital herpes: a systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Infect.*, 82 (2): 101-9; discussion 110.
- Weiss, H. A., Larke, N., Halperin, D., Schenker, I. (2010): Complications of circumcision in male neonates, infants and children: a systematic review. *BMC Urol.*, 2010: 10/2.
- WHO (2007a): *New Data on Male Circumcision and HIV Prevention: Policy and Programme Implications.* Online: [http://data.unaids.org/pub/Report/2007/mc\\_recommendations\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2007/mc_recommendations_en.pdf) (Zugriff: 29.9.2012).
- WHO (2007b): *Male circumcision information package.* Online: <http://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/infopack/en/index.html> (Zugriff: 29.9.2012).
- WHO (2009): *Manual for Male Circumcision under Local Anaesthesia.* Online: [http://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/who\\_mc\\_local\\_anaesthesia.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/who_mc_local_anaesthesia.pdf) (Zugriff: 29.9.2012).
- WHO (2012): *Male circumcision for HIV prevention (Homepage World Health Organization).* Online: <http://www.who.int/hiv/topics/malecircumcision/en/> (Zugriff: 29.9.2012).
- Wiswell, T. E., Geschke, D. W. (1989): Risks from circumcision during the first month of life compared with those for uncircumcised boys. *Pediatrics*, 83 (6): 1011-5.
- Wiswell, T. E., Hachey, W. E. (1993): Urinary tract infections and the uncircumcised state: an update. *Clin Pediatr (Phila)*, 32 (3): 130-4.
- Wiysonge, C. S., Kongnyuy, E. J., Shey, M., Muula, A. S., Navti, O. B., Akl, E. A., Lo, Y. R. (2011): Male circumcision for prevention of homosexual acquisition of HIV in men. *Cochrane Database Syst Rev.*, 15 (6): CD007496.



- Zentralrat der Juden (2012): Pressemitteilung „Zum Urteil des Kölner Landgerichts zur Beschneidung von Jungen“, 26.6.2012. Online: <http://www.zentralratjuden.de/de/article/3705.html> (Zugriff: 27.9.2012).
- Zentralrat der Muslime (2012): Pressemitteilung des ZMD zum sogenannten "Beschneidungsurteil", 27.6.2012. Online: <http://zentralrat.de/20584.php> (Zugriff: 27.9.2012).
- Zick A, Küpper B, Hövermann A (2011): Die Abwertung der Anderen. Eine europäische Zustandsbeschreibung zu Intoleranz, Vorurteilen und Diskriminierung. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Zorc, J. J., Levine, D. A., Platt, S. L., Dayan, P. S., Macias, C. G., Krief, W., Schor, J., Bank, D., Shaw, K. N., Kuppermann, N. (2005): Clinical and demographic factors associated with urinary tract infection in young febrile infants. *Pediatrics*, 116 (3): 644-8.