

Aus dem Institut für Rechtsmedizin  
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

*Knabenbeschneidungen in Deutschland.  
Medizinische Aspekte des Eingriffs und strafrechtliche Situation bei  
religiös-ritueller Motivation*

zur Erlangung des akademischen Grades  
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Louisa Verena Kleine-Doepke

aus Münster

Datum der Promotion: **14.02.2014**

Meiner Familie

„... wenn die Identitäten der einen die Risiken  
der anderen sind, wird Kultur zur Rechtsfrage.“

(Jürgen Kaube, „Beschneidung“, Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, Nr. 26, 01.07.2012, S.10.)

# Inhaltsverzeichnis

<b><u>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS</u></b> .....	<b>VII</b>
<b><u>ABSTRACT</u></b> .....	<b>1</b>
<b><u>1. EINLEITUNG</u></b> .....	<b>4</b>
<b>1.1 RELIGIÖSE, RITUELLE UND KULTURELLE HINTERGRÜNDE FÜR ZIRKUMZISIONEN IM JUDENTUM UND ISLAM</b> .....	<b>5</b>
1.1.1 JÜDISCHE BESCHNEIDUNG (BRIT MILA) .....	6
1.1.2 MUSLIMISCHE UND ALEVITISCHE BESCHNEIDUNGSTRADITION .....	7
<b>1.2 STAND DER MEDIZINISCHEN DISKUSSION</b> .....	<b>9</b>
1.2.1 INDIKATIONEN .....	10
1.2.2 ANÄSTHESIEERFORDERNIS BEI DER NEUGEBORENENZIRKUMZISION .....	13
1.2.3 CHIRURGISCHE DURCHFÜHRUNG .....	14
1.2.4 RITUELLE BESONDERHEITEN IN DER DURCHFÜHRUNG .....	15
1.2.5 KOMPLIKATIONEN .....	16
<b>1.3 STAND DER RECHTLICHEN DISKUSSION</b> .....	<b>18</b>
1.3.1 RECHTSPRECHUNG .....	18
1.3.2 JURISTISCHE FACHLITERATUR .....	20
<b>1.4 REAKTIONEN AUF DAS URTEIL DES LG KÖLN VOM 07.05.2012</b> .....	<b>22</b>
1.4.1 ÖFFENTLICHE DISKUSSION .....	22
1.4.2 POLITISCHE DISKUSSION UND GESETZGEBUNGSINITIATIVE .....	24
1.4.3 INTERNATIONALER VERGLEICH .....	28
<b>1.5 FRAGESTELLUNG</b> .....	<b>29</b>
<b><u>2. MATERIAL UND METHODEN</u></b> .....	<b>32</b>
<b>2.1 JURISTISCHE LITERATUR</b> .....	<b>33</b>
<b>2.2 MEDIZINISCHE LITERATUR</b> .....	<b>34</b>
2.2.1 ALLGEMEINE RECHERCHEGRUNDSÄTZE .....	34
2.2.2 EINSCHLUSS-/ AUSSCHLUSSKRITERIEN .....	35
2.2.3 ERGEBNISAUSWERTUNG .....	36
<b><u>3. MEDIZINISCHER FORSCHUNGSTEIL: KOMPLIKATIONSHÄUFIGKEITEN BEI KNABENBESCHNEIDUNGEN IN INDUSTRIENATIONEN</u></b> .....	<b>39</b>
<b>3.1. STUDIEN ZUR NEUGEBORENENBESCHNEIDUNG</b> .....	<b>39</b>
3.1.1 KOMPLIKATIONS RATEN UND STICHPROBENGRÖßEN .....	39
3.1.2 KOMPLIKATIONS RATEN UND DURCHFÜHRUNGSMODALITÄTEN .....	41
3.1.3 KOMPLIKATIONS RATEN UND STUDIENINHALTE .....	42
3.1.4 HÄUFIGKEIT DER EINZELKOMPLIKATIONEN INSGESAMT .....	42
3.1.5 HÄUFIGKEIT DER EINZELKOMPLIKATIONEN GETRENNT NACH DEREN SCHWERE .....	44
<b>3.2 STUDIENERGEBNISSE ZUR SÄUGLINGSBESCHNEIDUNG</b> .....	<b>46</b>
3.2.1 GESAMTKOMPLIKATIONS RATEN .....	46

3.2.2	HÄUFIGKEIT DER EINZELKOMPLIKATIONEN INSGESAMT.....	46
3.2.3	HÄUFIGKEIT DER EINZELKOMPLIKATIONEN GETRENNT NACH DEREN SCHWERE .....	47
3.3	STUDIENERGEBNISSE ZUR BESCHNEIDUNG VON (KLEIN-) KINDERN .....	49
3.4	ALTERSGRUPPENVERGLEICH.....	50

**4. JURISTISCHER FORSCHUNGSTEIL: GELTENDE STRAFRECHTLICHE SITUATION BEI RELIGIÖS-RITUELLEN KNABENBESCHNEIDUNGEN IN DEUTSCHLAND .....** **52**

4.1	VERWIRKLICHUNG DES GRUNDTATBESTANDES DER KÖRPERVERLETZUNG .....	52
4.1.1	TATBESTANDSMÄßIGKEIT DER ZIRKUMZISION .....	52
4.1.2	TATBESTANDSMÄßIGKEIT DES ÄRZTLICHEN HEILEINGRIFFS.....	53
4.2	QUALIFIKATIONSTATBESTAND – GEFÄHRLICHE KÖRPERVERLETZUNG .....	54
4.3	RITUELLE ZIRKUMZISION ALS SOZIALADÄQUATE MAßNAHME .....	55
4.4	RECHTFERTIGUNG DES EINGRIFFS .....	57
4.4.1	EINWILLIGUNG.....	57
4.4.1.1	Aufklärung.....	58
4.4.1.2	Stellvertretende Einwilligung durch die Personensorgeberechtigten .....	58
4.4.1.2.1	Personensorge .....	59
4.4.1.2.1.1	Recht auf freie Kindeserziehung .....	60
4.4.1.2.1.2	(Elterliche) Glaubensfreiheit .....	60
4.4.1.2.2	Einschränkung der elterlichen Rechte durch das Kindeswohl.....	61
4.4.1.2.2.1	(Kindliches) Allgemeines Persönlichkeitsrecht .....	62
4.4.1.2.2.2	(Kindliches) Recht auf körperliche Unversehrtheit.....	63
4.4.1.2.2.3	(Kindliche) Glaubensfreiheit .....	63
4.4.1.2.3	Abwägung der kollidierenden Grundrechte .....	63
4.4.2	SITTENWIDRIGKEIT DER HEILBEHANDLUNG, § 228 STGB .....	64

**5. DISKUSSION .....** **65**

5.1	KOMPLIKATIONEN BEI DER BESCHNEIDUNG MINDERJÄHRIGER: HÄUFIGKEIT UND SCHWERE GETRENNT NACH ALTERSGRUPPEN UND IM VERGLEICH.....	65
5.1.1	GESAMTHÄUFIGKEITEN DER BESCHNEIDUNGSKOMPLIKATIONEN BEI NEUGEBORENEN UND SÄUGLINGEN.....	65
5.1.1.1	Neugeborene .....	65
5.1.1.2	Säuglinge .....	71
5.1.1.3	Komplikationshäufigkeiten bei Neugeborenen und Säuglingen: weltweiter Vergleich .....	72
5.1.2	HÄUFIGKEITEN DER EINZELKOMPLIKATIONEN BEI NEUGEBORENEN UND SÄUGLINGEN UNTER BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG DER SCHWERE DER KOMPLIKATIONEN.....	73
5.1.2.1	Einzelkomplikationen bei Neugeborenen.....	73
5.1.2.2	Einzelkomplikationen bei Säuglingen.....	75
5.1.3	(KLEIN-)KINDER – KOMPLIKATIONSRATE UND EINZELKOMPLIKATIONEN .....	76
5.1.4	ALTERSGRUPPENVERGLEICH.....	78
5.2	JURISTISCHE ASPEKTE: EINWILLIGUNGSMÖGLICHKEIT IN DIE BESCHNEIDUNG MINDERJÄHRIGER KNABEN DURCH DEREN PERSONENSORGEBERECHTIGTEN .....	79
5.2.1	EINWILLIGUNGSMÖGLICHKEIT NACH DER AKTUELLEN GESETZESLAGE .....	79
5.2.1.1	Tatbestandsmäßigkeit der rituellen Zirkumzision, §§ 223 Abs. 1, 224 Abs. 1 Nr. 2, 2. Var. StGB .....	79

5.2.1.2 Elterliche Einwilligung unter besonderer Beachtung der Abwägung der kollidierenden elterlichen und kindlichen Grundrechte .....	81
5.2.1.2.1 Abwägung der betroffenen Grundrechte auf Basis der Lehre von der praktischen Konkordanz .....	81
5.2.1.2.2 Sittenwidrigkeit .....	87
5.2.2 GESETZESENTWÜRFE: AUSWIRKUNG AUF DIE EINWILLIGUNGSMÖGLICHKEIT.....	88
<b><u>6. ZUSAMMENFASSUNG.....</u></b>	<b>90</b>
<b><u>LITERATURVERZEICHNIS .....</u></b>	<b>92</b>
<b><u>ANHANG.....</u></b>	<b>105</b>
I. IN DER ARBEIT ZITIERTE DEUTSCHE GESETZLICHE REGELUNGEN (ALPHABETISCH) .....	105
II. INTERVIEWS .....	112
<b><u>EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG .....</u></b>	<b>138</b>
<b><u>LEBENS LAUF.....</u></b>	<b>139</b>
<b><u>PUBLIKATIONS LISTE/ ANTEILSERKLÄRUNG AN ERFOLGTEN PUBLIKATIONEN .....</u></b>	<b>140</b>
<b><u>DANKSAGUNGEN.....</u></b>	<b>141</b>

## Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AG	Amtsgericht
BAG	Bundesarbeitsgericht
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BR	Bundesrat
BT	Bundestag
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
bzw.	Beziehungsweise
CA	Kanada
CDU	Christlich Demokratische Union
CSU	Christlich-Soziale Union
DAC	Development Assistance Committee, Entwicklungshilfenausschuss der OECD
DITIB	Türkisch- Islamische Union der Anstalt für Religion e.V. (Diyanet İşleri Türk İslam Birliği)
elektr.	Mittels Elektrokauter durchgeführte Zirkumzision
EMLA-Salbe®	Eutectic mixture of local anesthetics (Lokalanästhetika-) Salbe (Wirkstoffe Lidocain und Prilocain)
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
et al.	et alii/ et aliae (und andere)
FDP	Freie Demokratische Partei
GB	Großbritannien
GG	Grundgesetz
GR	Grundrecht
HIV	Humanes Immundefizienz Virus
HPV	Humanes Papilloma Virus
IFB	Islamische Föderation in Berlin
ISO 3166	Internationaler Standard für Länderkodierungen
i. V. m.	in Verbindung mit
ICD 9	Internationale Klassifikation der Krankheiten, 9. Revision

IFB	Islamische Föderation Berlin
IL	Israel
KErzG	Gesetz über die religiöse Kindererziehung
LG	Landgericht
med.	Durch medizinisches Personal vorgenommene Zirkumzision
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OLG	Oberlandesgericht
OVG	Oberverwaltungsgericht
rit.	Rituell durchgeführte Zirkumzision
S.	Satz
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
StA	Staatsanwaltschaft
StGB	Strafgesetzbuch
US	Vereinigte Staaten von Amerika
Var.	Variante
vgl.	Vergleiche
WHO	World Health Organisation
WRV	Weimarer Reichsverfassung
ZNS	Zentrales Nervensystem

# **Knabenbeschneidung in Deutschland.**

## **Medizinische Aspekte und strafrechtliche Situation bei religiös- ritueller Motivation**

### **ABSTRACT**

**Einleitung:** Anlass für die wissenschaftliche Auseinandersetzung war die Anklage eines Religionslehrers der Jüdischen Gemeinde Berlin vor dem AG Tiergarten im Jahre 2008 wegen fahrlässiger Körperverletzung, der eine rituelle jüdische Beschneidung vorgenommen hatte. Aus medizinischer Sicht interessieren vor allem auftretende Komplikationen: Blutungen, Infektionen, Meatusstenosen, lokale Entzündungen, Verletzungen des Penis und der Glans, sekundäre Phimosen, Narbenbildungen und Verletzungen der Harnröhre. Vor Inkrafttreten des Gesetzes „über den Umfang der Personensorge bei der Beschneidung eines männlichen Kindes“ am 28.12.2012, bestand große Rechtsunsicherheit hinsichtlich der (straf-) rechtlichen Einordnung von rituellen Knabenbeschneidungen und der elterlichen Möglichkeit, in eine solche einzuwilligen. Diese wurde durch das Urteil des LG Köln vom 07.05.2012, in dem die elterliche Einwilligung in eine rituelle Knabenbeschneidung für unzulässig gewertet wurde, noch verstärkt.

**Methodik:** Von Oktober 2010 bis Oktober 2012 wurde bei „Pubmed“, in der Cochrane Library und bei „Google Scholar“ nach medizinischen Studien zu Komplikationen bei Knabenbeschneidungen im Neugeborenen-, Säuglings- und Kindesalter gesucht. Zur Herleitung des juristischen Ergebnisses wurden Urteile, Monographien und Kommentare herangezogen. Ergänzend wurden Gespräche mit Interessenvertretern der einzelnen Glaubensrichtungen und Fachleuten auf dem Gebiet der Religionswissenschaft und Religionsfreiheit geführt.

**Ergebnisse:** Blutungen stellen bei Neugeborenen und Säuglingen die häufigste Komplikation dar, gefolgt von Infektionen und lokalen Komplikationen bzw. Operationszwischenfällen. Dabei sind bei Neugeborenen Blutungen eher leichter Natur, lokale Gewebsveränderungen und Operationszwischenfälle erfordern dagegen weit überwiegend eine stationäre Aufnahme bzw. Revision. Bei Säuglingen sind Blutungskomplikationen und operative Zwischenfälle überwiegend schwerwiegend, lokale Komplikationen gleichhäufig schwerer und leichter Natur. Allerdings ist aufgrund der Studienlage eine generelle Aussage zur Häufigkeit des Auftretens schwerer und leichter Komplikationen nicht zu treffen, da insbesondere einheitliche Definitionen und Bewertungen von Komplikationen fehlen. Straftatbestandlich ist die Zirkumzision eine

gefährliche Körperverletzung im Sinne von §§ 223 Abs. 1, 224 Abs. 1 Nr.2, 2. Var. StGB, die nur durch eine wirksame Einwilligung gerechtfertigt werden kann.

**Schlussfolgerung:** Das Neugeborenenalter ist hinsichtlich der zu befürchtenden Komplikationen als tendenziell günstigster Zeitpunkt für den Eingriff zu betrachten. Die elterliche stellvertretende Einwilligung in Ausübung der Personensorge wirkte schon nach alter Rechtslage rechtfertigend, da diese keine Verletzung des Kindeswohls bedeutete und die Erziehungsberechtigten somit im Rahmen ihrer Dispositionsbefugnis handelten. Durch das am 28.12.2012 in Kraft getretene neue Gesetz wurde von Seiten des Gesetzgebers eine verbindliche Regelung geschaffen, die die elterliche Einwilligung in rituelle Knabenbeschneidungen – unter bestimmten Voraussetzungen – als Ausdruck ihrer Personensorge erlaubt.

**Introduction:** Reason for this scientific work was the prosecution of a religious teacher from the Jewish Community of Berlin before the Local Court of Berlin- Tiergarten in 2008 for negligent actual bodily harm, after conducting a ritual Jewish circumcision.

From medical point of view occurring complications are of major interest: bleeding, infection, meatal stenosis, local inflammation, injury to the penis and glans, secondary phimosis, scarring and urethral injury.

Before the German "Law on the scope of custody during circumcision of a male child" came into force on December 28<sup>th</sup> 2012, there was great legal uncertainty regarding the classification of ritual circumcisions of boys and their parents' ability to agree to such. This uncertainty was further increased by the judgment of the District Court of Cologne on May 7<sup>th</sup> 2012, where parental consent for ritual circumcision of boys was counted inadmissible.

**Methods:** From October 2010 to October 2012 "PubMed", The Cochrane Library and "Google Scholar" were searched for medical studies on complications in neonatal, infants` and childrens` circumcisions. For the legal aspect of the work judgments, legal monographs and commentaries were used. Supplementary interviews with Jewish and Muslim stakeholders and experts in the field of religion and freedom of religion were conducted.

**Results:** Bleeding is the most common complication in neonates and infants, followed by infections and local complications or surgical incidents. Neonatal bleedings are rather mild in nature, whereas the other two predominantly require hospitalization or revision. Bleeding complications and surgical incidents in infants are mainly serious, local complications at this age are equally often severe and mild. However, it is not possible to make a general statement about the frequency of the occurrence of major and minor complications, especially since common definitions of complications are non-existent. From the legal point of view circumcision is a

serious actual bodily harm within the meaning of §§ 223 section 1, 224 section 1 No. 2, 2nd Var. StGB, which can only be justified by a valid parental consent.

**Conclusion:** The neonatal period is to be considered the most favorable time for intervention for avoiding the feared complications. Parental proxy consent in legal custody seemed to be justified after the previous law, as this was not in breach of child welfare and the guardians thus acted within their discretionary. With the new German law in force since December 28<sup>th</sup> 2012, the parental consent in ritual boy circumcisions as an expression of their personal care was officially allowed.

## 1. EINLEITUNG

Die Knabenbeschneidung ist spätestens seit der Entscheidung des LG Köln vom 07.05.2012 (Aktenzeichen 151 Ns 169/11) in aller Munde. Auch schon vor diesem Zeitpunkt ist dieser Eingriff als Ritual aber „gesellschaftliches“ Thema gewesen. Es handelt sich um eine der ältesten und am weitesten verbreiteten Operationen der Welt.<sup>1</sup> Der Ursprung dieses Eingriffs kann nicht erforscht werden, es wird aber vermutet, dass die Anfänge dieses Ritus´ bis in die Steinzeit zurückreichen. Die ältesten Zeugnisse dieses Kults sind auf das „alte Ägypten“ zurückzuführen und bestehen in Papyrustexten, Mumien und Reliefplatten. Hier war die Beschneidung wohl dem Priesterstand vorbehalten und wurde dann von Angehörigen höherer Klassen übernommen.<sup>2,3</sup> Auch in unserer Region wurde die Beschneidung schon in der Bronzezeit praktiziert, wie der Fund einer beschnittenen Moorleiche aus dieser Epoche in Nordwestdeutschland zeigt.<sup>4</sup> Wann und aus welchen Gründen Beschneidungen als Ritual eingeführt wurden, ist unklar. Mannbarkeits- und Fruchtbarkeitsriten, Opfergedanken, Ausdruck der Zugehörigkeit zu einer Gruppe und göttlicher Schutz gelten ebenso wie körperliche und kultische Reinheit und Vollkommenheit als mögliche Beweggründe.<sup>3</sup>

An dieser Stelle wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass „Beschneidung“ und „Zirkumzision“ in der vorliegenden Arbeit ausschließlich die Vorhautbeschneidung, das heißt den Eingriff am männlichen Körper betreffen, es sei denn, es wird ausdrücklich auf die Mädchenbeschneidung Bezug genommen. Die Verfasserin distanziert sich damit ausdrücklich von einer thematischen Beschäftigung mit operativen Eingriffen am weiblichen Genitale und zieht diese nur zu Vergleichs- und Argumentationszwecken heran. Der Begriff „Mädchenbeschneidung“ wird an dieser Stelle absichtlich gewählt, um wertungsfrei sämtliche Formen der operativen Veränderungen des weiblichen Geschlechtes zu erfassen, die von einer reinen Exzision des Clitorispräputiums über die Clitoridektomie mit oder ohne Entfernung der kleinen oder großen Labien bis zur Infibulation, die in einer Obliteration des Introitus vaginae besteht, reichen.<sup>2</sup> Erwähnt sei, dass auch aus kosmetischen Gründen operative Veränderungen am weiblichen Geschlecht durchgeführt werden, dann aber in der Regel lediglich in der Schamlippenkorrektur bestehen. Es handelt sich daher um eine Wortwahl, die lediglich den praktischen Aspekt des Eingriffs berücksichtigt.

Die WHO<sup>1</sup> gibt an, dass weltweit 30% der männlichen Bevölkerung beschnitten sind. In Afrika wird ebenso wie für Südkorea der Anteil der Beschnittenen mit 80 % angegeben, im Jahre 2005 seien es in Amerika 56 % gewesen, Tendenz fallend.<sup>5</sup> Dabei sind die Vereinigten Staaten von Amerika die einzige Industrienation, die medizinisch nicht indizierte, nicht rituelle Beschneidungen routinemäßig durchführen.<sup>6</sup>

In Deutschland wurden im Jahr 2010 an Krankenhäusern insgesamt 13.195 Zirkumzisionen durchgeführt, davon 516 an Säuglingen, 2515 im Alter zwischen ein und fünf Jahren, 1316 zwischen dem fünften und zehnten Lebensjahr, 378 an Kindern zwischen zehn und 15 Jahren.<sup>7</sup>

Zahlen für Beschneidungen, die außerhalb von Krankenhäusern vorgenommen wurden, sind nicht sicher bekannt. Der Zentralrat der Muslime in Deutschland geht von schätzungsweise insgesamt 46.000 Beschneidungen in Deutschland jährlich aus, die im muslimischen Kontext zu 90% von niedergelassenen Ärzten und zu 10% in Krankenhäusern durchgeführt würden.<sup>8</sup>

Von jüdischer Seite können Zahlen nicht sicher angegeben werden (vgl. Deusel, Anhang Frage 1).

## **1.1 Religiöse, rituelle und kulturelle Hintergründe für Zirkumzisionen im Judentum und Islam**

Medizinisch nicht indizierte Zirkumzisionen an Minderjährigen werden in Deutschland vornehmlich aus religiös-rituellen Gründen vorgenommen. Eine Schilderung der religiös-rituellen Grundlagen zur Erläuterung der Bedeutung der Knabenbeschneidung für die betroffenen Religionsgemeinschaften erscheint daher von großer Wichtigkeit. Dabei sind für diese Arbeit nur die jüdische und die muslimische Religion, bzw. die Tradition der Alevitischen Gemeinde gegenständlich, weil diese Gruppen in Deutschland den größten Teil ritueller Beschneidungen vornehmen.

In diesem Zusammenhang sei erwähnt, wie viele Menschen in Deutschland diesen Glaubenstraditionen verbunden sind.

Schätzungsweise leben etwa 3,2-3,5 Mio. Muslime in Deutschland, davon etwa 10% in Berlin. Von diesen haben etwa 60-70% türkische Wurzeln, was insofern für die weitere Betrachtung interessant ist, als sie die muslimische Denomination betrifft. In der Türkei ist insbesondere die Gemeinschaft der Aleviten stark vertreten und der übrige muslimische Kulturkreis vor allem sunnitisch orientiert. Allein etwa 400.000-700.000 der 3,5 Millionen Muslime gehören in Deutschland der Alevitischen Gemeinschaft an (vgl. Anhang, Feldtkeller, Frage 1). Der Großteil

der Muslime in Deutschland ist aber wohl sunnitischer Abstammung (vgl. Altin/ Erol, Anhang, Frage 8).

Die Anzahl der in Deutschland lebenden Mitglieder jüdischer Gemeinden betrug nach Angaben des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2010 104.024 Mitglieder.<sup>9</sup>

### **1.1.1 Jüdische Beschneidung (Brit Mila)**

Die jüdische Brit Mila basiert auf der Beschneidung Abrahams. Die entsprechende Textstelle aus dem Alten Testament, das dem jüdischen Tanach entspricht (Genesis= Bereschit, 17, 10-12), lautet wie folgt:

„Das ist mein Bund zwischen mir und euch samt deinen Nachkommen, den ihr halten sollt: Alles, was männlich ist unter euch, muss beschnitten werden. Am Fleisch eurer Vorhaut müsst ihr euch beschneiden lassen. Das soll geschehen zum Zeichen des Bundes zwischen mir und euch. Alle männlichen Kinder bei euch müssen, sobald sie acht Tage alt sind, beschnitten werden in jeder eurer Generationen...“<sup>10</sup>

Die Beschneidung ist im Judentum kein Initiationsritus; grundsätzlich ist ein Junge mit Geburt von einer jüdischen Mutter Jude und dieser Status für die Durchführung einer Brit Mila auch Grundvoraussetzung. Vielmehr handelt es sich um die Bestätigung des Bundes mit Gott, das grundlegende Symbol der Zugehörigkeit zum Judentum. Sie wird als einer der zentralen Fixpunkte des jüdischen Glaubens angesehen.<sup>3</sup> Als solcher ist sie Voraussetzung für den Aufruf zur Tora am Schabbat in der Synagoge, die religiöse jüdische Trauung und auch für die Bar Mitzwa. Letztere bezeichnet vergleichbar mit der christlichen Firmung/Konfirmation die Religionsmündigkeit und wird mit 13 Jahren gefeiert.<sup>11</sup>

Die Bedeutung des Beschneidungsgebotes und auch des zeitlich Aspektes zeigt sich darin, dass es laut Talmud „... selbst den Schabbat verdrängt“ (Gemara, bShab, 132a). Lediglich die Krankheit des Kindes kann Grund für eine terminliche Verschiebung sein.<sup>3</sup>

Eine weitere Textstelle (Genesis, 17, 14) zeigt die Wichtigkeit des Rituals und die Folgen der Nichtbeachtung:

„Ein Unbeschnittener, eine männliche Person, die am Fleisch ihrer Vorhaut nicht beschnitten ist, soll aus ihrem Stammesverband ausgemerzt werden. Er hat meinen Bund gebrochen.“<sup>10</sup>

Die Brit Mila beinhaltet nicht nur die chirurgische Durchführung des Eingriffs sondern ist zugleich eine religiöse Zeremonie, die im Sprechen der Brachot (Segenssprüche) und der offiziellen Namensgebung des Jungen besteht.<sup>3</sup> Das erfordert aus jüdischer Sicht zwingend die Durchführung der Zirkumzision durch einen Mohel oder zumindest dessen Anwesenheit oder die eines Rabbiners (vgl. Deusel, Anhang, Frage 3).

### **1.1.2 Muslimische und alevitische Beschneidungstradition**

Zunächst sei kurz auf die Unterschiede und Rangfolge der islamischen Quellen eingegangen: Die höchste Rechtsquelle ist der Koran, danach folgen die Sunna, der Konsens der Gelehrten und die sogenannte Rechtsanalogie. Anschließend gibt es noch weitere Rechtsquellen mit unterschiedlich bewerteter Rangfolge. Zusätzlich seien noch die Hadithe erwähnt, die Aussprüche des Propheten sind (vgl. Altin / Erol, Anhang Frage 9). Der Koran ist hingegen die geoffenbarte Aussage Gottes, Sunna sind Lehrüberlieferungen und Lebensregeln des Propheten Mohammed (vgl. Feldtkeller, Anhang Frage 3). Für Hadithe gibt es unterschiedliche Quellen. Fest steht aber, dass mit der Häufigkeit der Verwendung und Angabe eines Hadith in den Büchern der Gelehrten dessen Rang steigt (vgl. Altin / Erol, Anhang Frage 11).

Kurz sei auch die Stellung der Propheten im Islam erklärt: Der Großmufti von Ägypten, Gomaa<sup>12</sup>, führt aus, Mohammed sei, wie alle anderen Propheten, den Muslimen ein Vorbild. Sie seien in der islamischen Weltanschauung der Weg, Wissen über Gott zu erfahren, und würden den Muslimen „...die wahre Natur der Wirklichkeit“<sup>12</sup>, den Grund der menschlichen Existenz und Möglichkeiten, sich mit Gott zu verbinden, erklären. „Deshalb versuchen die Muslime dem Beispiel des Propheten in jedem Aspekt ihres Lebens zu folgen.“<sup>12</sup> Die von den Propheten vermittelten Werte seien von allerhöchster Bedeutung und würden durch das Leben des Propheten Mohammed beispielhaft verkörpert. Fünf Propheten haben im Islam eine besondere, untereinander vergleichbare, Stellung: Noah, Abraham, Moses, Jesus und Mohammed (vgl. Altin / Erol, Anhang Frage 10).

Die Beschneidung ist nicht ausdrücklich als religiöse Pflicht im Koran erwähnt (vgl. Feldtkeller, Anhang Frage 5). Allerdings gibt es mehrere muslimische Rechtsquellen, die sich auf diesen Ritus beziehen.

Der Zentralrat der Muslime beschreibt die Beschneidung als abrahamitische Tradition.<sup>13</sup> Sie ist zurückführbar auf die Zirkumzision der Stammväter der Araber, Abraham und Ismail (vgl. Feldtkeller, Anhang Frage 5). Mohammed hat diese Praxis unter anderem von ihnen übernommen (vgl. Altin / Erol, Anhang Frage 10), sie kann daher als Sunna betrachtet werden (vgl. Feldtkeller, Anhang Frage 5). Die Beurteilung des Ritus ist jedoch in den verschiedenen sunnitischen Rechtsschulen uneinheitlich: Die Anhänger der malakitischen Rechtsschule betrachten gegenüber den anderen die Beschneidung als religiöse Pflicht (Wajib) (vgl. Altin / Erol, Anhang Frage 3).

Zudem gibt es einen als wichtig betrachteten Hadith (Neylu'l-Evtar, 1/108; Wahba Zuhaylî, el-Fiqhu'l-İslamî, 1/306-308), der besagt: Es gibt fünf Dinge, die die Sunna der Natur sind, also von der Natur vorgegebene Verhaltensregeln. Erstens: Das Rasieren der Schamstelle. Zweitens: Die Beschneidung. Drittens: Das Rasieren des Schnurrbartes, so dass die Oberlippe zu sehen ist. Viertens: Das Rasieren der Achselhaare. Fünftens: Das Abschneiden der Fingernägel (vgl. Altin / Erol, Anhang Frage 9).

Ergänzend kommt der Beschneidung im Islam als Krankheitsvorbeugung eine hohe Bedeutung zu, da dieser die Gesundheit als religiöses Muss betrachtet, und ist eine Maßnahme zur Sauberkeit und Reinheit (vgl. Altin / Erol, Anhang Frage 12).

Das Beschneidungsalter ist im Islam recht variabel. Einigkeit besteht jedoch dahingehend, dass die Beschneidung vor der Religionsmündigkeit durchgeführt werden muss. Dabei ist bei den türkischen Muslimen eine Beschneidung im Neugeborenenalter eher die Ausnahme, weil man der Auffassung ist, die Kinder müssten bereits eine gewisse Reife und Verständnis für diesen religiösen Akt mitbringen (vgl. Altin / Erol, Anhang Frage 5, 19). Möglicherweise ist in diesem Kontext das Beschneidungsalter wiederum auf die arabischen Stammväter zurückzuführen (vgl. Feldtkeller, Anhang Frage 6): Ismail war laut der biblischen Überlieferung bei seiner Beschneidung 13 Jahre alt (Genesis, 17,25).<sup>10</sup>

Es gibt jedoch auch Muslime, die sich hinsichtlich des Beschneidungsalters an einer Überlieferung über die Beschneidung von Mohammeds Enkeln orientieren, die am siebten Tag erfolgt sei (vgl. Altin / Erol, Anhang Frage 19).

Ein Mann, der nicht beschnitten ist, gilt im Islam als jemand, dem der rechte Glauben fehlt, der also kein Muslim ist (vgl. Altin / Erol, Anhang Frage 13). Dennoch kann er am religiösen Leben vollumfänglich teilhaben (vgl. Altin / Erol, Anhang Frage 16).

Auch die Aleviten betrachten die Beschneidung als kulturellen Ritus, der „...einen nicht zu unterschätzenden Teil ihrer religiösen und kulturellen Identität ausmacht.“<sup>14</sup> Bei ihnen ist allerdings umstritten, ob sie dem Islam zuzurechnen sind (vgl. Feldtkeller, Anhang Frage 1). Es sei vielmehr eine Glaubensrichtung, die muslimische, esoterische und gnostische Einflüsse verbindet. Der Koran habe im Vergleich eine weniger zentrale Bedeutung (vgl. Feldtkeller, Anhang Frage 3). Dies ist unter Umständen damit zu begründen, dass die Überlieferung des Alevitentums fast ausschließlich mündlich erfolgte, weshalb sich das Alevitentum stark auf ethische Verhaltensweisen, Riten und Gebräuche konzentrierte (vgl. Altin / Erol, Anhang Frage 4). Der alevitischen Vorstellung zufolge gibt es einen inneren Erkenntnisweg zu Gott, den man zu gehen hat. Dabei sind der Koran und die Einhaltung von islamischen Lebensregeln, der Scharia, das Eintrittstor auf dem Weg zur Weisheit, das unterste Level der einzuhaltenden Regeln, aber auf diesem Weg begegne man anderen Normen, Möglichkeiten und Einflüssen (vgl. Feldtkeller, Anhang Frage 3).

## **1.2 Stand der medizinischen Diskussion**

Unter anderem bei Gairdner<sup>15</sup> findet sich eine ausführliche Beschreibung über die Entwicklung des Präputiums: Die Vorhaut sei ursprünglich eine epidermale Verdickung, die ab der achten fötalen Woche über die Basis der Glans vorzuwachsen beginne und durch Auswucherungen aus der Eichel ergänzt werde, so dass nach 16 Wochen deren Spitze erreicht sei. Zu diesem Zeitpunkt sei die tiefe epitheliale Schicht der Vorhaut mit der Epidermis der Glans im Sinne eines kontinuierlichen Plattenepithels verwachsen. Es folge ein Schuppungsprozess des Epithels, der den Vorhautspalt erzeuge. Da dieser Vorgang bei der Geburt noch nicht abgeschlossen ist, sei die Vorhaut des Neugeborenen in der Regel noch nicht retrahierbar. Die Schuppung bzw. Keratinisierung und die damit eintretende Spaltbildung erfolgt nach Burrows<sup>16</sup> unter Einfluss von Androgen.

Der Zeitpunkt, zu dem die Separation abgeschlossen ist, ist bekanntlich variabel.

Der Vorhaut wird vor allem Schutzfunktion zugeschrieben.<sup>15</sup> Es könne kein Zufall sein, dass gerade solange das Kind noch inkontinent sei, eine physiologische Barriere in Form einer nicht

oder schlecht reponierbaren Vorhaut die Glans und den Meatus urethrae vor Verletzungen durch uringetränkte Windeln und Kleidung schütze.<sup>15,17</sup> Additive Funktionen der Vorhaut sind die Lubrikation der Eichel und, wegen der ausgeprägten Innervierung, die Lustmehrung beim Geschlechtsverkehr.<sup>18</sup>

### **1.2.1 Indikationen**

Obwohl Thema der vorliegenden Arbeit die rituelle, medizinisch nicht indizierte Knabenbeschneidung ist, sei der Vollständigkeit halber den medizinischen Indikationen der Zirkumzision kurz Aufmerksamkeit geschenkt, insbesondere, weil diese immer wieder zu Argumentationszwecken in der Abwägung der Vor- und Nachteile des Eingriffs herangezogen wird.

Die American Academy of Pediatrics<sup>19</sup> hat im September 2012 zu routinemäßigen Zirkumzisionen Stellung genommen. Ihr zufolge überwiegen die Vorteile die Risiken des Eingriffs. “Identifizierte” Vorteile der Maßnahme bestünden in der Prävention von Harnwegsinfekten, der Übertragung von Geschlechtskrankheiten, der Ansteckung mit HIV und Peniskarzinomen. In ähnlicher Weise hatte sich auch die WHO<sup>1</sup> bereits im Jahre 2007 geäußert: der präventive Nutzen der Beschneidung sei hinreichend bewiesen. Allerdings bezog sich ihr Statement vor allem auf das subsaharische Afrika, das eine hohe Prävalenz für HIV-Ansteckungen und andere Geschlechtskrankheiten aufweist.<sup>1,20</sup> Zu bemerken ist, dass 1999 die American Academy of Pediatrics noch davon ausging, die Datenlage sei nicht ausreichend, um die Routinezirkumzision zu empfehlen.<sup>21</sup>

Generell ist zwischen präventivem und therapeutischem Nutzen der Beschneidung zu unterscheiden. Dabei betreffen grundsätzlich alle präventiven Indikationen der Zirkumzision den Versuch, Infektionen vorzubeugen. Hauptfokus ist vor allem, Bakterienansammlungen bzw. Ansammlungen von Smegma mit potentiell infektiösem oder kanzerogenem Gehalt zu verhindern. Bereits 1953 wurde aber berichtet, dass das Smegma nur in Verbindung mit einer Phimose in potentiell schädlichem Umfang akkumuliert.<sup>22</sup>

Harnwegsinfekte haben insbesondere in den ersten Lebensmonaten eines Jungen einen schweren Verlauf.<sup>23</sup> Sie werden über eine aufsteigende Entzündung nach der Besiedelung der präputialen Schleimhaut<sup>18</sup> bzw. durch das gleichzeitige Vorliegen von Phimosen hervorgerufen und treten bei beschnittenen Jungen deutlich seltener auf.<sup>24</sup> Dies ist insbesondere bei Patienten mit

Fehlbildungen des Harntraktes festgestellt worden, der prophylaktische Nutzen ohne diese Anomalitäten ist dagegen nicht gesichert.<sup>18</sup> Teilweise wird berichtet, dass die Zirkumzision sogar Harnwegsinfekte begünstige, dies sei allerdings vor allem in den ersten Wochen nach rituellen Beschneidungen in Israel zu beobachten gewesen.<sup>25-27</sup> Winberg et al.<sup>28</sup> bezweifeln, dass die kindliche Vorhaut als anatomisch gegebene Struktur allein für die Prädisposition neugeborener Jungen für Harnwegsinfekte verantwortlich sei. Ihm zufolge sind unphysiologische Geburtsvorgänge, stationäre Geburten in Verbindung mit Krankenhausaufenthalten der Kinder und Mütter und gestörte Anpassungsvorgänge hinsichtlich des kindlichen Immunsystems Grund für dieses gehäufte Krankheitsrisiko.

Bezüglich der Übertragung von Geschlechtskrankheiten wird beschrieben, dass die Studienlage tendenziell eine Reduktion durch Beschneidungen erkennen lasse, dies sich aber vor allem auf ulzeröse Geschlechtskrankheiten wie Ulcus molle, Syphilis und Herpes beziehe; Beschnittene litten dafür häufiger unter Urethritiden.<sup>18</sup> Ein eindeutiger Zusammenhang zwischen dem Eingriff und der Krankheitsvermeidung ist fraglich.<sup>6</sup> Allerdings sind die beschriebenen ulzerösen Geschlechtskrankheiten Kofaktoren für HIV-Infektionen<sup>18,29</sup>, weshalb deren Prävention durchaus von relevantem Nutzen sein kann.

Eine Reihe von Studien berichtet denn auch von der Beschneidung als Möglichkeit, HIV-Infektionen einzudämmen. Als wohl prominentester Vertreter dieser Ansicht ist die WHO<sup>1</sup> zu nennen, die im subsaharischen Afrika Studien zu diesem Thema durchführen ließ und Zirkumzisionen als Maßnahme innerhalb der HIV-Präventionsprogramme empfiehlt. Hinsichtlich Beschneidungen in Industrienationen zur HIV-Prävention mag aber folgende Aussage interessant sein: In einer Arbeit aus dem Jahre 2009 wurde angezweifelt, dass in afrikanischen Ländern erhobene Ergebnisse zum präventiven Nutzen von Zirkumzisionen hinsichtlich der HIV-Prävention auf Amerika übertragbar seien. Begründet wurde diese Skepsis mit den unterschiedlichen Bedingungen, die bei Beschneidungen in Afrika und Amerika vorherrschen, wobei unter anderem das Beschneidungsalter, die Übertragungswege des Virus und das Vorhandensein von Koinfektionen zu berücksichtigen seien.<sup>30</sup>

Auch bei Zervixkarzinomen wird die Beschneidung als Präventionsmaßnahme angeführt, da die Zirkumzision das HPV-Infektionsrisiko bei Männern signifikant reduziere und deren Geschlechtspartnerinnen somit einem verminderten Übertragungsrisiko ausgesetzt seien.<sup>31</sup> Als Folge könnte die Gefahr einer Karzinomentstehung reduziert werden. Die American Academy of

Pediatrics<sup>32</sup> hat allerdings im Jahre 1989 festgestellt, dass der Zusammenhang zwischen einer Erkrankung der weiblichen Patienten und dem Beschneidungsstatus der männlichen Partner nicht eindeutig sei. MacDonald<sup>20</sup> ergänzt, der präventive Nutzen hinsichtlich einer Ansteckung mit HIV und HPV komme ohnehin erst dann zum Tragen, wenn der Betroffene sexuell aktiv werde, also nicht im Neugeborenen-, Säuglings- und Kleinkindalter.

Lokale Infektionen wie Balanitiden und Balanoposthiden sollen ebenfalls post circumcisionem seltener auftreten.<sup>33</sup> Diese lokalen Entzündungen treten meist in Kombination mit Phimosen und Harnwegsinfekten auf. Die Indikation für eine Zirkumzision wird bei diesem Krankheitsbild in der Regel wegen des rezidivierenden Verlaufs gestellt, der neben starken Schmerzen narbenbedingte sekundäre Phimosen begünstigt. Das Gleiche gilt für die Balanitis xerotica obliterans, die durch infektbedingte Fibrosebildung zu Meatusstenosen führen kann.<sup>34</sup>

Bei größeren Ansammlungen von Smegma insbesondere auch bei gleichzeitiger Phimose kann über die Vorstufe einer Balanitis möglicherweise ein Peniskarzinom auftreten. Der Zirkumzision wird in diesem Zusammenhang von Heyns und Krieger<sup>18</sup> ein protektiver Effekt zugesprochen, jedoch in erster Linie betreffend das invasive Peniskarzinom weniger dagegen bezüglich des Carcinoma in situ. Außerdem soll die Zirkumzision zum präventiven Nutzen idealerweise im Neugeborenenalter durchgeführt werden, mit zunehmendem Alter nimmt der präventive Nutzen ab.<sup>18,22,35</sup>

Einigkeit besteht hinsichtlich des therapeutischen Nutzens der Zirkumzision bei pathologischen Phimosen.<sup>31,36</sup> Dazu ist allerdings anzumerken, dass wie oben ersichtlich die kindliche Vorhaut zu einem sehr variablen Zeitpunkt vollständig reponierbar ist. In der Pädiatrie wird davon ausgegangen, dass dieser Zeitpunkt in der Regel nach dem dritten Lebensjahr, spätestens aber im Schulalter erreicht sein sollte.<sup>37,38</sup> In der überwiegenden Mehrheit und unter physiologischen Umständen verschwindet der phimotische Zustand mit fortschreitender Entwicklung des Kindes.<sup>37</sup> Dabei wirken das kindliche Smegma, das bei der Keratinisierung des Epithels entsteht, und nächtliche Erektionen unterstützend.<sup>34</sup> Um eine Verletzung des Vorhautgewebes und anschließende Blutungen, Infektionen und Schmerzen zu vermeiden, sollte eine gewaltsame Manipulation vor der abgeschlossenen Spaltung unterbleiben.<sup>38</sup> Die durch eine Verletzung oder Infektion bedingte Narbenbildung kann ihrerseits eine Phimose hervorrufen und eine (chirurgische) Intervention erfordern.<sup>34</sup>

Zusätzlich wird eine frühzeitige chirurgische Intervention nur befürwortet, wenn rezidivierende lokale Infektionen, rezidivierende Harnwegsinfekte oder eine Vorhautballonierung beim

Wasserlassen auftreten, die keiner anderen Ursache als der Vorhautenge zuzuschreiben sind.<sup>34,39,40</sup> Daneben ist die schon erwähnte Balanitis xerotica obliterans als therapeutische Indikation zu nennen.

### **1.2.2 Anästhesieerfordernis bei der Neugeborenenzirkumzision**

Noch in der jüngeren Vergangenheit wurde behauptet, eine Anästhesie sei bei der Beschneidung nicht erforderlich, weil Neugeborene noch kein Schmerzempfinden hätten bzw. der Eingriff weniger schmerzhaft sei als die Narkose selbst.<sup>31,41</sup> Auch die American Academy of Pediatrics<sup>32</sup> riet noch 1989 von der allgemeinen Empfehlung zur Verwendung anästhetischer Methoden im Rahmen von Neugeborenenbeschneidungen ab, weil deren Einsatz und Risiken nicht ausreichend geklärt sei.

Inzwischen wird davon ausgegangen, dass Neugeborene nicht nur ein Schmerzempfinden besitzen, sondern dass dies auch viel ausgeprägter ist als bei älteren Kindern.<sup>41</sup> So wurde beobachtet, dass Säuglinge, die ohne Narkose zirkumzidiert wurden, sechs Monate nach dem Eingriff deutlich stärker auf die bei Impfungen auftretenden Schmerzen reagieren, als dies bei anderen Kindern der Fall war.<sup>42</sup> Grund für diese Hypersensibilität ist vermutlich, dass bei Neugeborenen im Rahmen von Verletzungen peripherer Gewebe eine besonders starke Aussprossung sensibler Fasern eintritt, die bis in das Erwachsenenalter bestehen bleibt.<sup>43</sup>

Zwar ist die Anästhesie bei Neugeborenen generell mit größeren Risiken verbunden als bei älteren Kindern<sup>41</sup>, das Bedürfnis nach einer solchen Intervention bei Operationen ist aber auch aufgrund des Vorgesagten unerlässlich. Insbesondere die Kombination von Vollnarkose und Regionalanästhesie wird von Bösenberg empfohlen und als gängige Praxis beschrieben, da eine Reihe von Vorteilen aus diesem Vorgehen resultiere: Der Neugeborenenkörper sei nämlich aufgrund der mangelnden Ausreifung besonders empfindlich für die depressive Wirkung der anästhetischen Medikamente, vor allem das kardiovaskuläre, respiratorische und zentralnervöse System. In der Kombination mit einer Vollnarkose würden Regionalanästhetika eine umfassenden Analgesie bei minimalen hämodynamischen Auswirkungen bewirken, weshalb Inhalationsnarkotika, mit ihrem depressiven Effekt auf das kardiovaskuläre System, bei gleichem Narkoseergebnis auf ein Minimum reduziert werden könnten.<sup>44</sup>

Der sogenannte Peniswurzelblock wird zur Regionalanästhesie bei medizinischen Zirkumzisionen Neugeborener am häufigsten eingesetzt und als sehr effektiv beschrieben.

Ebenso häufig kommt EMLA-Salbe® als Lokalanästhetikum zum Einsatz. Obwohl sie in ihrer Wirkung hinter der des Peniswurzelblockes zurückbleibt, gilt auch sie als effektive Maßnahme.<sup>19,45</sup> Taddio et al.<sup>46</sup> empfehlen ein effektives Anästhesie- und Schmerzmanagement bestehend aus einer Kombinationstherapie von Lokalanästhesie und Analgetika.

Inzwischen wird auch von der American Academy of Pediatrics<sup>19</sup> der adäquate Einsatz von analgetischen Mitteln auch bei Zirkumzisionen an Neugeborenen empfohlen, der Einsatz nicht pharmakologischer Techniken soll dagegen allenfalls als unterstützende Methode ausreichend sein.

Eine weitere Erläuterung zu diesem Teilaspekt des Themas unterbleibt, da dieser nicht eigentlicher Gegenstand der Arbeit ist.

### **1.2.3 Chirurgische Durchführung**

Im Wesentlichen besteht die Durchführung der Zirkumzision darin, die Vorhaut in einer Weise zu verkürzen bzw. abzutrennen, dass die Glans penis freigelegt ist. Dies gilt zumindest für die rituelle Zirkumzision, die grundsätzlich als totale Zirkumzision durchgeführt wird.

Der Eingriff wird in der Regel mit Hilfsmitteln durchgeführt, eine freihändige Beschneidung wird aufgrund des hohen Risikos, die Eichel zu verletzen oder gar zu amputieren, nur noch selten praktiziert. Die Hilfsmittel ähneln sich insofern, als immer ein Eichenschutz verwendet und das darüber liegende Präputium abgeklemmt wird, so dass eine Blutleere erreicht wird. Eventuell vorhandene Adhäsionen, also nicht vollständig separierte Vorhautanteile, müssen vor dem Platzieren des Eichenschutzes mobilisiert werden.

Die am häufigsten verwendeten Instrumente sind die Mogen- Klemme, die Gomco- Klemme und die Plastibell- Methode. Bei Mogen- und Gomco- Klemmen wird eine kontrollierte Quetschung des Präputiums vorgenommen, beim Plastibell ist das vorherrschende Prinzip die durch Abbindung der Vorhaut induzierte Nekrose.<sup>31</sup>

Die Plastibell-Methode verwendet als Eichenschutz eine Plastikglocke, die unter die zuvor dorsal inzisierte Vorhaut geschoben wird. Die über der Glocke befindliche Vorhaut wird anschließend mittels Fadenmaterials und auf Höhe der auf dem Instrument befindlichen Markierung (Rinne) abgebunden. Der distal der Ligatur befindliche Vorhautrest wird abgetrennt, der Griff entfernt und lediglich ein Ring belassen. Nach sieben- zehn Tagen fällt der kleine ligaturnahe

nekrotisierte Vorhautrest inklusive Ring ab. Ein ähnliches Prinzip verfolgt die Gomco- Klemme, allerdings wird hier eine Metallkappe statt der Plastikglocke über die Glans penis gestülpt. Die Vorhaut wird anschließend mit einer dafür vorgesehenen Spange über der Metallkappe bis zur Blutleere abgeklemmt, dann abgetrennt und die Metallkappe entfernt.<sup>2</sup> Bei Verwendung der Mogen- Klemme wird von außen das Instrument über die nach vorne gezogene Vorhaut geschoben. Bei deren Schließung resultieren Blutleere und der Schutz der Glans. Distal der Klemme wird die Vorhaut dann abgetrennt (vgl. Deusel, Anhang Frage 7).

Zu beachten ist sowohl bei der Verwendung der Gomco- Klemme als auch des Plastibell, die richtige Glockengröße zu verwenden, um ein Verrutschen oder einen zu großen Druck auf die Glans zu vermeiden.<sup>47</sup> Außerdem muss die Arteria frenularis möglichst weitgehend geschont werden, weil deren Verletzung zu starken Blutungen führt und mit dem Auftreten von Meatusstenosen in Verbindung gebracht wird (vgl. Deusel, Anhang Frage 7).

#### **1.2.4 rituelle Besonderheiten in der Durchführung**

In der Sache ähnlich, aber unter etwas anderen Vorzeichen, wird im Judentum die Brit Mila durchgeführt. Das praktische Vorgehen bei der Brit Mila umfasst Mila, Peria und Metzitza – die Abtrennung des äußeren und inneren Vorhautblattes, die Lösung des Präputiums von der Glans sowie die Entfernung von ausgetretenem Blut aus der Zirkumzisionswunde. Die einzelnen Schritte erfuhren dabei im Laufe der Zeit verschiedene Veränderungen. Heute werden in der Regel der chirurgischen Durchführung vergleichbare Methoden angewandt. Insbesondere die Durchführung der Metzitza, der Entfernung des Blutes aus dem Operationsbereich, wurde aus Sterilitätsgründen modifiziert und dürfte weitestgehend nicht mehr traditionell per os praktiziert werden.<sup>3</sup> Ein Vernähen der Wundränder findet in der traditionellen Beschneidung nicht statt, es wird stattdessen ein leichter Druckverband angelegt (vgl. Deusel, Anhang Frage 7).

Umstritten sind auch innerjüdisch im Rahmen der praktischen Durchführung insbesondere die Notwendigkeit des Blutaustritts und die Zulässigkeit einer Anästhesie des Kindes. Bei ersterem handelt es sich zwar primär um eine Begleiterscheinung, allerdings wurde darin teilweise auch der eigentliche Sinn der Beschneidung erblickt, gerade in der Auseinandersetzung mit dem Christentum und dem damit verbundenen Gedanken des heilbringenden Blutes Christi (vgl. Deusel, Anhang Frage 7).

Bezüglich der Anästhesie wird von Rabbinerin Deusel der Standpunkt vertreten, selbige widerspräche nicht den religiösen Schriften und daher auch nicht dem Ritus. Für die

Durchführung und Zulässigkeit einer Narkose spräche insbesondere die traditionelle Verabreichung eines Tropfen Weines an das Kind. Allerdings handele es sich bei der Anästhesie um eine Auslegungsfrage und auch um ein praktisches Problem, weil für Mohalim, die nicht gleichzeitig Ärzte sind, abgesehen von einer lokalen Anästhesie durch nicht verschreibungspflichtige Salben, eine Narkotisierung gar nicht möglich sei (vgl. Deusel, Anhang Frage 8).

Da die islamische Zirkumzision in Deutschland meist von Ärzten durchgeführt wird<sup>8</sup>, bestehen in der Durchführung des muslimischen Ritus keine Besonderheiten hinsichtlich der Beschneidungspraxis. Der Präsident der Islamischen Föderation in Berlin (IFB), Herr Altin, lehnt aufgrund der möglichen kindlichen Gefährdung eine Vollnarkose für den Eingriff grundsätzlich ab, gegen eine Lokalanästhesie seien aber keine Einwände zu erheben (vgl. Altin / Erol, Anhang Frage 21). Erwähnenswert mag an dieser Stelle sein, dass nur Muslime Beschneidungen an Muslimen durchführen sollen, weil es sich bei dem Eingriff um einen Gottesdienst handele (vgl. Altin / Erol, Anhang Frage 22). Das eigentliche Beschneidungsfest findet erst einige Wochen nach der Beschneidung statt, um dem Kind eine entsprechende Akklimatisierung mit seinem beschnittenen Zustand zu ermöglichen (vgl. Altin / Erol, Anhang Frage 23).

### **1.2.5 Komplikationen**

Wie jeder operative Eingriff birgt auch die Zirkumzision Risiken, die es zu erwägen gilt. Dabei sind Komplikationen, die der Operation immanent sind, von solchen zu unterscheiden, die insbesondere durch die begleitenden Maßnahmen wie die Anästhesie und Analgesie – oder deren Nichtvornahme – hervorgerufen werden. Obwohl letztere ebenfalls gravierende Folgen haben können, sollen sie in der Arbeit unbeachtet bleiben.

Weiss et al.<sup>48</sup> geben in ihrer systematischen Übersichtsarbeit bei Untersuchungen zu Beschneidungen von Neugeborenen und Säuglingen eine mediane Komplikationshäufigkeit von 1,5% (0-16%) an, bei älteren Kindern liege diese bei etwa 6% (2-14%), sofern sie von medizinischem Fachpersonal durchgeführt werden. Die Komplikationsrate bei rituellen Beschneidungen liege gemäß der Untersuchung deutlich darüber. Die Recherche betraf weltweit veröffentlichte Studien unter besonderer Berücksichtigung durchgeführter Studien in Entwicklungsländern und in arabischen Ländern.

Als häufigste Frühkomplikationen nennen Weiss et al.<sup>48</sup> Schmerzen, Blutungen, Schwellungen und unzureichende Resektionsausmaße, zu den Spätkomplikationen rechnen sie unter anderen Schmerzen, (Wund-) Infektionen, Harnverhalt, Meatusstenosen und -ulcera, Fisteln. Die Frühkomplikationen seien in der Regel leicht und gut behandelbar, selten komme es zu gravierenden Folgen wie Glansamputationen und Todesfällen.

Die American Association of Pediatrics<sup>19</sup> gibt ebenfalls an, schwerwiegende Akutkomplikationen seien selten; häufiger wären kleinere Zwischenfälle wie Blutungen, Infektionen oder die zu marginale Entfernung der Vorhaut zu beobachten. Allerdings würden in den verfügbaren Studien die Komplikationen unterschiedlich definiert und eingeschätzt, was auch als Grund für die extreme Spannweite der Ergebnisse angegeben wird.<sup>19,33</sup> Weiss et al.<sup>48</sup> halten zusätzlich die uneinheitliche Beachtung der Sterilitätsanforderungen, die Expertise der Zirkumzisen, und die Beschneidungsmotivation für ausschlaggebend. Auch Morris et al.<sup>33</sup> haben jüngst erklärt, schwerwiegende Komplikationen träten bei allen Altersklassen ausgesprochen selten auf.

Die Meatusstenose wird mit 2-35% als häufigste Spätkomplikation betrachtet.<sup>49</sup> Weitere sind Penisdeviationen, die bei unsachgemäßer Verdrehung bei Dehnung der Vorhaut über die Glans penis entstehen können (vgl. Deusel, Anhang Frage 7), Adhäsionen und Vorhautrezidive.<sup>19</sup>

Morris et al.<sup>33</sup> haben sich in ihrer Arbeit dem idealen Beschneidungsalter gewidmet. Ihnen zufolge ist die früheste Kindheit einem späteren Zeitpunkt für den Eingriff aus unterschiedlichen Gründen vorzuziehen: Zunächst seien die schon oben erwähnten Präventionsgründe für Beschneidungen zu erwähnen: Vorbeugung von neonatalen Harnwegsinfekten und lokalen Entzündungen wie Balanitis, Posthitis und Balanoposthitis, Senkung des Ansteckungsrisikos für sexuell übertragene Krankheiten vor dem ersten Sexualkontakt, Senkung des Peniskarzinomrisikos. Daneben führen sie aber auch chirurgische und praktische Gründe an. So sei die Komplikationsrate bei Neugeborenen und Säuglingen deutlich geringer als bei älteren Kindern und die Angst des Beschnittenen vor dem Eingriff praktisch nicht vorhanden. Außerdem sprächen die schnelle Wundheilung, die Immobilität des Neugeborenen, das gute kosmetische Ergebnis und der Umstand, dass eine Vernähung der Wundränder nicht erforderlich sei, eindeutig für diesen frühen Beschneidungszeitpunkt.

### **1.3 Stand der rechtlichen Diskussion**

Die Bedeutung der (rituellen) Knabenbeschneidung wird in der Rechtswissenschaft erst seit einigen Jahren diskutiert. Grundsätzlich ist sie als dauerhafter, irreversibler substanzmindernder Eingriff in die anatomische Unversehrtheit Körperverletzung gemäß §§ 223 ff. StGB<sup>50-52</sup>, gleichgültig, ob von Ärzten oder Nichtmedizinern vorgenommen und mit welcher Motivation – medizinisch oder nichtmedizinisch / rituell. Fraglich ist aber, ob Eltern den Strafbarkeitsvorwurf gegen den Beschneidenden durch ihre stellvertretende Einwilligung abwenden und der Handlung somit die Rechtswidrigkeit nehmen können. Sowohl von Seiten der Rechtsprechung als auch der Fachliteratur finden sich nur wenige Aussagen, die zudem eine rechtseinheitliche Position vermissen lassen. Im Folgenden soll eine Zusammenstellung der wesentlichen Aussagen in Rechtsprechung und Literatur erfolgen.

Wäre die elterliche Einwilligung unwirksam und somit ein rechtswidriges Verhalten des Beschneidenden zu bejahen, stellt sich im Anschluss das Folgeproblem, dass die Erziehungsberechtigten wegen Anstiftung zur Körperverletzung gemäß §§ 223 Abs. 1, 224 Nr. 2, 2. Var., 26 StGB strafbar sein können, weil die Durchführung der rituellen Zirkumzision durch sie initiiert wird.

#### **1.3.1 Rechtsprechung**

Ein Urteil zur rechtlichen Zulässigkeit des Eingriffs und der elterlichen Einwilligung fand bisher nur durch das LG Köln<sup>53</sup> statt: In seinem in der Öffentlichkeit vielbeachteten und kontrovers diskutierten Urteil vom 07.05.2012 befand das Gericht, der Arzt, der die Zirkumzision an einem vierjährigen Jungen lege artis durchgeführt hatte, habe den Straftatbestand der Körperverletzung gemäß § 223 Abs. 1 StGB verwirklicht. Die elterliche Einwilligung in den Eingriff, getragen von rein rituellen Motiven, sei nicht rechtswirksam erteilt worden, weil das Kindeswohl durch diese Zustimmung verletzt würde: Weder unter dem Aspekt der Vermeidung einer möglichen Ausgrenzung aus seinem gesellschaftlichen Umfeld noch unter Berücksichtigung des elterlichen Erziehungsrechts entspreche der Eingriff dem Wohl des Kindes. Die kindlichen Rechte auf körperliche Unversehrtheit und Selbstbestimmung genössen Vorrang vor den elterlichen auf freie Kindeserziehung und Freiheit der Religionsausübung. Der Arzt wurde dennoch freigesprochen, weil er aufgrund der unklaren Rechtslage einem unvermeidbaren Verbotsirrtum erlegen sei.

Frühere gerichtliche Entscheidungen hatten die Problematik der rituellen Zirkumzision Minderjähriger selbst nicht thematisiert. Sie befassten sich lediglich mit den Begleitvoraussetzungen, schienen aber die strafrechtliche Zulässigkeit des Eingriffes bei Einwilligung der Sorgeberechtigten selbst nicht zu behandeln oder in Frage zu stellen.

Das LG Frankenthal<sup>54</sup> urteilte zwar am 14.09.2004, die elterliche Einwilligung in eine rituelle Beschneidung sei Kindeswohlverletzend und daher unwirksam. Ausschlaggebend war aber für diese Beurteilung, dass in dem zu verhandelnden Fall das Kind im Hause der Eltern unter unsterilen Bedingungen und durch einen vermeintlich geschulten nicht-ärztlichen Zirkumzisor stattfand, somit die Regeln der ärztlichen Kunst nicht eingehalten wurden. Auch bei rituellen Beschneidungen seien medizinische Mindeststandards aber zu berücksichtigen.

Auch das AG Düsseldorf<sup>55</sup> hatte über einen Sachverhalt zu urteilen, in dem ein ritueller Beschneider ohne ärztliche Ausbildung unter unsterilen Bedingungen Zirkumzisionen an Minderjährigen vornahm. Der Angeklagte wurde wegen gefährlicher Körperverletzung nach §§ 223 Abs. 1, 224 Nr. 2, 2. Var. StGB verurteilt. Die Einwilligung der Kindeseltern in den Eingriff sei nicht rechtswirksam gewesen, weil anzunehmen sei, dass sie bei Kenntnis sämtlicher Umstände der Durchführung eine solche nicht erklärt hätten und somit keine umfassende Aufklärung seitens des Vornehmenden erfolgt sein könne.

In seiner Entscheidung vom 21.08.2007 betrachtete das OLG Frankfurt<sup>56</sup> die (rituelle) Beschneidung als irreversiblen Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht des Kindes und sein Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit. Bis zum Erreichen der Einwilligungsfähigkeit des Kindes obliege eine Entscheidung über Eingriffe in das Persönlichkeitsrecht aber den Sorgeberechtigten. Im Umkehrschluss führt laut dieser Entscheidung eine entsprechende Einwilligungserklärung daher zur Rechtfertigung der Körperverletzung. Im zugrunde liegenden Sachverhalt hatte ein nicht sorgeberechtigter muslimischer Vater die Beschneidung seines zwölfjährigen Sohnes durch einen niedergelassenen Arzt veranlasst und die sorgeberechtigte Mutter Prozesskostenhilfe für eine Klage auf Schmerzensgeld wegen dieses Eingriffes beantragt und zugesprochen bekommen.

Im Jahre 2002 sprach das OVG Lüneburg<sup>57</sup> den Eltern eines Zirkumzidierten gegen den Sozialträger einen Anspruch auf Erstattung der Kosten für eine rituelle Beschneidung zu, und zwar sowohl für die Operation selbst als auch für die anschließende Feier. Begründet wurde dieser Beschluss damit, dass die Beschneidung im muslimischen Kulturkreis eine der Taufe im Christentum vergleichbare religiöse und gesellschaftliche Bedeutung habe.

### 1.3.2 Juristische Fachliteratur

In der juristischen Fachliteratur ist die Einordnung der rituellen Knabenbeschneidung umstritten. Zum einen wird die Ansicht vertreten, die Beschneidung minderjähriger Jungen aus rein religiösen Gründen ohne medizinische Indikation sei eine nicht durch elterliche Einwilligung zu rechtfertigende und damit strafbare Körperverletzung.<sup>58-65</sup> Dabei finden sich unterschiedliche Begründungsansätze, von denen einige an dieser Stelle näher erwähnt werden sollen:

Putzke<sup>58,59</sup> und Jerouschek<sup>63</sup> zufolge widerspricht der Eingriff dem Kindeswohl und ist daher nicht von der elterlichen Dispositionsbefugnis gedeckt. Um eine stellvertretende Einwilligung von Seiten der Eltern wirksam zu erklären, müssten bei einem Eingriff in die körperliche Unversehrtheit die erreichbaren Vorteile, also der religiöse Nutzen, die mit ihm einhergehenden Nachteile, d. h. der Schaden in Gestalt des irreversiblen Vorhautverlusts und die mit der Operation einhergehenden Risiken, überwiegen. Ein solch überwiegender Vorteil sei aber nicht ersichtlich und insbesondere nicht in der Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft zu suchen. Das in Art. 2 Abs. 2 S. 1, 2. Alt GG garantierte Recht auf körperliche Unversehrtheit stehe im Rang über dem grundgesetzlichen elterlichen Recht auf freie Kindserziehung und Freiheit der Religionsausübung.

Herzberg<sup>60,61</sup> geht über diese Argumentation Putzkes noch hinaus. Er betrachtet die religiöse Erziehung als nicht am Kindeswohlbegriff messbar, da deren Auswirkungen auf die (religiöse) Entwicklung des Kindes ungewiss seien. Eine Beurteilung der elterlichen Erziehungsentscheidungen hinsichtlich der Einhaltung des Kindeswohles, insbesondere bezüglich religiöser Fragen sei daher weder möglich noch gesetzlich zulässig. Dies könne auch Art. 7 Abs. 2 GG entnommen werden, der den Eltern hinsichtlich der religiösen Erziehung freies Bestimmungsrecht zusichere und ergebe sich zudem aus der strikten Trennung von Staat und Religion. Die Durchführung der rituellen Zirkumzision liege aber ohnehin eher im Interesse der Eltern auf freie Religionsausübung, als kindliche Ziele zu verfolgen. Art. 140 GG i. V. m. Art. 136 Abs. 1 WRV stelle klar, dass die Religionsausübung nur unter Einhaltung der geltenden Gesetze zulässig sei. Eine Legitimierung der Beschneidung durch Einwilligung der Eltern basierend auf deren Religionsfreiheit, die gemäß strafrechtlicher Regelungen eine Körperverletzung gemäß § 223 StGB darstelle, sei daher zu verneinen.

Auch Schneider<sup>64</sup> kommt zu dem Ergebnis, die rituelle Zirkumzision sei eine nicht zu rechtfertigende Körperverletzung des Kindes. Aufgrund der mangelnden medizinischen Indikation und der damit verbundenen Aufschiebbarkeit des Eingriffs, der von ihm den Schönheitsoperationen zugerechnet wird, können die Eltern nicht einwilligen. Durch dieses Vorgehen würden die Grundrechte des Kindes in unzulässiger Weise verletzt und damit das

Kindeswohl nicht hinreichend beachtet. Im Einzelnen beschreibt er die Zirkumzision als Eingriff in die körperliche Unversehrtheit, die Menschenwürde, das allgemeine Persönlichkeitsrecht und in die kindliche Religionsfreiheit. Elterliche Grundrechte, in deren Verwirklichung die Einwilligung in die Knabenbeschneidung zulässig sei, würden aufgrund des Vorrangs des Kindeswohles in den Hintergrund gedrängt.

Die Gegenseite führt unterschiedliche Argumente an, die die Zulässigkeit der elterlichen Einwilligung in die Knabenbeschneidung und damit auch der Knabenbeschneidung selbst bestätigen sollen.

Fateh- Moghadam<sup>66</sup> zufolge stellt die Einwilligung in die Beschneidung von Knaben in der Regel keine Verletzung des Sorgerechts und des Kindeswohls dar, da es sich nicht um eine objektiv unvertretbare, das Kindeswohl in typischer Weise verletzende Maßnahme handle. Der deutschen Legislatur sei (zum Beispiel unter Verweis auf § 1666 BGB) zu entnehmen, dass nur bei grobem Missbrauch des elterlichen Sorgerechts selbiges durch staatliches Eingreifen eingeschränkt werden solle. Maßstab bei einem körperlichen Eingriff müsse daher sein, ob nach Abwägung aller Vor- und Nachteile das Kindeswohl keinesfalls gewahrt erscheinen würde. Eine in obengenanntem Sinne typischerweise das Kindeswohl verletzende Maßnahme sei demütigend, strafend oder entwürdigend. Dieser Charakter wohne der Knabenbeschneidung nicht inne. Ein objektiver Missbrauch des Sorgerechts sei daher in der elterlichen Entscheidung für den Eingriff nicht zu erkennen. Daran ändere auch dessen rituelle Motivation nichts, da die Eltern die Religionszugehörigkeit und die religiöse Kindeserziehung selbst bestimmen dürften. Etwas anderes gelte nur für Durchführungsmodalitäten, die der ärztlichen Kunst widersprächen. Durch das Verbot der rituellen Zirkumzision steigere man jedoch die Gefahr, dass der Eingriff gerade nicht *lege artis*, weil im Verborgenen, erfolge.

Andere Autoren<sup>67,68</sup> halten die elterliche Einwilligung in die rituelle Zirkumzision für zulässig und damit den Eingriff selbst für gerechtfertigt, weil das Kindeswohl nicht nur von der kindlichen körperlichen Unversehrtheit, sondern auch von einem stabilen Umfeld inner- und außerhalb der Familie, zum Beispiel innerhalb einer Glaubensgemeinschaft, abhängig sei. Nicht zu vernachlässigen sei in diesem Zusammenhang der Identifikationscharakter der Beschneidung. Die Religionsausübungsfreiheit, das elterliche Recht auf freie Kindeserziehung und die weitgehende gesellschaftliche Anerkennung dieses Vorgehens mache die Einwilligung der Eltern möglich und positioniere sie nicht als Verletzung des Kindeswohls. Von der Schwere des Eingriffs sei die Beschneidung mit dem Piercing der Ohrläppchen vergleichbar, in das die Eltern

kleiner Kinder einwilligen dürften, ohne sich dem Vorwurf der Kindeswohlmissachtung auszusetzen.

Einen im Vergleich zum Vorgesagten anderen Weg in der Behandlung der rituellen Knabenbeschneidung geht Exner<sup>65</sup>: Er hält trotz mangelnder Rechtfertigungswirkung der elterlichen Einwilligung den Tatbestand der Körperverletzung für ausgeschlossen, da es sich aus seiner Sicht um eine sozialadäquate Handlung handelt. Die rituelle Knabenbeschneidung sei zum einen sozial unauffällig, weil ihr eine soziale Sinnhaftigkeit im Sinne einer Vermittlung von Identität und der Festigung von Gruppenzugehörigkeit innewohne und sie als Ritus in jüdischen und islamischen Familien erwartbar sei; ein gesellschaftliches Aufsehen rufe diese Vorgehensweise in diesem kulturellen Kontext daher nicht hervor. Zudem würde die rituelle Zirkumzision von Jungen jüdischer und islamischer Herkunft allgemein gebilligt. Dass nicht die Gesamtheit der Gesellschaft dieses Ritual praktiziere, sei dabei nicht ausschlaggebend für eine Verneinung der Billigung, vielmehr liege gerade der Zweck der Sozialadäquanz darin, einzelnen gesellschaftlichen Ausprägungen rechtliche Approbation zu verschaffen. Die Durchführung des Ritus durch einen Teil der Gesellschaft unter der Annahme, eine richtige Sache zu verfolgen, und die fehlende generelle Missbilligung durch den anderen, zeuge ebenso wie die bis dato nicht oder nur marginal erfolgende rechtliche und öffentliche Beschäftigung mit dem Thema von der allgemeinen Billigung. Schließlich wäre die Zirkumzision eine geschichtliche Übung und Tradition. Die Voraussetzungen für eine sozialadäquate Handlung lägen somit allesamt vor und eine Tatbestandsverwirklichung im Wortsinne der §§ 223 ff. StGB müsste daher zu verneinen sein.

#### **1.4 Reaktionen auf das Urteil des LG Köln vom 07.05.2012**

Das oben beschriebene Urteil des LG Köln<sup>53</sup> hat eine angeregte Diskussion nicht nur in der juristischen Fachpresse sondern auch in der Öffentlichkeit und der Politik hervorgerufen. In diesem Diskurs zeigt sich eindrucksvoll, welche Probleme eine rein juristische Behandlung der rituellen Knabenbeschneidung mit sich bringt und welche Aspekte mit einander konkurrieren.

##### **1.4.1 Öffentliche Diskussion**

Die Anhänger und Vertreter der betroffenen Religionsgemeinschaften sehen durch das Urteil ihre kulturellen und religiösen Rechte beschnitten. Besonders deutlich wurde in diesem

Zusammenhang Dieter Graumann, Präsident des Zentralrates der Juden in Deutschland: Sollte das Urteil des LG Köln Ausdruck des juristischen Standpunktes zu rituellen Knabenbeschneidungen in Deutschland sein und trotz der mangelnden Bindungswirkung für andere Gerichte die zukünftige rechtliche Sichtweise zu rituellen Beschneidungen in Deutschland darstellen, sei jüdisches Leben in Deutschland praktisch nicht mehr möglich.<sup>69</sup> Die Debatte führe zu einem Klima von Intoleranz und Ausgrenzung, und dem Versuch, zwei Weltreligionen zu kriminalisieren.<sup>70</sup> Gegenüber ausländischen jüdischen Stimmen – insbesondere auch aus Israel – zeigte sich der Zentralrat der Juden in Deutschland aber relativierend: Dessen Generalsekretär Kramer stellte klar, das israelische Oberrabbinat verstehe sich als halachischer Vertreter der Ultraorthodoxie und sei mit dem in Deutschland praktizierten jüdischen Pluralismus nicht daher nicht in Einklang zu bringen.<sup>71</sup>

Auch die muslimischen Glaubensvertreter und -anhänger kritisierten das Urteil als Eingriff in ihre Religionsfreiheit. Sie bezeichnen das ergangene Urteil als Äußerung der ihnen entgegengebrachten gesellschaftlichen Ablehnung.<sup>72</sup> Der FDP-Integrationsexperte Serkan Tören<sup>73</sup> äußerte gegenüber der Tagespresse, würde die religiöse Beschneidung in Deutschland verboten, sei jede weitere integrationspolitische Bemühung überflüssig, weil den Muslimen suggeriert werde, sie gehörten nicht zur deutschen Gesellschaft dazu.

In der Betrachtung der in der öffentlichen, nicht- jüdischen/ muslimischen Meinung zeigt sich die Kernproblematik der gesellschaftlichen Debatte: Es wird bezweifelt, dass ein religiöser Ritus über oder außerhalb der grundgesetzlichen freiheitlichen Werteordnung stehen kann oder sie zu interpretieren vermag und das eine religiöse kindliche Prägung, insbesondere in dem durch die Beschneidung hervorgerufenen Ausmaß, mit der deutschen Verfassung vereinbar ist. Eine zunehmend säkulare Gesellschaft habe zunehmend weniger Verständnis für religiöse Gepflogenheiten, die als veraltet gälten.<sup>74</sup> Tradition sei nur ein rechtssoziologisches aber kein rechtliches Argument.<sup>75</sup> In diesem Sinne widerspräche es der Toleranz und Achtung eines Menschen, ihm ohne seine Zustimmung Eingriffe zuzumuten, die nur im Glauben an besondere religiöse Wahrheiten einen Sinn und Nutzen enthielten. In einer liberalen Gesellschaft müsse sich die Religionsausübung auf die eigene Person beschränken und Eltern dürften nicht einfach ihre Glaubensvorstellungen als gültig festlegen, wenn damit in religionsunabhängige Rechte, wie zum Beispiel dem Recht auf körperliche Unversehrtheit, eingegriffen werde.<sup>76</sup> Im Einklang mit der unter anderem von Putzke vertretenen Meinung (vgl. 1.3.2) wird daher die Abschaffung des Rituals in der bisherigen Form und eine Verschiebung des Eingriffs auf einen Zeitpunkt verlangt,

zu dem der zu Beschneidende selbst über diese Form des religiösen Bekenntnisses entscheiden kann.

Vertreter der Gegenmeinung bemerken, dass auch das Strafrecht nicht im gesellschaftlichen Vakuum zu betrachten sei, vielmehr die gesamtgesellschaftlichen Vorstellungen berücksichtigt werden müssten, auch wenn sich Religion nur innerhalb der staatlichen Grenzen bewegen könne. Dabei dürfe die Abwehr von potentiellen Eingriffen in geschützte Rechtsgüter nicht zur „Religionsabwehr“ mutieren.<sup>77</sup> Das Recht sei dazu geschaffen, Regeln vorzugeben, die ein Miteinander ermöglichen und Minderheiten schützen.<sup>78</sup> In diesem Sinne habe ein glaubender Mensch das Recht auf Respekt und Duldung und sollte sich nicht vor seinen nicht-glaubenden Mitmenschen rechtfertigen müssen.<sup>5</sup> Sowohl die katholische als auch die evangelische Kirche mahnten ebenfalls die Verletzung der Religionsfreiheit an.<sup>79</sup>

Auch betreffend die kindlichen Rechte finden sich im öffentlichen Diskurs Stimmen, die die Richtigkeit der Aussagen des Kölner Urteiles zum Kindeswohl anzweifeln. Das Erziehungsrecht und damit die Interpretation des Kindeswohles lägen in der Hand der Eltern, die im Rahmen der staatlichen Rechtsordnung Entscheidungen für ihre Kinder treffen dürften.<sup>77</sup> Jede kindliche Existenz spiele sich im Kontext ihres elterlichen und familiären Umfeldes ab.<sup>80</sup> Der Philosoph Spaemann<sup>81</sup> führt dazu näher aus, die kindliche Prägung sei immer von der Fremdbestimmtheit abhängig. Eine spätere Entscheidung des Kindes für eine Religionszugehörigkeit sei nicht zu erwarten, wenn es in einem völlig atheistischen Umfeld und einer entsprechenden Erziehung aufwache. Vielmehr sei die anfängliche kindliche Fremdbestimmtheit notwendiger Ausgangspunkt für eine spätere Selbstbestimmung. Das gelte in jeglichem erzieherischen Kontext. Von anderer Seite wird ergänzt, das Kölner Urteil und eine künftige Regelung der betroffenen Glaubenspraktiken fordere von der deutschen Gesellschaft die Entscheidung, welche Position sie gegenüber Religionen einnehmen wolle. In Frage stünde das zivile „Zusammenleben angesichts der unvermeidlichen Konflikte der pluralistischen Gesellschaft, ein Zusammenleben, das die Extreme von kultureller Einförmigkeit und geistigem Bürgerkrieg vermeidet.“<sup>82</sup>

#### **1.4.2 Politische Diskussion und Gesetzgebungsinitiative**

Das Urteil des Kölner LG und die Reaktion der betroffenen Religionsgemeinschaften ebenso wie die der deutschen Öffentlichkeit veranlassten die deutsche Politik zu der Feststellung, es müsse „[...] klar bleiben, dass in Deutschland die freie Religionsausübung geschützt ist. Dazu zählt

auch der Respekt religiöser Traditionen.“<sup>83</sup> Von Seiten der Bundesregierung wurde geäußert, jüdisches und muslimisches Leben sei in Deutschland ausdrücklich erwünscht.<sup>84</sup>

Zur Klarstellung dieser Position wurde von den Koalitionsfraktionen und der SPD am 19.07.2012 ein gemeinsamer Entschließungsantrag in den Bundestag eingebracht, der die Bundesregierung zu einer zügigen gesetzlichen Regelung der rituellen Beschneidung aufforderte.<sup>85</sup>

Der Antrag lautet wie folgt: „Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, im Herbst 2012, unter Berücksichtigung der grundgesetzlich geschützten Rechtsgüter des Kindeswohls, der körperlichen Unversehrtheit, der Religionsfreiheit und des Rechts der Eltern auf Erziehung, einen Gesetzentwurf vorzulegen, der sicherstellt, dass eine medizinisch fachgerechte Beschneidung von Jungen ohne unnötige Schmerzen grundsätzlich zulässig ist.“<sup>86</sup>

Zur Begründung des Anliegens wurde die mit dem Kölner Urteil hervorgerufene Rechtsunsicherheit angeführt, ebenso wie der Wunsch, jüdisches und muslimisches Leben in Deutschland weiterhin zu ermöglichen, in dem die Knabenbeschneidung von zentraler religiöser Bedeutung sei. Klar differenziert wurde die Knabenbeschneidung von anderen religiös bedingten körperlichen Eingriffen, insbesondere der weiblichen Genitalverstümmelung. Ebenfalls zum Ausdruck kam, dass sich die elterliche Entscheidung für den Eingriff als deren Interpretation des Kindeswohles äußere, obwohl die körperliche Unversehrtheit des Knaben irreversibel geschädigt würde und Komplikationen des Eingriffs nicht auszuschließen seien.<sup>86</sup>

Bei der Plenardiskussion im Bundestag machte Günter Krings<sup>87</sup> für die CDU/CSU-Fraktion deutlich, es gehe nicht um eine inhaltliche Akzeptanz des Rituals, die Diskussion darüber müsse aber innerreligiös ohne Druck einer möglichen Strafandrohung geschehen können. Die Wichtigkeit eines religiösen Rituals habe die deutsche Politik nicht zu hinterfragen. Von Seiten der SPD-Fraktion vertreten durch Christine Lambrecht<sup>87</sup> wurde das Bedauern ausgedrückt, dass bei dieser elementare Grundrechtsfragen betreffenden Diskussion eine höchstrichterliche Entscheidung in einer neuen ähnlichen Konstellation nicht abgewartet werden könne, weil eine Stellungnahme des BVerfG zu dem Thema wünschenswert gewesen wäre. Eine Fortdauer des rechtsunsicheren Zustandes würde aber die Gefahr eines „Beschneidungstourismus“ und der Durchführung außerhalb medizinischer Standards erhöhen.

Dennoch gab es auch gegenüber dem Antrag auch ablehnende Stimmen. Die Fraktion Die LINKE äußerte sich durch Jens Petermann<sup>87</sup> dahingehend, dass sie die Verschiebung des Rituals auf einen späteren Zeitpunkt und die Beschneidung der Minderjährigen durch symbolische Akte ersetzt wissen wolle. Eine entsprechende Gesetzgebung lehne sie ab. Die Kinderbeauftragte der SPD, Marlene Rupprecht<sup>87</sup>, mahnte an, ein entsprechendes Gesetz sei eventuell nicht mit der

verfassungsrechtlich anerkannten Rechtssubjektivität der Kinder, der Gewaltfreiheit der kindlichen Erziehung und Art. 24 Abs. 3 der UN-Kinderrechtskonvention vereinbar, der zufolge alle Bräuche, die Kinder verletzen, beseitigt werden müssten.

Auch der deutsche Ethikrat war mit dem Thema beschäftigt worden. Er trat einstimmig für die gesetzliche Zulässigkeit von Beschneidungen unter der Bedingung ein, dass eine „qualifizierte Schmerzbehandlung, eine fachgerechte Durchführung und ein entwicklungsabhängiges Vetorecht“ des Kindes berücksichtigt werde.<sup>88</sup>

Welche Schwierigkeiten eine gesetzliche Regelung mit sich bringen würde, zeigte unter anderem die Berliner Übergangsregelung zur Zulässigkeit von Knabenbeschneidungen: Sie wurde von der Jüdischen Gemeinde Berlin als „nicht in der Absicht, aber im Ergebnis antisemitisch“ bezeichnet.<sup>89</sup> Die Berliner Übergangsregelung machte eine elterliche schriftliche Zustimmung ebenso notwendig wie die Einhaltung von medizinischen Standards und den Nachweis der religiösen Zugehörigkeit und Notwendigkeit des Eingriffs, zum Beispiel durch die Bestätigung der Gemeinde.<sup>90</sup>

In Bundeskabinett wurde am 10.10.2012 der „Entwurf eines Gesetzes [des Bundesjustizministeriums] über den Umfang der der Personensorge bei der Beschneidung eines männlichen Kindes“ beschlossen.<sup>91</sup> Dieser sieht als ergänzende Regelung des Rechts der elterlichen Sorge (§§ 1626ff. BGB) in Gestalt eines neu geschaffenen § 1631d BGB vor, dass Beschneidungen bei nicht einsichts- und zustimmungsfähigen Söhnen unter bestimmten Voraussetzungen als Ausdruck der elterlichen Personensorge erlaubt sein sollen.<sup>92</sup>

Im Einzelnen lautet der am 22.11.2012 in erster Lesung in den Bundestag eingebrachte Paragraph wie folgt:

### **„§ 1631d**

#### **Beschneidung des männlichen Kindes**

(1) Die Personensorge umfasst auch das Recht, in eine medizinisch nicht erforderliche Beschneidung des nicht einsichts- und urteilsfähigen männlichen Kindes einzuwilligen, wenn diese nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt werden soll. Dies gilt nicht, wenn durch die Beschneidung auch unter Berücksichtigung ihres Zwecks das Kindeswohl gefährdet wird.

(2) In den ersten sechs Monaten nach der Geburt des Kindes dürfen auch von einer Religionsgesellschaft dazu vorgesehene Personen Beschneidungen gemäß Absatz 1 durchführen, wenn sie dafür besonders ausgebildet und, ohne Arzt zu sein, für die Durchführung der Beschneidung vergleichbar befähigt sind.“<sup>92</sup>

Ausdrücklich gibt die Regierung in ihrer Gesetzesbegründung an, sich auch nach Einführung einer entsprechenden Beschneidungsregelung ausdrücklich von Mädchenbeschneidungen zu distanzieren und deren Verbot auch nicht durch den Gesetzesentwurf rückgängig machen zu wollen. Es handele sich hierbei um eine der Knabenbeschneidung nicht vergleichbare Maßnahme, die nach bisheriger Rechtslage als gefährliche bzw. schwere Körperverletzung und Misshandlung von Schutzbefohlenen betrachtet werde.<sup>92</sup> Es sei angestrebt worden, die abgegebenen Stellungnahmen der Länder und Verbände, des Ethikrates, der Interessenverbände, der Religionsgemeinschaften etc. entsprechend zu berücksichtigen.<sup>93</sup>

Ein anderer Gesetzesentwurf wurde von der Bundestagsabgeordneten Rupprecht et al.<sup>94</sup> eingebracht (Entwurf eines Gesetzes über den Umfang der Personensorge und die Rechte des männlichen Kindes bei einer Beschneidung). Er sah im Gegensatz zum obengenannten Gesetzesentwurf der Bundesregierung eine Beschneidung erst nach Vollendung des 14. Lebensjahres vor und verlangte neben der elterlichen, die wirksame Einwilligung des Kindes. Der genaue Wortlaut des nach diesem Entwurf geplanten § 1631d BGB lautet:

#### **„§ 1631d**

##### **Beschneidung des männlichen Kindes**

Die Personensorge umfasst auch das Recht, in eine medizinisch nicht erforderliche Beschneidung des männlichen Kindes einzuwilligen, wenn es das 14. Lebensjahr vollendet hat, einsichts- und urteilsfähig ist, der Beschneidung zugestimmt hat und diese nach den Regeln der ärztlichen Kunst von einer Ärztin oder einem Arzt mit der Befähigung zum Facharzt für Kinderchirurgie oder Urologie durchgeführt werden soll. Dies gilt nicht, wenn durch die Beschneidung auch unter Berücksichtigung ihres Zwecks das Kindeswohl gefährdet wird.“<sup>94</sup>

Zur Begründung dieser neuerlichen Einbringung wurde angeführt, die Bundesregierung habe mit ihrem Entwurf die kindlichen Rechte nur unzureichend berücksichtigt. Hervorgehoben wird in der Entwurfsbegründung die Anerkennung des Kindes als eigenständigen Grundrechtsträger und die Notwendigkeit der Achtung auch von Seiten der Eltern. Demzufolge sei das Kindeswohl bei der Durchführung von Riten, die eine dauerhafte und physische Kennzeichnung zur Folge hätten, nicht gewahrt und in Einklang mit dem GG und Art. 24 Abs. 3 UN-Kinderrechtskonvention ein alleiniges Entscheidungsrecht der Eltern abzulehnen.<sup>94</sup>

Am 28.12.2012 ist das Gesetz über den Umfang der der Personensorge bei der Beschneidung eines männlichen Kindes in Gestalt des neuen § 1631d BGB in Kraft getreten.<sup>95</sup> Bis zu diesem Zeitpunkt war die bisherige Rechtslage entscheidend.

### **1.4.3 Internationaler Vergleich**

Die neue deutsche Gesetzgebung zur rituellen Knabenbeschneidung ist die zweite ihrer Art im internationalen Bereich. In San Francisco scheiterte 2011 ein Referendum, die Beschneidung von Minderjährigen unter Strafe zu stellen. Ebenfalls war in Israel per Petition vor dem Obersten Gericht ein Verbot der Beschneidungspraxis angestrebt worden. Wenig überraschend wurde aber auch diese Initiative abgelehnt.<sup>96</sup>

Bislang hatte einzig Schweden eine gesetzliche Regelung der (religiös- rituellen) Zirkumzision vorgenommen, Lag om omskärelse av pojkar (Gesetz (2001:499) über die Beschneidung von Jungen), die am 01.10.2011 in Kraft getreten ist. Das Gesetz sieht vor, dass Jungen im Alter bis 18 Jahre (§ 1 S. 2) mit Zustimmung der Erziehungsberechtigten beschnitten werden dürfen, sofern der Kindeswille nicht entgegensteht, §§1, 3. Der Eingriff hat unter hygienischen Bedingungen und unter Einsatz von schmerzlindernden Maßnahmen zu erfolgen, § 4. Zur Beschneidung sind nur zugelassene Ärzte oder Personen berechtigt, die von Religionsgemeinschaften für den Eingriff vorgeschlagen werden und vom schwedischen Zentralamt für Gesundheit eine entsprechende Sondergenehmigung erhalten haben, §§ 5, 6. Ab einem Alter von 2 Monaten ist nur noch eine ärztliche Durchführung erlaubt, § 5 S. 2.

## 1.5 Fragestellung

Anlass für die wissenschaftliche Beschäftigung mit rituellen Beschneidungen und damit ausschlaggebend für die vorliegende Arbeit war folgender Fall:

Vor dem AG Tiergarten<sup>97</sup> wurde im Jahre 2008 ein Religionslehrer der Jüdischen Gemeinde Berlin wegen fahrlässiger Körperverletzung gemäß § 229 StGB angeklagt. Nach dessen ambulanter Beschneidung eines acht Tage alten Säuglings kam es zu erheblichen Nachblutungen bei dem behandelten Jungen. Jenem wurde nun vorgeworfen, bei der notwendig gewordenen Nachbehandlung selbst einen Kompressionsverband angelegt zu haben, statt, wie geboten, die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe zu empfehlen. Diese Behandlung führte zu einem Urinstau und der trotz Kompressionsverbandes eingetretene Blutverlust im Folgenden zu einer lebensbedrohlichen Anämie, die einen mehrtägigen Krankenhausaufenthalt und mehrere Bluttransfusionen erforderlich gemacht hatte. Dies soll der Staatsanwaltschaft zufolge durch sofortiges ärztliches Eingreifen vermeidbar gewesen sein. Im Ergebnis kam es zum Freispruch des Angeklagten, weil der von ihm vorgenommene Eingriff und die Nachbehandlung aus medizinischer Sicht lege artis durchgeführt worden war und nicht mit erforderlicher Sicherheit nachgewiesen werden konnte, dass eine ärztliche Nachsorge den lebensbedrohlichen Zustand des Kindes hätte vermeiden können.

Die Gefahr, in die das Kind durch diese Behandlung gebracht wurde, gibt ebenso wie das Urteil des LG Köln<sup>53</sup> Anlass zur Diskussion, ob und unter welchen Umständen die Zirkumzision von männlichen Minderjährigen und die elterliche Einwilligung aus religiös- ritueller Motivation, nach der gültigen Rechtslage ein strafbares Verhalten darstellen kann oder ob sie wegen unverhältnismäßigen Komplikationsrisiken abzulehnen ist.

Forschungsgegenstand der Arbeit sind daher zunächst die in der medizinischen Literatur beschriebenen Komplikationen bzw. Operationsrisiken, die Häufigkeit ihres Auftretens und deren Schwere. Von Interesse sind dabei Komplikationen, die insbesondere auch bei der Operation in einer Industrienation wie Deutschland erwartet werden können und nicht auf Bedingungen beruhen, die sich in Entwicklungs- oder Schwellenländern möglicherweise additiv nachteilig auswirken. Es erfolgt daher eine Ergebniszusammenstellung der diesbezüglich unter vergleichbaren Bedingungen durchgeführten Studien zu Beschneidungskomplikationen.

Als schwerwiegende Komplikationen gelten solche, die zur Behandlung einen (erneuten) stationären Krankenhausaufenthalt erforderten oder postoperative Zustände, die revidiert werden mussten.

Gegenstand ist weiterhin das Auftreten von Komplikationen getrennt nach Altersgruppen der Beschnittenen, da auch die religiös-rituellen Hintergründe unterschiedliche Beschneidungsalter betreffen. Vor allem die Beschneidung von Neugeborenen und (Klein-) Kindern ist im rituellen Kontext und daher hinsichtlich der Komplikationsraten interessant. Da im Judentum aus Krankheitsgründen eine Verschiebung des Eingriffs in die Säuglingsperiode möglich ist, ist aber auch diese Altersgruppe der Beschnittenen zu untersuchen (vgl. 1.1). Für die Zulässigkeitsfrage einer medizinisch nicht indizierten rituellen Beschneidung an Minderjährigen wird daher auch maßgeblich sein, ob Zirkumzisionen gerade in einem bestimmten Alter wegen des besonders hohen Komplikationsrisikos als nicht tragbar erscheinen.

Anschließend erfolgt eine Auseinandersetzung mit den maßgeblichen strafrechtlichen Aspekten nach alter Rechtslage, die mit dem Vorgang der medizinisch nicht indizierten Beschneidung Minderjähriger in Zusammenhang stehen. Neben der Einordnung der Zirkumzision in die Systematik der Körperverletzungstatbestände (§§ 223 ff. StGB) werden die Voraussetzungen der rechtswirksamen stellvertretenden Einwilligung der Erziehungsberechtigten problematisiert. Bei Eingriffen in Rechtsgüter nicht einwilligungsfähiger Minderjähriger ist diese elterliche Entscheidung, die sich am Kindeswohl orientieren muss, ausschlaggebend. Nur für den Fall das sich die Beschneidung als Ausdruck des Kindeswohls oder zumindest als ein Eingriff darstellt, der selbiges nicht verletzt, ist eine hinreichende Dispositionsbefugnis der Eltern anzunehmen. Dabei wird auch auf die widerstreitenden Interessen auf Grundrechtsebene einzugehen sein (Religionsausübungsfreiheit, Recht auf freie Kindeserziehung, Recht auf körperliche Unversehrtheit, allgemeines Persönlichkeitsrecht).

Bei Unverhältnismäßigkeit der Maßnahme nach der vormals geltenden Rechtslage könnte eine differenzierte Bejahung der strafrechtlichen Verantwortung anzunehmen gewesen sein. Diese theoretischen Erwägungen beziehen sich auf die während der Abfassung der Arbeit geltende Rechtslage, bei der das „Gesetz über den Umfang der Personensorge bei der Beschneidung eines männlichen Kindes“<sup>98,99</sup> noch nicht in Kraft getreten war.

Gegenstand der Diskussion ist neben der Auswertung der Komplikationsrisiken, ob auch schon vor Geltung des neuen Gesetzes eine für alle Beteiligten zufriedenstellende Lösung, insbesondere über die Abwägung der betroffenen Grundrechte, gefunden werden kann. Abschließend wird auf mögliche Änderungen in der juristischen Behandlung der Zirkumzision durch das neue Gesetz eingegangen.

Folgende Hypothesen sollen durch die Arbeit belegt werden:

1. Schwerwiegende Komplikationen sind vergleichsweise selten, da es sich um einen eher kleinen Eingriff handelt.
2. Alle Altersklassen haben ein gleich hohes Risiko, eine Beschneidungskomplikation zu erleiden.
3. Die Personensorgeberechtigten können in die Beschneidung ihres minderjährigen Kindes wirksam einwilligen.

## 2. MATERIAL UND METHODEN

Die Literaturrecherche fand im Zeitraum von Oktober 2010 bis Oktober 2012 statt. Dabei sind auf Grund der fachlichen Unterschiede für den medizinischen und juristischen Teil der Arbeit unterschiedliche Herangehensweisen vorgenommen worden.

Die juristische Materie ist aufgrund des theoretischen, geisteswissenschaftlichen Zuganges nur über Urteile und Lehrmeinungen in der Fachliteratur erfassbar, die sich auf die Anwendung der zur Verfügung stehenden Gesetzestexte beziehen. Das bringt es mit sich, dass eine rein theoretische Auseinandersetzung mit juristischen Fragestellungen erfolgt und das Ergebnis der Literaturrecherche und juristischen Forschung – und somit auch der gegenwärtige rechtliche Standpunkt – eine Abwägung zwischen den unterschiedlichen Meinungen und Interpretationen der gesetzlichen Gegebenheiten darstellt.

Im Gegensatz dazu bezieht sich die Literatursuche für den medizinischen Teil auf Veröffentlichungen durchgeführter Studien zur oben genannten Fragestellung. Daraus ergibt sich die Möglichkeit, diese Arbeiten in Tabellenform zu gruppieren und zu erfassen und anhand dieser eine Aussage zu Komplikationshäufigkeiten und Gemeinsamkeiten und Unterschiede treffen zu können. Es handelt sich also nicht im engeren Sinne um eine theoretische Behandlung und Vertiefung der Thematik, sondern um eine Zusammenfassung und Plausibilitätskontrolle anderweitig erhobener Forschungsergebnisse.

Zur vertieften Auseinandersetzung mit den rituellen Praktiken und Hintergründen wurden mit Experten in den jeweiligen Religionen Interviews geführt. Für die jüdische Religion war als Vertreterin von der jüdischen Gemeinde Berlin Mohelet, Rabbinerin und Urologin Frau Dr. med. Antje Yael Deusel benannt worden, die sich zu einem ausführlichen Gespräch bereit erklärte. Die islamische Sicht konnte in einer Unterhaltung mit Prof. Dr. theol. Andreas Feldtkeller, Lehrstuhlinhaber des Lehrstuhles für Religions- und Missionswissenschaft sowie Ökumenik an der Humboldt Universität zu Berlin beleuchtet werden. Zudem stellten sich der IFB-Präsident, Herr Fazli Altin, und der in der Türkei ausgebildete Mufti und ehemalige Imam der Türkisch-Islamischen Union der Anstalt für Religion e.V. (Diyanet İşleri Türk İslam Birliği, kurz: DITIB) und Milli Görüs in Berlin, Herr Mehmet Erol, zu einem umfangreichen Gespräch zur Verfügung. (vgl. Anhang)

Eine Vertiefung der Problematik der kollidierenden Grundrechte von Eltern und Kind erfolgte im Telefonat mit Prof. Dr. Heiner Bielefeldt, UN-Sonderbeauftragter für Religions- und

Weltanschauungsfreiheit und Lehrstuhlinhaber des Lehrstuhles für Menschenrechte und Menschenrechtspolitik an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen- Nürnberg.

## **2.1 Juristische Literatur**

Hauptaugenmerk wurde zunächst auf die juristische Betrachtung der rituellen und medizinisch nicht indizierten Beschneidung im deutschen Rechtsraum gelegt (Recherchezeitraum Oktober 2010 bis Mai 2011). Es erfolgte eine Sondierung der juristischen Datenbanken „juris.de“ (über die Universitätsbibliothek der Humboldt-Universität zu Berlin) und „beck-online.de“ (über den Server der Charité, Universitätsmedizin Berlin) nach Urteilen und Fachartikeln zu Beschneidungen und den damit verbundenen Themen Körperverletzung, Rechtswidrigkeit und Einwilligung. Suchbegriffe waren Beschneidung, Zirkumzision, Körperverletzung, Arzt, Einwilligung, Rechtfertigung, Kindeswohl, „Personensorge“, Religionsfreiheit, Glaubensfreiheit, Kindeserziehung, Recht auf körperliche Unversehrtheit“, § 223 StGB, § 224 StGB, §1626 BGB, § 1629 BGB, Art. 2 GG, „Art. 4 GG, Art. 6 GG – einzeln und in verschiedenster Kombination. Es schloss sich die Materialsammlung über direkte Verweise auf thematisch zugehörige Veröffentlichungen und die in den Literaturnachweisen angegebenen Primärquellen an. Ergänzend wurde die juristische Kommentarliteratur zu oben genannten Stichworten herangezogen und auf diese Weise weitere Primärquellen ermittelt. Zwei juristische Dissertationen zum Thema Beschneidungen rundeten die juristische Recherche ebenso ab, wie die ergänzende Lektüre juristischer Fachbücher.

Einschränkend sei an dieser Stelle anzumerken, dass die medizinisch indizierte Zirkumzision rechtlich von der nicht indizierten, rituellen strikt zu trennen ist. Bei ersterer ist grundsätzlich eine elterliche Dispositionsbefugnis und damit Rechtfertigungswirkung der stellvertretenden Einwilligung anzunehmen. Die Zirkumzision aus medizinischen und nicht-rituellen Gründen wird allenfalls zu Vergleichs- und Argumentationszwecken herangezogen und ist nicht Gegenstand der Betrachtung. Die mit medizinischen Eingriffen verbundenen Sonderthemen der Begrifflichkeit des ärztlichen Heileingriffes, der Indikation und der ordnungsgemäßen Aufklärung über Risiken und Durchführung der jeweiligen Maßnahme finden ebenfalls nur am Rande und insoweit Erwähnung, als sie für die nicht indizierte Behandlung maßgeblich sind.

Neues Gewicht und neue Relevanz bekam der juristische Aspekt der Arbeit durch das Urteil des Kölner Landgerichts zur Strafbarkeit von rituellen Beschneidungen (Urteil vom 07.05.2012 –

151 Ns 169/11). Eine erneute Recherche juristisch- wissenschaftlicher Veröffentlichungen im Hinblick auf Ergänzungen und Neuerungen in der juristischen Diskussion wurde daher von Juli bis Oktober 2012 entgegen des ursprünglichen Vorhabens unerlässlich. Zusätzlich sei anzumerken, dass gegen Ende der Bearbeitung durch das Inkrafttreten des „Gesetzes über den Umfang der Personensorge bei der Beschneidung eines männlichen Kindes“ die dahin problematische Rechtslage eindeutig klärte, wenn auch damit verbundene neue Probleme in dessen praktischer Anwendung noch nicht absehbar sind.

## **2.2 Medizinische Literatur**

### **2.2.1 Allgemeine Recherchegrundsätze**

Die medizinische Recherche wurde im oben genannten Zeitraum, jedoch verstärkt von Mai bis September 2012, vorgenommen. Von Interesse waren nicht ausschließlich rituelle Knabenbeschneidungen, sondern Beschneidungen an männlichen Kindern bis 14 Jahre allgemein, um einen möglichst großen und vielschichtigen Datenpool für die Auswertung der medizinischen Forschungssituation zur Verfügung zu haben. Unberücksichtigt blieben solche Artikel, die sich mit Beschneidungen in Zusammenhang mit bestimmten Vorerkrankungen oder unter der Einnahme bestimmter Medikamente befassten, weil dies eine gesonderte Thematik betrifft, die im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht behandelt werden soll.

Die Recherche betraf Studien, die sich mit dem Auftreten von Komplikationen bei und nach Zirkumzisionen befassten. Die Recherche wurde auf die häufigsten auftretenden Komplikationen beschränkt, um eine Auswertung der Datenlage zu ermöglichen. Die Quellensuche erfolgte bei „Pubmed“, in der Cochrane Library und bei „Google Scholar“ unter Eingabe und verschiedener Kombination folgender Begriffe: Zirkumzision/ Circumcision, Komplikationen/ complications/ adverse effects, Vorhaut/ prepuce/ foreskin, männlich/ male, Neugeborenes/ newborn/ neonatal, Kleinkind/ Säugling/ infant, Kind/ child, pediatric. Ergänzend wurden die unter anderem Stichworte, Blutung/ bleeding/ haemorrhage, Infektion/ infection, Sepsis/ sepsis, Nekrose/ necrosis, Verletzung/ mutilation (Para-)Phimose/ (Para-) Phimosis, Harnwegsinfekt/ Urinary AND Tract AND Infection, Fistel/ fistula, Meatusstenose/ Meatal AND Stenosis herangezogen und die verwandten MeSH Terms verwendet. Die gefundenen Quellen und in ihnen enthaltene Querverweise wurden ebenfalls in die Suchmaske eingegeben, um über die datenbanksinternen Verweise auf zugehörige Veröffentlichungen zu stoßen.

### 2.2.2 Einschluss-/ Ausschlusskriterien

Aus dem erhaltenen Quellenpool wurden Arbeiten ausgewählt, die Ergebnisse aus klinischen Studien betrafen, das Studiendesign selbst war dabei für die Auswahl nicht entscheidend. Es wurden somit retrospektive ebenso wie prospektive Studien berücksichtigt, nicht verwendet wurden Metaanalysen und Reviews.

Eingeschlossen wurden nur Quellen in deutscher oder englischer Sprache. Eine Einschränkung hinsichtlich des Quellenalters, der Studienart und der Stichprobengröße erfolgte nicht. Case Reports wurden wegen der zu vernachlässigenden statistischen Aussage nicht berücksichtigt.

Voraussetzung für die Aufnahme der Studien in diese Arbeit war, dass die Komplikationsrate in den Ergebnissen der Arbeit entweder angegeben oder aus diesen ermittelbar war. Studien, die keine Angaben zu der Gesamtzahl der Beschneidungen enthielten, mussten daher ausgeschlossen werden.

Es fanden ausschließlich Arbeiten Berücksichtigung, die in Regionen durchgeführt wurden, in denen die Lebensumstände der Studienteilnehmer mit der Situation in Deutschland vergleichbar erscheinen, da sich die vorliegende Arbeit mit dem Für und Wider von Beschneidungen in Deutschland beschäftigt. Daher wurden generell solche Arbeiten ausgeschlossen, die in Ländern durchgeführt wurden, die nach den zugänglichen Quellen der OECD / DAC zum Zeitpunkt der Studiendurchführung/ -verfassung Teilnehmer von Entwicklungshilfen (im Folgenden „Entwicklungsländer“) waren. Zu diesen Ländern gehören nach Aussage der OECD / DAC<sup>100</sup> alle die, die von der Weltbank als Länder mit mittlerem und geringem Bruttonationaleinkommen pro Kopf definiert werden, ausgenommen die, die zu den G8-Staaten zählen oder die Mitgliedsländer der EU sind bzw. für die zu letzterer ein fester Beitrittstermin feststeht. Zusätzlich werden hier die nach Definition der UN geringst entwickelten Länder gelistet. Nicht entscheidend für den Ausschluss aus der Betrachtung war, welchen Rang innerhalb der Entwicklungsländer die jeweiligen Studienländer bekleideten, also, ob es sich um Schwellenländer oder Entwicklungsländer im engeren Sinne handelt, sondern vielmehr, dass alle Länder, die nicht als Entwicklungsländer im weitesten Sinne eingestuft wurden<sup>100</sup>, für die vorliegende Arbeit als „Industrienationen“ gelten. Betroffen von diesem Ausschlusskriterium waren insbesondere Studien aus afrikanischen und arabischen Ländern, der Türkei und vor dem Jahre 2004 Israel.

Diese Einschränkung und Klassifizierung ist nicht als Wertung bezüglich der medizinischen, Gesundheits- und Lebensstandards in den einzelnen Regionen zu verstehen, sondern fiel zugunsten einer Konzentration auf die Problematik in Deutschland.

Wie der Einleitung zu entnehmen ist, können bei den Beschnittenen im kulturell- rituellen Kontext verschiedene Altersgruppen unterschieden werden (Juden: Neugeborene am achten Lebenstag, Muslime: meist zwischen dem dritten und 13. Lebensjahr, vgl. 1.1). In Anlehnung an die rituellen Altersvorgaben und die gängige Einteilung von kindlichen Lebensepochen wurden vier mögliche Altersgruppen festgelegt, die in den Studienkollektiven so oder ähnlich berücksichtigt wurden: Neugeborene (bis zum Alter von vier Wochen), Säuglinge (vier Wochen bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres), Kleinkinder (erstes bis sechstes Lebensjahr) und Kinder (sechstes bis 14. Lebensjahr). Es wurden solche Quellen ausgeschlossen, die hinsichtlich ihres Studienkollektives „Kinder“ als Gesamtkollektiv betrachten, oder keine Ergebnisse lieferten, die diesen Altersgruppen zugeordnet werden konnten. Heranwachsende ab dem 14. Lebensjahr wurden gänzlich nicht betrachtet.

### **2.2.3 Ergebnisauswertung**

Die Komplikationen wurden wie folgt gruppiert, ohne hinsichtlich Akut- und Spätkomplikationen und deren Schwere zu unterscheiden:

- Blutungen (mit und ohne Notwendigkeit von Bluttransfusionen)
- Infektionen (lokal, systemisch, insbesondere auch Harnwegsinfekte)
- Lokale Komplikationen, die nicht Blutungen oder Infektionen sind (Narbenbildung, Hautbrückenbildung, Wunddehizens, Zystenbildung, überschießende Bildung von Granulationsgewebe (Narbenkeloid), Hautatrophie, Hautwucherung, Nekrose, „redundant foreskin“, nicht ausreichende/ überschießende Resektion, Para-/Phimose, Meatusstenose, Penisdeformierung, „buried penis“)
- Operationszwischenfälle (Verletzungen, urethrale Fisteln, hilfsmittelbedingte Zwischenfälle und deren Folgen)

Aufgrund der obigen Zusammenstellung bilden die Gruppe der lokalen Komplikationen vor allem Spätkomplikationen bzw. Komplikationen, die nicht perioperativ auftreten.

Die Ergebnisse der Studien wurden diesen Gruppen zugeordnet und in Tabellen erfasst. Dabei wurden die festgelegten Altersgruppen zwar getrennt, aufgrund der Studienlage Kleinkinder und Kinder aber in einer Tabelle zusammen betrachtet.

Auch Teile von Studienergebnissen wurden berücksichtigt, sofern sie Daten zu liefern geeignet waren, die den in den Methoden festgelegten Kriterien entsprachen. Im Vergleich zu den Originalergebnissen der Studien unterschiedliche Angaben hinsichtlich Komplikationsraten und -zahlen resultieren aus diesem Vorgehen. Widersprachen sich in den ausgewählten Artikeln die Angaben in Tabellen und im Text, wurden die Zahlen aus den Tabellen verwendet. Dieses Vorgehen wurde aber nur beschränkt, wenn keine erhebliche Abweichung der in den Studien beschriebenen Zahlen in den Tabellen und im Text ersichtlich war. Bei signifikanten Widersprüchen wurden die Studien von der Aufnahme in die Ergebnisse ausgeschlossen. Es wurden, sofern möglich, Komplikationszahlen der Studien verwendet und nicht die Anzahl der Patienten mit unter Umständen mehreren Zwischenfällen betrachtet.

Neben den Erstautoren der Studien und dem Herkunftsland wurde in die Tabellen, sofern angegeben, die Methode des Eingriffs aufgenommen, um einen Vergleich der Komplikationsraten der einzelnen Durchführungsmodalitäten zu ermöglichen. Da die Altersspanne bei Säuglingen und (Klein-) Kindern größer ist als bei Neugeborenen, wurde bei diesen außerdem das Beschneidungsalter notiert, um mögliche vertiefte Hinweise auf eine Altersabhängigkeit der Komplikationen zu erhalten.

Zur besseren Vergleichbarkeit der Studien wurden statistische Werte erhoben. Zunächst wurde aus den gefundenen Ergebnissen, sofern nicht schon in der Studie selbst geschehen, die Gesamtkomplikationsrate und die Rate für jede einzelne Komplikationsgruppe berechnet. Anschließend erfolgte die Aufsummierung der Ergebnisse innerhalb der einzelnen Spalten und die Berechnung des Mittelwerts und des Median der prozentualen Häufigkeiten der Komplikationsgruppen. Da auch Teilergebnisse von Studien erhoben und in die Auswertung aufgenommen wurden und sich einzelne Studien nur mit einzelnen Komplikationsformen beschäftigen, entsprechen sich teilweise die Ergebnisse der Gesamtkomplikationsrate und der prozentualen Häufigkeit der einzelnen Komplikationen.

Im Anschluss wurden die Ergebnisse der einzelnen Komplikationsarten, soweit nach den Auskünften der zugrundeliegenden Arbeiten möglich, in schwerwiegende und leichte unterteilt. In diesem Teil der Betrachtung fanden die in der Fragestellung erwähnten Kriterien zur Bewertung der Schwere der Komplikationen Beachtung. Nur solche Komplikationen wurden genauer analysiert, deren Behandlung explizit in den Arbeiten beschrieben war. Die Wertung der Autoren, ob die aufgetretenen Komplikationen schwer oder leicht waren, wurde grundsätzlich unberücksichtigt gelassen, da deren Definition und Einschätzung unter Umständen nicht

vergleichbar ist (vgl. 1.2.4). Die Erhebungen wurden erneut nach den oben beschriebenen Altersgruppen getrennt. Für (Klein-) Kinder entfiel wegen der Studienlage die Notwendigkeit einer zusätzlichen Tabellenerstellung zur gesteigerten Übersicht.

Wiederum wurde die Gesamtzahl der jeweiligen Komplikationsformen, der Mittelwert der berichteten prozentualen Häufigkeiten und deren Median berechnet. Studienergebnisse zu einzelnen Komplikationsformen, die keine differenzierte Aussage zur Schwere der Komplikationen (vgl. 1.5) zuließen, wurden in diese Tabellen nicht aufgenommen.

Abschließend werden die Komplikationshäufigkeiten der unterschiedlichen Altersgruppen verglichen. Hierbei werden die prozentualen Häufigkeiten der Komplikationsformen unabhängig von der Schwere der Erscheinung tabellarisch erfasst. Es handelt sich bei den Zahlen um die Komplikationshäufigkeiten, die als Gesamtwerte aller in den entsprechenden Altersgruppen verwendeten Studien ermittelt wurden. Um eine zahlenmäßige Vergleichbarkeit zu ermöglichen, wurden die Komplikationsraten der Altersgruppen zueinander in Relation gesetzt.

### **3. MEDIZINISCHER FORSCHUNGSTEIL: KOMPLIKATIONSHÄUFIGKEITEN BEI KNABENBESCHNEIDUNGEN IN INDUSTRIENATIONEN**

Bei der Literatursuche wurden insgesamt 16 Studien gefunden, die den festgelegten Kriterien entsprachen. Die Studie von Horowitz und Gershbein<sup>101</sup> wurde hinsichtlich ihrer Ergebnisse getrennt und sowohl für die Betrachtungen von Neugeborenen- als auch von Säuglingsbeschneidungen verwendet.

#### **3.1. Studien zur Neugeborenenbeschneidung**

Dreizehn Studien zu Neugeborenenbeschneidungen aus Ländern, die nach den Ausschlusskriterien zu nicht Entwicklungsländern gehören, konnten ausgewertet werden; sie stammen überwiegend aus den Vereinigten Staaten von Amerika (US) (neun Studien) und aus Israel (IL) (drei Studien). Lediglich eine Arbeit stammt aus Kanada (CA). Vier der Studien sind nicht älter als zehn Jahre, sechs Studien dagegen über 15 Jahre alt. Das Ergebnis findet sich in Tabelle 1. Es handelt sich bei dieser Vergleichsgruppe um eine Stichprobengröße von insgesamt 260688 Neugeborenen, bei denen 1040 Komplikationen und somit eine Gesamtkomplikationsrate von 0,4% zu verzeichnen waren. Für sich genommen scheint es sich dabei um eine recht geringe Zahl zu handeln, finden doch Komplikationen jeglicher Schwere Eingang in diese Betrachtung. Auffällig ist, dass nur bei den drei Studien mit der größten Stichprobenzahl, der von Ben Chaim et al.<sup>102</sup>, Christakis et al.<sup>103</sup> und Wiswell und Geschke<sup>104</sup>, eine ähnlich geringe bzw. sogar geringere Komplikationsrate festzustellen ist. Alle anderen Studienergebnisse befinden sich deutlich über dieser numerisch errechneten Gesamtkomplikationsrate. Der errechnete Mittelwert der Gesamtkomplikationsraten liegt mit 15,02% weit darüber und auch der Median beträgt mit 2,78% das fast Siebenfache.

##### **3.1.1 Komplikationsraten und Stichprobengrößen**

Die Studie von Christakis et al.<sup>103</sup> mit der größten Stichprobe (130574 Beschnittene) ebenso wie die ähnlich große Studie von Wiswell und Geschke<sup>104</sup> (100157 Beschnittene) haben mit knapp 0,2% die geringsten Gesamtkomplikationsraten zu verzeichnen. Die Studie von Ben Chaim et al.<sup>102</sup>, mit 19478 Beschnittenen die drittgrößte, liegt mit 0,34% wie die beiden zuvor erwähnten unter der errechneten Gesamtkomplikationsrate von 0,4%.

**Tabelle 1: Komplikationen nach Neugeborenenbeschneidung** (geordnet nach aufsteigender Gesamtkomplikationshäufigkeit)

Erstautor Jahr, Land	n Beschnittene insgesamt	Technik	Komplikationen absolut (%)	Blutung absolut (%)	Infektionen absolut (%)	Lokale Komplikationen absolut (%)	Operationszwischenfälle absolut (%)
<i>Wiswell</i> <sup>104</sup> 1989, US	100157	k. A.	<b>196 (0,20)</b>	83 (0,08)	90 (0,09)	22 (0,02)	1 (0,001)
<i>Christakis</i> <sup>103</sup> 2000, US	130574	med.	<b>288 (0,22)</b>	230 (0,18)	2 (0,002)		56 (0,04)
<i>Ben Chaim</i> <sup>102</sup> 2005, IL	19478	rit./ med.	<b>66 (0,34)</b>	16 (0,08)	2 (0,01)	47 (0,24)	1 (0,01)
<i>Horowitz</i> <sup>101</sup> 2001, US	98	med. (Gomco)	<b>1 (1,02)</b>			1 (1,02)	
<i>Gee</i> <sup>105</sup> 1976, US	5521	med. (Gomco/ Plastibell)	<b>102 (1,85)</b>	59 (1,07)	23 (0,42)	12 (0,22)	8 (0,14)
<i>O'Brien</i> <sup>106</sup> 1995, US	1951	med. (Gomco/ Plastibell/ elektr.)	<b>52 (2,66)</b>	37 (1,90)		15 (0,77)	
<i>Van Howe</i> <sup>107</sup> 2006, US	1009	k. A.	<b>28 (2,78)</b>			28 (2,78)	
<i>Metcalfe</i> <sup>108</sup> 1983, US	361	rit./ med.	<b>14 (3,88)</b>	6 (1,66)	4 (1,11)		4 (1,11)
<i>Van Howe</i> <sup>109</sup> 2007, US	1009	k. A.	<b>79 (7,83)</b>		79 (7,83)		
<i>MacKenzie</i> <sup>110</sup> 1966, US	140	med. (Gomco/ Plastibell)	<b>28 (20)</b>			28 (20)	
<i>Harel</i> <sup>26</sup> 2002, IL	179	rit./ med.	<b>55 (30,73)</b>		55 (30,73)		
<i>Prais</i> <sup>27</sup> 2009, IL	111	rit. / med.	<b>48 (43,24)</b>		48 (43,24)		
<i>Patel</i> <sup>35</sup> 1966, CA	100	rit./ med. (Gomco/ Plastibell)	<b>83 (83)</b>	35 (35)	8 (8)	40 (40)	
<b>Insgesamt</b>	<b>260688</b>		<b>1040 (0,40)</b>	<b>466 (0,18)</b>	<b>311 (0,12)</b>	<b>193 (0,07)</b>	<b>70 (0,03)</b>
<b>Median</b>			2,78%	1,07%	1,11%	0,90%	0,04%
<b>Mittelwert</b>			15,21%	5,71%	10,16%	8,13%	0,26%

CA= Kanada, IL= Israel, US= Vereinigte Staaten von Amerika (Länderkürzel nach ISO 3166<sup>111</sup>)

Die Arbeit von Horowitz und Gershbein<sup>101</sup>, die nach den genannten in der Vergleichsgruppe mit 1,02% die nächst höhere Gesamtkomplikationsrate zeigt, ist die kleinste berücksichtigte Studie (98 Beschnittene), die ausgewerteten Ergebnisse sind allerdings nur Teilergebnisse, die Studie umfasste ursprünglich eine Untersuchung von Neugeborenen und Säuglingen. Mit einer Gesamtzahl von 130 Beschnittenen gehört die Studie dennoch zu den fünf kleineren unter 200 Teilnehmern.

Besonders starke Abweichungen von den errechneten Gesamtwerten sowohl hinsichtlich der Gesamtkomplikationsrate als auch von Mittelwert und Median zeigen die anderen vier Studien dieser Stichprobengröße (Harel et al.<sup>26</sup>, MacKenzie<sup>110</sup>, Patel<sup>35</sup> und Prais et al.<sup>27</sup>). Harel et al. und Prais et al. zeigen mit 30,73% bzw. 43,24% eine etwa 100-fache Abweichung von der Gesamtkomplikationsrate, die Studie von Patel mit 83% sogar eine über 200fache. Harel et al. haben mit 179 Teilnehmern von diesen die größte Studie durchgeführt.

O'Brien et al.<sup>106</sup> und van Howe, 2006<sup>107</sup> liegen mit Werten von 2,66% und 2,78% hinsichtlich der Komplikationsraten nah beieinander. Trotz ähnlicher Häufigkeiten hat die Studie von O'Brien et al. (1951 Beschnittene) aber im Vergleich zu der von van Howe 2006 (1009 Teilnehmer) eine fast doppelt so große Stichprobe. Eine weitere Studie von van Howe aus dem Jahre 2007<sup>109</sup>, die die gleiche Stichprobengröße wie die aus 2006 aufweist und sich lediglich mit Infektionen beschäftigt, hat im Vergleich eine fast dreifach höhere Komplikationsrate und liegt mit 7,83% bei dem beinahe 20-fachen der Gesamtkomplikationshäufigkeit.

### **3.1.2 Komplikationsraten und Durchführungsmodalitäten**

Ben Chaim et al.<sup>102</sup>, Harel et al.<sup>26</sup>, Metcalf et al.<sup>108</sup>, Patel<sup>35</sup> und Prais et al.<sup>27</sup> beschreiben sowohl rituelle als auch medizinische Beschneidungen. Sie weisen eine Gesamtkomplikationsrate zwischen 0,34% (Ben Chaim) und 83% (Patel) auf. Bei Studien, die lediglich die medizinische Durchführung betreffen (Christakis et al.<sup>103</sup>, Gee und Ansell<sup>105</sup>, Horowitz und Gershbein<sup>101</sup>, MacKenzie<sup>110</sup>, O'Brien et al.<sup>106</sup>), liegt die Komplikationshäufigkeit hingegen im Bereich von 0,22% (Christakis) bis 2,66% (O'Brien), MacKenzie hat mit 20% eine besonders hohe Komplikationsrate bei ärztlicher Durchführung zu verzeichnen. Innerhalb dieser Gruppen zeigen sich große Differenzen zwischen den einzelnen Ergebnissen.

Van Howe<sup>107,109</sup> und Wiswell und Geschke<sup>104</sup> geben die Zirkumzisionsart in ihren Studien nicht an, die Komplikationsraten haben hier aber mit Werten zwischen 0,2% und 7,83% im Vergleich

zu den soeben genannten Gruppen eine relativ geringe Spannbreite und liegen eher im unteren Bereich der Werte.

### **3.1.3 Komplikationsraten und Studieninhalte**

Die Studien, die sich ausschließlich mit Infektionsraten beschäftigen, weisen mit Komplikationsraten von 7,83% (van Howe, 2007<sup>109</sup>), 30,73% (Harel et al.<sup>26</sup>) und 43,24% (Prais et al.<sup>27</sup>) recht hohe Komplikationsraten und eine starke Varianz der Ergebnisse auf. Eine ebenfalls hohe relative Häufigkeit zeigt sich bei der Studie von MacKenzie et al.<sup>110</sup> (20%), die sich nur mit lokalen Komplikationen beschäftigt. Allerdings betrachten auch van Howe, 2006<sup>107</sup> und Horowitz und Gershbein<sup>101</sup> (bei Neugeborenen) ausschließlich diese Entität und erzielen hier lediglich eine Komplikationsrate von 2,78% bzw. 1,02%.

Studien, die sich mit mehr als einer aber nicht mit allen Komplikationen beschäftigen (Christakis et al.<sup>103</sup>, Metcalf et al.<sup>108</sup>, O'Brien et al.<sup>106</sup> und Patel<sup>35</sup>) erzielen eine Gesamthäufigkeit von 0,22% bis 83%.

Die Arbeiten von Ben Chaim et al.<sup>102</sup>, Gee und Ansell<sup>105</sup>, Wiswell und Geschke<sup>104</sup> berücksichtigen alle Komplikationsformen und beschreiben eine Gesamtrate von 0,2% bis 1,97%.

### **3.1.4 Häufigkeit der Einzelkomplikationen insgesamt**

Betrachtet man nun die Gesamthäufigkeiten der einzelnen Komplikationsgruppen, zeigt sich, dass Blutungen mit insgesamt 0,18% die häufigste Komplikation von Zirkumzisionen bei Neugeborenen darstellen und in abnehmender Häufigkeit Infektionen (0,12%), lokale Komplikationen (0,07%) und Operationszwischenfälle (0,03%) auftreten. In den einzelnen Vergleichsgruppen zeigt sich eine große Streubreite der Ergebnisse.

Bei den Blutungen ist der Komplikationsratenmittelwert mit 5,71% im Vergleich zur Gesamtrate um fast das 30-fache erhöht, der Median liegt mit 1,07% um das Fünffache darüber. Die Studien von Ben Chaim et al.<sup>102</sup> (0,08%), Christakis et al.<sup>103</sup> (0,18%) und Wiswell und Geschke<sup>104</sup> (0,08%) weisen die niedrigsten Komplikationsraten auf und ihre Ergebnisse liegen nah beieinander. Außerdem sind ihre Ergebnisse im Bereich der Gesamtkomplikationsrate der Blutungen von 0,18% zu verorten.

Untereinander vergleichbare, nahe dem Median gelegene Ergebnisse liefern die Erhebungen von Gee und Ansell<sup>105</sup> (1,07%), Metcalf et al.<sup>108</sup> (1,66%) und O'Brien et al.<sup>106</sup> (1,9%). Die Resultate betragen allerdings das Zehn- bis 20-fache der Ergebnisse von Ben Chaim et al., Christakis et al. und Wiswell und Geschke. Ausreißer bei den Blutungskomplikationen ist Patel<sup>35</sup> mit einer Häufigkeit von 35%.

Infektionen als zweithäufigste Komplikationsentität zeigen in den Studien von Ben Chaim et al.<sup>102</sup> (0,01%), Christakis et al.<sup>103</sup> (0,002%) und Wiswell und Geschke<sup>104</sup> (0,09%) die schon oben beobachtete Vergleichbarkeit hinsichtlich ihrer Erhebungen. Sie liegen unter der errechneten Gesamtkomplikationsrate von 0,12%. Wie auch schon bei den Blutungskomplikationen liefern Gee und Ansell<sup>105</sup> (0,42%) und Metcalf et al.<sup>108</sup> (1,11%) die nächsthöheren Komplikationsraten und bilden eine Vergleichsgruppe nahe dem Median. Besonders hohe Infektionsraten haben Harel et al.<sup>26</sup> mit 30,73% und Prais et al.<sup>27</sup> mit 43,24% zu verzeichnen; sie liegen um etwa den Faktor 300 über der Gesamtfektionsrate. Mit 8% und 7,83% haben Patel<sup>35</sup> und van Howe (2007)<sup>109</sup> beinahe identische Ergebnisse, was die Häufigkeit auftretender Infektionen betrifft. Beide Studien liegen noch unter dem Mittelwert der Infektionshäufigkeiten.

Bezüglich der lokalen Komplikationen nähern sich Gee und Ansell<sup>105</sup> mit 0,22% an die Ergebnisse von Ben Chaim et al.<sup>102</sup> (0,24%) an, wohingegen Wiswell und Geschke<sup>104</sup> mit 0,02% deutlich darunter liegen. Im mittleren Bereich liegen die Erhebungen von O'Brien et al.<sup>106</sup> (0,77%) und Horowitz und Gershbein<sup>101</sup> (1,02%). Einen extrem hohen Wert in dieser Sparte zeigt Patel<sup>35</sup> mit 40%, aber auch MacKenzie<sup>110</sup> liegt mit 20% deutlich über Gesamtkomplikationsrate, Median und Mittelwert. Auch van Howe (2007)<sup>109</sup> hat eine vergleichsweise hohe Komplikationsrate von 2,78% zu verzeichnen, dem zehnfachen des Median.

Bei Betrachtung der Operationszwischenfälle fällt auf, dass es sich um eine eher seltene Komplikation handelt (Gesamtkomplikationsrate 0,03%). In den Bereich der Gesamthäufigkeit fallen mit ihren Ergebnissen denn auch Ben Chaim et al.<sup>102</sup> (0,01%) und Christakis et al.<sup>103</sup> (0,04%). Wiswell und Geschke<sup>104</sup> (0,001%) liegen sogar um den zehnfachen Wert unter diesen. Metcalf et al.<sup>108</sup> (1,11%) erzielten deutlich über dem Gesamtwert, Median (0,09%) und Mittelwert (0,39%) liegende Ergebnisse.

### 3.1.5 Häufigkeit der Einzelkomplikationen getrennt nach deren Schwere

Sechs Studien mussten aus dieser Betrachtung ausgeschlossen werden, weil sie die Schwere der Komplikationen nicht in einer Weise angegeben hatten, die eine unzweifelhafte Beurteilung der Schwere und Behandlungsmodalitäten nach den zugrunde gelegten Kriterien ermöglichten. Es handelt sich um die Studien von Harel et al.<sup>26</sup>, MacKenzie<sup>110</sup>, O'Brien et al.<sup>106</sup>, Prais et al., van Howe, 2006<sup>107</sup> und van Howe, 2007<sup>109</sup>. Auch die berücksichtigten Studien konnten aber nicht zu allen Komplikationsentitäten Aussagen liefern, die eindeutigen Angaben zugrunde lagen. Hier wurden daher nur Studienteile ausgewertet. Hinsichtlich der Häufigkeiten der einzelnen Komplikationen getrennt nach Schwere bietet sich folgendes Ergebnis (Tabelle 2):

Blutungen sind bei Neugeborenen Komplikationen eher leichter Natur bzw. können konservativ ohne stationären Aufenthalt behandelt werden. Dies zeigt sich sowohl in der Betrachtung der Gesamttendenz (81,35% leichte im Vergleich zu schweren Blutungen mit 18,65%), als auch bei der Betrachtung der einzelnen Studien.<sup>35,103–105,108</sup> Einzige Ausnahme von dieser Regel ist die Studie von Ben Chaim et al.<sup>102</sup>, bei der sich leichte und schwere Blutungskomplikationen die Waage halten. Das Auftreten „lokaler Komplikationen“ ist in 95% mit einer chirurgischen Revision verbunden, bei Ben Chaim et al.<sup>102</sup> sogar zu 100%. Bei den operativen/ methodenabhängigen Zwischenfällen zeigt sich fast ausnahmslos ein schwerer Verlauf (98,57%).

Infektionen waren hinsichtlich ihrer Schwere aufgrund der Aussagen der Studien nicht bewertbar.

**Tabelle 2: Häufigkeiten der Einzelkomplikationen getrennt nach Schwere – Neugeborene** (alphabetisch geordnet)

<b>Erstautor, Jahr, Land</b>	<b>Blutung Gesamt (n absolut) schwer (%) / leicht (%)</b>	<b>Infektion Gesamt (n absolut) schwer (%) / leicht (%)</b>	<b>Lokale Komplikationen Gesamt (n absolut) schwer (%) / leicht (%)</b>	<b>Operationszwischenfälle Gesamt (n absolut) Schwer (%) / leicht (%)</b>
<i>Ben Chaim</i> <sup>102</sup> 2005, IL	16 8 (50%) / 8 (50%)	2*	47 47 (100%) / 0 (0%)	1 1 (100%) / 0 (0%)
<i>Christakis</i> <sup>103</sup> 2000, US	230 21 (9,13%) / 209 (90,87%)	2*		56 56 (100%) / 0 (0%)
<i>Gee</i> <sup>105</sup> 1976, US	59 15 (25,42%) / 44 (74,58%)	23*	12 10 (83,33%) / 2 (16,67%)	8 7 (87,5%) / 1 (12,5%)
<i>Horowitz</i> <sup>101</sup> 2001, US			1 0 (0%) / 1 (100%)	
<i>Metcalf</i> <sup>108</sup> 1983, US	6 1 (16,67%) / 5 (83,33%)	4*		4 4 (100%) / 0 (0%)
<i>Patel</i> <sup>35</sup> 1966, CA	35 4 (11,43%) / 31 (88,57%)	8*	40*	
<i>Wiswell</i> <sup>104</sup> 1989, US	83 31 (37,35%) / 52 (62,65%)	90*	22*	1 1 (100%) / 0 (0%)
<b>Insgesamt n absolut Schwer (%) / Leicht (%)</b>	<b>429</b> <b>80 (18,65%) / 349 (81,35%)</b>		<b>60</b> <b>57 (95%) / 3 (5%)</b>	<b>70</b> <b>69 (98,57%) / 1 (1,43%)</b>
<b>Median (%) Schwer/ leicht</b>	21,05% / 78,95%		83,33% / 16,67%	100% / 0%
<b>Mittelwert (%) Schwer/ leicht</b>	25% / 75%		61,11% / 38,89%	97,5% / 2,5%

\*Keine eindeutigen Aussagen zu Behandlung und/oder Schwere

CA= Kanada, IL= Israel, US= Vereinigte Staaten von Amerika (Länderkürzel nach ISO 3166<sup>111</sup>)

## **3.2 Studienergebnisse zur Säuglingsbeschneidung**

Als Material zur Forschung über Säuglingsbeschneidungen ließen sich drei Studien<sup>101,112,113</sup> finden. Sie wurden in Tabelle 3 zusammengefasst. Alle stammen aus dem angloamerikanischen Raum, d. h. aus Großbritannien (GB) bzw. den Vereinigten Staaten von Amerika (US). Die Vergleichsgruppe hat eine Gesamtgröße von 1329 Teilnehmern und bei einer absoluten Gesamtkomplikationshäufigkeit von 137 eine Komplikationsrate von 10,31%, der Mittelwert der Gesamtkomplikationen liegt bei 22,44%, der Median bei 18,45%.

### **3.2.1 Gesamtkomplikationsraten**

Die Gesamtkomplikationshäufigkeiten der einzelnen Studien liegen bei Werten zwischen 8,24% (Palit et al.<sup>112</sup>) und 40,63% (Horowitz und Gershbein<sup>101</sup>).

Die Arbeit von Shah et al.<sup>113</sup> hat mit 18,45% gegenüber der von Palit et al.<sup>112</sup> mit 8,24% eine mehr als doppelt so hohe Gesamtkomplikationsrate zu verzeichnen. Dabei sind die Durchführungsmodalitäten (Plastibell) und das Alter der Beschnittenen (sechs bis 14 Wochen) identisch. Zu beachten ist auch, dass die Studien bezüglich ihres Studieninhaltes direkt vergleichbar sind, da beide Studien das komplette Spektrum der Komplikationsarten beschreiben. Hinsichtlich der Stichprobengröße variieren die Studien aber deutlich, die Erhebung von Palit et al. betrifft eine um beinahe den Faktor 10 größere Teilnehmerzahl. Auch ist die Studie von Shah et al. sieben Jahre älter als diejenige von Palit et al.

Bezüglich des Studienalters liegt die Studie von Horowitz und Gershbein<sup>101</sup> (2001) nahe bei der von Shah et al.<sup>113</sup> (1999). Sie unterscheidet sich von den vorgenannten durch die Methode (Gomco-Klemme) und das Beschneidungsalter der Teilnehmer; die Kinder sind im Mittel älter (3- 8,5 Monate = 12- 34 Wochen, im Mittel 23 Wochen). Mit 32 Teilnehmern ist die Stichprobe im Vergleich zu den beiden anderen Studien um den Faktor 5 bzw. 35 kleiner, allerdings handelt es sich bei den verwendeten Säuglingsdaten nur um einen Teil der im Original erhobenen Werte (vgl. 3.1.1).

### **3.2.2 Häufigkeit der Einzelkomplikationen insgesamt**

Die häufigsten Komplikationen in dieser Altersklasse sind Operationszwischenfälle (4,44%), gefolgt von Blutungen (3,99%), Infektionen (1,66%) und lokalen Komplikationen (0,23%).

Diese Tendenz ist der Studie von Horowitz und Gershbein<sup>101</sup> nicht zu entnehmen. Es wurden in der vorliegenden Auswertung nur Teilergebnisse berücksichtigt und nur lokale Komplikationen und Blutungen als Komplikationsformen angegeben. Dennoch ist zu bemerken, dass die Blutungskomplikation (37,5%) zehnfach häufiger auftritt als lokale Komplikationen (3,13%).

Bei Palit et al.<sup>112</sup> treten Blutungen (3,01%) und Operationszwischenfälle (3,63%) in etwa gleich häufig auf, gefolgt von Infektionen (1,51%) und lokalen Komplikationen (0,09%).

Bei Shah et al.<sup>113</sup> sind die Operationszwischenfälle (10,71%) mehr als doppelt so häufig aufgetreten wie die Blutung (4,17%), letztere etwa 1,5-fach häufiger als die Infektion (2,98%). Sehr selten kam es bei ihnen zu lokalen Komplikationen (0,60%).

### **3.2.3 Häufigkeit der Einzelkomplikationen getrennt nach deren Schwere**

Bei den Säuglingsbeschneidungen bietet sich im Vergleich zu denen bei Neugeborenen hinsichtlich der Einzelbetrachtungen der Komplikationen ein etwas anderes Bild (Tabelle 4). Hier zeigt sich, dass schwerwiegende Verläufe häufiger anzutreffen sind als leichte.

64% der Blutungen erforderten eine stationäre bzw. operative Nachbehandlung. Bei der Studie von Horowitz und Gershbein<sup>101</sup> sogar 100%. Shah et al.<sup>113</sup> haben ein ähnliches Ergebnis erzielt: Bei ihnen waren die Blutungen in der Mehrzahl (71,43%) in oben beschriebenem Sinne behandlungsbedürftig, bei Palit et al.<sup>112</sup> fehlen eindeutige Angaben zur Behandlung der Zwischenfälle.

Bei den operativen Zwischenfällen war zu 84,75% ein chirurgischer Eingriff erforderlich. Dabei ist allerdings anzumerken, dass es sich bei Studien von Palit et al. und Shah et al. um Studien handelt, die die Plastibell-Methode verwendeten und es sich bei den operativen Zwischenfällen auch ausschließlich um solche handelte, die mit einem verrutschten oder nicht separierten Plastibellring einhergingen; Verletzungen hatten beide nicht zu verzeichnen.<sup>112,113</sup>

**Tabelle 3 Komplikationen nach Säuglingsbeschneidung** (geordnet nach aufsteigender Gesamtkomplikationshäufigkeit)

Erstautor, Jahr, Land	N Beschnittene insgesamt	Beschneidungsalter/ Technik	Komplikationen absolut (%)	Blutungen absolut (%)	Infektionen absolut (%)	Lokale Komplikationen absolut (%)	Operations- zwischenfälle absolut (%)
<i>Palit</i> <sup>112</sup> 2007, GB	1129	6-14 Wo./ Plastibell	<b>93 (8,24)</b>	34 (3,01)	17 (1,51)	1 (0,09)	41 (3,63)
<i>Shah</i> <sup>113</sup> 1999, GB	168	6-14 Wo./Plastibell	<b>31 (18,45)</b>	7 (4,17)	5 (2,98)	1 (0,60)	18 (10,71)
<i>Horowitz</i> <sup>101</sup> 2001, US	32	3-8,5 M/ Gomco	<b>13 (40,63)</b>	12 (37,5)		1 (3,13)	
<b>Insgesamt</b>	<b>1329</b>		<b>137 (10,31)</b>	<b>53 (3,99)</b>	<b>22 (1,66)</b>	<b>3 (0,23)</b>	<b>59 (4,44)</b>
<b>Median</b>			18,45%	4,17%	2,25%	0,60%	7,17%
<b>Mittelwert</b>			22,44%	14,89%	2,25%	1,27%	7,17%

GB= Großbritannien, US= Vereinigte Staaten von Amerika (Länderkürzel nach ISO 3166<sup>111</sup>)

**Tabelle 4: Häufigkeiten der Einzelkomplikationen getrennt nach Schwere – Säuglinge** (in alphabetischer Ordnung)

Erstautor, Jahr, Land	Blutung Gesamt (n absolut) schwer (%) / leicht (%)	Infektion Gesamt (n absolut) schwer (%) / leicht (%)	Lokale Komplikationen Gesamt (n absolut) schwer (%) / leicht (%)	Operationszwischenfälle Gesamt (n absolut) Schwer (%) / leicht (%)
<i>Horowitz</i> <sup>101</sup> 2001, US	12 12 (100%) / 0 (0 %)		1 0 (0%) / 1 (100%)	
<i>Palit</i> <sup>112</sup> 2007, GB	34*	17*	1 1 (100%) / 0 (0%)	41 41 (100%) / 0 (0%)
<i>Shah</i> <sup>113</sup> 1999, GB	7 5 (71,43%) / 2 (28,57%)	5*	1 0 (0%) / 1 (100%)	18 9 (50%) / 9 (50%)
<b>Insgesamt absolut</b>	19		3	59
<b>Schwer (%) / Leicht (%)</b>	17 (89,47%) / 2 (10,53%)		1 (33,33%) / 2 (66,67%)	50 (84,75%) / 9 (15,25%)
<b>Median (%) Schwer/ leicht</b>	85,72% / 14,28%		33,33/ 66,67%	75% / 25%
<b>Mittelwert (%) Schwer/ leicht</b>	85,72% / 14,28%		33,33/ 66,67%	75% / 25%

\*Keine eindeutigen Angaben zur Schwere der Komplikationen

GB= Großbritannien, US= Vereinigte Staaten von Amerika (Länderkürzel nach ISO 3166<sup>111</sup>)

Infektionen konnten bei der Betrachtung der Schwere der Einzelkomplikationen nicht ausgewertet werden, da keine hinreichende Auskunft über deren Schwere (nach den in 1.5 festgelegten Kriterien) ersichtlich war. Betreffend die lokalen Komplikationen ist das Verhältnis von schweren zu leichten Komplikationen 1:2.

### **3.3 Studienergebnisse zur Beschneidung von (Klein-) Kindern**

Lediglich eine Studie zu Beschneidungen an (Klein-) Kindern konnte ausgemacht werden, die den Ein- und Ausschlusskriterien entsprach. Die Ergebnisse werden daher in einer Tabelle (Tabelle 5) zusammengefasst.

Die Arbeit von Cathcart et al.<sup>114</sup> wurde im Jahre 2006 in GB veröffentlicht und umfasst 30635 Kleinkinder im Alter von fünf bis neun Jahren und 13074 Kinder im Alter von zehn bis 14 Jahren, in dieser Altersgruppe also insgesamt 43709 Kinder.

Die differenzierten Erhebungen galten ausschließlich Blutungskomplikationen, es konnte eine Häufigkeit von insgesamt 0,78% festgestellt werden. Dabei zeigt sich, dass Beschneidungen an älteren Kindern eine geringgradig höhere Blutungsneigung (0,93%) haben, als die bei Kleinkindern (0,71%). Zur Schwere der Verläufe ist aufgrund der Angaben in der Studie keine Aussage zu machen. Zwar wird in der Studie angegeben, 62,8% der Beschnittenen mit Blutungskomplikationen hätten revidiert werden müssen, allerdings ist dies nicht eine nach Altersgruppen unterscheidbare Aussage.

Bezüglich der anderen in der Studie betrachteten Komplikationen sind keine differenzierten Angaben ersichtlich. Es wird lediglich von Infektionen und anderen Komplikationen gesprochen, was eine Evaluation wie für die Altersgruppen der Säuglinge und Neugeborenen (Tabelle 1-4) hinsichtlich dieser Komplikationen nicht ermöglicht.

**Tabelle 5: Komplikationen nach Bescheidungen bei (Klein-) Kindern**

Erstautor, Jahr, Land	n Beschnittene insgesamt	Beschneidungsalter/ Technik	Komplikationen absolut (%)	Blutungen absolut (%)
<i>Cathcart</i> <sup>114</sup> 2006, GB	30635	5-9 J/ k. A.	<b>218 (0,71)</b>	218 (0,71)
	13074	10-14 J/ k. A.	<b>121 (0,93)</b>	121 (0,93)
<b><i>Insgesamt</i></b>	<b>43709</b>		<b>339 (0,78)</b>	<b>339 (0,78)</b>
<b>Median/ Mittelwert</b>			169,5 (0,82)	169,5 (0,82)

GB= Großbritannien (Länderkürzel nach ISO 3166<sup>111</sup>)

### 3.4 Altersgruppenvergleich

Zunächst sollen die Komplikationshäufigkeiten in den einzelnen Altersgruppen dargelegt werden. Die einzelnen Werte sind aus der unten erstellten Tabelle (Tabelle 6) abzulesen. Entnommen sind diese den Tabellen 1, 3 und 5. Es handelt sich bei den Zahlen um die Komplikationshäufigkeiten, die als Gesamtwerte aller in den entsprechenden Altersgruppen verwendeten Studien ermittelt wurden.

**Tabelle 6: Komplikationshäufigkeiten (in %) in den drei untersuchten Altersgruppen**

Altersgruppe	Komplikationen insgesamt	Blutungen	Infektionen	Lok. Gewebs- veränderungen	Operations- zwischenfälle
<b>Neugeborene</b>	0,40	0,18	0,12	0,07	0,03
<b>Säuglinge</b>	10,31	3,99	1,66	0,23	4,44
<b>Klein-/Schul- Kinder</b>	0,78	0,78			

Wie Tabelle 6 entnommen werden kann, sind Komplikationen sowohl in ihrer Gesamtheit als auch bezüglich der einzelnen Komplikationsgruppen bei Neugeborenen seltener als bei den anderen Altersgruppen anzutreffen. Insbesondere bei den Blutungskomplikationen und den OP-Zwischenfällen aber auch bei der Gesamtkomplikationsrate zeigen sich zwischen der Neugeborenenengruppe und den Säuglingen große Unterschiede. Im Vergleich zwischen Neugeborenen und (Klein-)Kindern ist der Unterschied dagegen nicht so auffällig.

Gerade Säuglinge scheinen ein erheblich höheres Komplikationsrisiko zu haben, vor allem wenn man diese Altersgruppe mit der der Neugeborenen vergleicht. 150-fach häufiger treten Operationszwischenfälle auf, zu denen Verletzungen und methodenabhängige Zwischenfälle zählen (vgl. 2.2.3). Es sei erneut darauf hingewiesen, dass sich die Zwischenfälle laut Aussage der Studien vor allem auf leicht behebbare Zwischenfälle mit dem Plastibell-Ring beziehen. Diese Komplikationen sind besonders von äußeren Bedingungen, wie der Sorgfältigkeit und Fertigkeit des Operateurs und den zur Verfügung stehenden Geräte, abhängig. Ein Vergleich mit der Häufigkeit von Operationszwischenfällen bei (Klein-) Kindern ist aufgrund der Studienlage leider nicht möglich.

Blutungen und Infektionen sind ebenfalls um den Faktor 20 bzw. 14 häufiger bei Säuglingen als bei Neugeborenen zu verzeichnen.

Mit zunehmendem Alter scheinen Komplikationen wieder seltener aufzutreten und sich den Häufigkeiten bei Neugeborenen anzunähern, wie der Vergleich der Altersgruppen von Neugeborenen und (Klein-) Kindern zeigt. Der Unterschied liegt lediglich bei Faktor 2 für die Gesamthäufigkeit. Allerdings betrifft die Studienlage zu Komplikationen bei (Klein-) Kindern lediglich Blutungshäufigkeiten, die in Relation zu Blutungshäufigkeiten bei Neugeborenen immerhin eine Differenz um das Vierfache ausmacht. Verglichen mit den Säuglingen ist diese Komplikationsform bei (Klein-) Kindern fünffach seltener.

## **4. JURISTISCHER FORSCHUNGSTEIL: GELTENDE STRAFRECHTLICHE SITUATION BEI RELIGIÖS-RITUELLEN KNABENBESCHNEIDUNGEN IN DEUTSCHLAND**

Im Folgenden wird die Knabenbeschneidung unter deutschen strafrechtlichen Aspekten beleuchtet. In Frage steht, ob und inwieweit die Vornahme einer Zirkumzision – ob durchgeführt von Ärzten oder Nichtmedizineren – als strafbare Körperverletzung im Sinne der §§ 223 ff. StGB einzustufen ist. Besonderes Interesse gilt hier der wirksamen Einwilligung in diese Behandlung, vor allem der stellvertretenden Einwilligung der Personensorgeberechtigten, die trotz Verwirklichung des Straftatbestandes eine Strafbarkeit des Vornehmenden durch Rechtfertigung entfallen ließe. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass synonym für die Personensorgeberechtigten die Verwendung der Begriffe „Eltern“ oder „Erziehungsberechtigte“ erfolgt.

Im Zusammenhang mit rituellen Beschneidungen wird bei der stellvertretenden Einwilligung das elterliche Recht auf freie Kindeserziehung, Art. 6 Abs. 2 S. 1, 2. Var. GG und deren Religionsfreiheit und Freiheit der Religionsausübung (Art. 4 Abs. 1 und 2 GG) zu erläutern sein. Diese Grundrechte sind mit dem Kindeswohl, als Ausformung des allgemeinen Persönlichkeitsrechts (Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG), dessen Recht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 S. 1, 2. Var. GG) und der kindlichen Glaubensfreiheit (Art. 4 Abs. 1 und 2 GG) in Einklang zu bringen, so dass allen vorgenannten Rechten die gebührende Stellung eingeräumt werden kann.

Vorgenommen werden zunächst lediglich die theoretische Betrachtung der zugrundeliegenden rechtlichen Aspekte und gesetzlichen Vorgaben, sowie die Schilderung eventuell unterschiedlicher Standpunkte in der Fachliteratur bzw. Rechtsprechung. Die vertiefte Auseinandersetzung mit den einzelnen Aspekten und eine eigene Stellungnahme erfolgt ebenso wie ein Vergleich mit der Gesetzesneuerung in der Diskussion der Arbeit.

### **4.1 Verwirklichung des Grundtatbestandes der Körperverletzung**

#### **4.1.1 Tatbestandsmäßigkeit der Zirkumzision**

Zunächst soll betrachtet werden, inwieweit die Zirkumzision eine Körperverletzung im Sinne des § 223 Abs. 1 StGB sein kann. Der Wortlaut dieses Straftatbestandes lautet:

„Wer eine andere Person körperlich misshandelt oder an der Gesundheit schädigt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu 5 Jahren oder Geldstrafe bestraft.“

Unter körperlicher Misshandlung wird jede substanzverletzende Einwirkung auf den Körper des Opfers bzw. jede üble, unangemessene Behandlung verstanden, durch die das körperliche Wohlbefinden oder die körperliche Unversehrtheit mehr als nur unerheblich beeinträchtigt wird.<sup>50-52,115,116</sup> Per definitionem ist körperliche Unversehrtheit der Zustand körperlicher Integrität und somatischer Funktionsfähigkeit, der zum Zeitpunkt der Einwirkung bestand<sup>51</sup>, genauer die „Freiheit von Einwirkungen auf die Leiblichkeit“<sup>52</sup>. Übel und unangemessen bzw. nicht nur unerheblich ist deren Beeinträchtigung, wenn der Handelnde mit einem rechtlich missbilligten Verhalten eine rechtlich missbilligte Gefahr schafft, der angerichtete Schaden also den Nutzen überwiegt<sup>59</sup>. Bei unmittelbaren Einwirkungen auf den Körper des „Opfers“ im Sinne einer Substanzminderung ist eine körperliche Misshandlung anzunehmen. Schmerzzufügung ist dabei nicht notwendig, kann aber zur Bejahung ausreichen.<sup>50,117</sup>

Eine Gesundheitsschädigung liegt hingegen vor, wenn ein vom Normalzustand der körperlichen Funktionen des Opfers nachteilig abweichender krankhafter Zustand körperlicher oder seelischer Art hervorgerufen oder gesteigert wird.<sup>118,119</sup> Dies gilt auch dann, wenn der pathologische Zustand nur vorübergehender Natur ist.<sup>51</sup> Einerlei ist darüber hinaus, ob die Gesundheit erheblich beeinträchtigt ist, oder nicht.<sup>63</sup>

#### **4.1.2 Tatbestandsmäßigkeit des ärztlichen Heileingriffs**

Unter ärztlichem Heileingriff werden in die Körperintegrität eingreifende Behandlungen verstanden, die vorgenommen werden, um Krankheiten, Leiden, Körperschäden, körperliche Beschwerden oder seelische Störungen zu verhüten, zu erkennen, zu heilen oder zu lindern. Der Eingriff gilt als indiziert, wenn er nach den Erkenntnissen und Erfahrungen der Heilkunde und den Grundsätzen eines gewissenhaften Arztes zur Erreichung eines der genannten Zwecke angezeigt ist. Er wurde kunstgerecht (*lege artis*) ausgeführt, wenn bei seiner Vornahme die anerkannten Regeln der Heilkunst beachtet worden sind.<sup>50</sup> Eine Zirkumzision vorgenommen durch einen Arzt könnte der strafrechtlichen Wertung als Körperverletzung entzogen sein, was sie von einer Beschneidung durch besonders geschulte religiöse Zirkumzisenoren aber medizinische Laien unterscheidet. Dies ist in der Rechtslehre zwischen Rechtsprechung und wohl herrschender Literatur umstritten.

Der ständigen Rechtsprechung zufolge erfüllt seit der Entscheidung des Reichsgerichts aus dem Jahre 1861<sup>120</sup> jeder medizinische Heileingriff, unabhängig davon, ob er erfolgreich und kunstgerecht erfolgt ist, den Tatbestand der Körperverletzung im Sinne des § 223 Abs. 1 StGB; allerdings entfällt die Strafbarkeit des Mediziners bei einer wirksamen Einwilligung.<sup>120-124</sup> Die Motivation hinter der Behandlung, im Sinne einer Heilungsabsicht, sei dabei nicht entscheidend.<sup>120</sup> Es gehe darum, grundsätzlich das Recht auf körperliche Unversehrtheit gemäß Art. 2 Abs. 2 S. 1, 2. Var. GG und das auf freie Selbstbestimmung zu garantieren.<sup>122,125,126</sup> Zunehmend schließen sich auch Autoren aus der juristischen Literatur der Meinung der Rechtsprechung an.<sup>51,127-130</sup> Die wohl herrschende Lehre geht aber davon aus, dass jedenfalls die erfolgreiche ärztliche Heilbehandlung nicht den Tatbestand der §§ 223 ff. StGB erfüllt.<sup>131-134</sup> Dabei werden unterschiedlichste Begründungsansätze gewählt, die aber im Wesentlichen wie folgt zusammengefasst werden können: Die Tatbestandsmäßigkeit der Heilbehandlung soll daran scheitern, dass die Körperverletzungsdelikte das Interesse an körperlicher Integrität schützen und Schäden des Opfers vermeiden sollen und daher eine Gesamtbetrachtung der Behandlung vorzunehmen sei.<sup>134</sup> Maßgebliches Kriterium ist, ob der Heileingriff nach den Regeln ärztlicher Kunst vorgenommen wurde.<sup>128</sup> Im letzteren Falle wäre die Tatbestandsmäßigkeit abzulehnen.

#### **4.2 Qualifikationstatbestand – gefährliche Körperverletzung**

Da Beschneidungen mittels eines Skalpells oder ähnlichem Schneidewerkzeug durchgeführt werden und damit dem Eingriff möglicherweise eine besondere Gefährlichkeit innewohnt, könnte eine Strafbarkeit des Beschneidenden wegen gefährlicher Körperverletzung gemäß §§ 223 Abs. 1, 224 Abs. 1 Nr. 2, 2. Var. StGB (Körperverletzung mittels eines gefährlichen Werkzeugs) in Betracht kommen.

Ein Werkzeug im oben genannten Sinne ist nach ständiger Rechtsprechung und der überwiegenden Meinung in der Literatur dann gefährlich, wenn es nach seiner objektiven Beschaffenheit und der Art seiner Benutzung im Einzelfall geeignet ist, erheblichere Körperverletzungen zuzufügen.<sup>50,51,135-137</sup> Zusätzlich soll durch die Verwendung eine erhebliche Verletzung intendiert worden sein oder sich aus der konkreten Verwendung ergeben.<sup>138</sup> Messern wird eine immanente Gefährlichkeit zugesprochen, wenn sie zum Schneiden oder Stechen verwendet werden.<sup>51,139</sup>

Nach Auffassung des BGH und der herrschenden Lehre sind Behandlungs- und Operationsinstrumente in der Hand eines Mediziners generell nicht als gefährliche Werkzeuge zu

qualifizieren, sofern sie von diesem bestimmungsgemäß gebraucht werden.<sup>50,53,137,140–143</sup> Ausgangspunkt der Rechtsprechung ist dabei, dass der Arzt das Instrumentarium nicht aus Kampf- oder Angriffsmotivation heraus führt.<sup>140,141</sup> Demzufolge müsste hinsichtlich der Tatbestandsverwirklichung zwischen ärztlichem Personal und medizinischen Laien unterschieden werden, da letztere diese Geräte nicht in dieser professionellen Funktion benutzen können und daher objektiv den Tatbestand der gefährlichen Körperverletzung verwirklichen. Es wird jedoch bezweifelt, ob dieser Qualifikationsausschluss generell zutreffend sein kann oder nicht vielmehr Maßnahmen, die mit Hilfe von medizinischen Fachinstrumenten ausgeführt werden, grundsätzlich auch für die Ärzteschaft als gefährliche Körperverletzung aufzufassen sind. Maßgeblich sei insbesondere die Schwere des Eingriffs.<sup>138,144</sup>

### **4.3 Rituelle Zirkumzision als sozialadäquate Maßnahme**

Wäre die Zirkumzision eine sozialadäquate Handlung, wäre sie trotz Verwirklichung des Straftatbestandes der gefährlichen Körperverletzung, §§ 223 Abs. 1, 224 Abs. 1 Nr. 2, 2. Var. StGB, als straflos zu betrachten.

Bei dieser Rechtsfigur handelt es sich um eine Möglichkeit, Umstände aus dem formalen Wortlaut der Straftatbestände auszunehmen, bei denen dies sachlich geboten erscheint.<sup>145</sup> Gemäß Exner werde „außerhalb des Rechts siedelnden, historisch gewachsenen sozialen Vorstellungen...“, die keine Verbindlichkeit beanspruchen können, auf diese Weise Geltung verschafft.<sup>65</sup> Voraussetzung für die Bejahung der Sozialadäquanz einer Handlung ist, dass die jeweilige Handlung sozial unauffällig ist, allgemein gebilligt wird und ihr eine geschichtliche Übung zugrunde liegt.<sup>65,146–148</sup> Die Korrektur durch die Lehre von der Sozialadäquanz ist somit eine Methode zur restriktiven Gesetzesauslegung.<sup>148</sup>

Exner<sup>65</sup> zufolge kann die Zirkumzision als sozialadäquate Handlung betrachtet werden. Trotz der Klassifizierung dieses Eingriffs als Körperverletzung im Sinne von §§ 223 Abs. 1, 224 Abs. 1 Nr. 2, 2. Var. StGB sei sie über eine negative Korrektur aus der Tatbestandsmäßigkeit auszunehmen. Er erläutert seine Ansicht wie folgt (vgl. auch schon 1.3.2): Die rituelle Knabenbeschneidung sei sozial unauffällig, weil sie eine Vermittlung von Identität und der Festigung von Gruppenzugehörigkeit bezwecke und sie als Ritus in jüdischen und islamischen Familien erwartbar wäre; ein gesellschaftliches Aufsehen werde in diesem kulturellen Kontext nicht hervorgerufen. Sozial unauffällig sei diese Handlung zudem, weil sie in der Gesellschaft in tatsächlicher Hinsicht wegen gewisser Geringfügigkeit kein Aufsehen erregt.

Darüber hinaus würde die rituelle Zirkumzision von Jungen jüdischer und islamischer Herkunft allgemein gebilligt. Für diese Wertung sei dabei nicht ein einzelner Akt maßgeblich, sondern „[...] die Billigung des Verhaltensmusters in sozialer Hinsicht[...]“ im Sinne der „[...] innewohnende[n] handlungsleitende[n] Wertvorstellung [...]“. Dass nur ein Teil der Gesellschaft (nämlich der jüdische und muslimische) diesem Ritual anhänge, führe nicht zu einer Verneinung der Billigung. Die Sozialadäquanzlehre verschaffe einzelnen gesellschaftlichen und kulturellen Eigenheiten rechtliche Erlaubnis. Zusätzlich sei aber erforderlich, dass die verfolgten Wertvorstellungen, sofern fremden Kulturen zuzuordnen, mit denen der Bundesrepublik Deutschland kompatibel sind und daher gesellschaftlich akzeptiert werden können, auch wenn es sich lediglich um Überzeugungen eines gesellschaftlichen Teilbereiches handelt. Die Durchführung dieser religiösen Praxis im Glauben, ein richtiges Anliegen zu verfolgen, und die fehlende allgemein geäußerte Missbilligung durch die Gesamtgesellschaft, zeuge ebenso wie die bis dato nicht oder nur marginal erfolgende rechtliche und öffentliche Beschäftigung mit dem Thema von der allgemeinen Billigung. Die jüdische Kultur sei mit der deutschen christlichen eng verbunden und für die muslimische Ausprägung dieser Praxis könne schon wegen des Rechts auf Gleichbehandlung (Art. 3 S. 1 GG) nichts anderes gelten.

Schließlich sei die rituelle Zirkumzision geschichtliche Übung und Tradition. Geschichtlich üblich sei eine Maßnahme, die Traditionen, verfestigte Gesellschaftsstrukturen und deren enthaltenen kulturellen Kern zum Ausdruck bringt, so dass es sich um ein Verhalten kulturellen Selbstverständnisses handelt.

Andere Autoren<sup>62,66,149,150</sup> widersprechen dieser Einschätzung vehement. Die Sozialadäquanz sei eine Rechtsfigur, die nicht rückwirkend die Verwirklichung eines Straftatbestandes negieren und korrigieren solle. Vielmehr resultiere die Straflosigkeit des jeweiligen Verhaltens daraus, dass eine Tatbestandsverwirklichung durch Subsumption oder schon sinngemäß ausscheide. Das einmal gefundene Ergebnis, dass die Knabenbeschneidung eine nicht zu rechtfertigende Körperverletzung sei, könne somit nicht über die Sozialadäquanz ausgehebelt werden.<sup>62</sup> Sozialadäquates Verhalten könne vielmehr nur dann vorliegen, wenn die Wahrscheinlichkeit eines Schadenseintritts so gering ist, dass das geschaffene Risiko nicht ins Gewicht fällt oder selbst erlaubt ist.<sup>149</sup> Wurde aber bereits festgestellt, dass die Zirkumzision die Voraussetzungen einer körperlichen Misshandlung erfüllt, weil sie eine unangemessene Beeinträchtigung der körperlichen Integrität ist, könne sie demzufolge keine geringfügige allgemein tolerierbare Handlung sein. Die Vornahme einer Zirkumzision, wie der ärztliche Eingriff im Allgemeinen,

werde vielmehr nur unter zusätzlichen Voraussetzungen und nur in Einzelfällen gebilligt, ein erlaubtes Risiko könne daher nicht angenommen werden.<sup>66</sup>

#### **4.4 Rechtfertigung des Eingriffs**

Allein die Tatbestandsverwirklichung kann das materielle Unrecht nicht beschreiben. Die Einordnung eines Verhaltens als strafrechtlich relevant ist vielmehr noch an der Gesamtrechtsordnung zu messen, wozu als Korrektiv die Rechtswidrigkeit bzw. das Vorhandensein von Rechtfertigungsgründen dient.<sup>51,150</sup> Ein solcher ist im hier interessierenden Zusammenhang die Einwilligung des Rechtsgutsträgers, also des Patienten, bzw. seines gesetzlichen Vertreters.<sup>122</sup> Das Vorliegen einer wirksamen Einwilligung in die Beschneidung spricht den Zirkumzisor – Arzt oder Nichtmediziner – von der Rechtswidrigkeit seines Tuns und damit dem Strafbarkeitsvorwurf frei, obwohl er den Tatbestand der Körperverletzung gemäß §§ 223 ff. StGB objektiv verwirklicht hat. Zusätzlich ist die auf diese Weise von der Rechtsordnung akzeptierte Körperverletzung nach § 228 StGB am Maßstab der Sittenwidrigkeit zu messen.

##### **4.4.1 Einwilligung**

Die körperliche Integrität und Unversehrtheit ist ein für den Rechtsgutsinhaber disponibles Rechtsgut<sup>66,151</sup>, über das er frei verfügen darf. Die Zustimmung zum Rechtsgutsverzicht in Form einer Einwilligung muss frei von Willensmängeln und vor dem Eingriff erklärt worden sein.<sup>51,152,153</sup>

Dabei ist die Einwilligung keine rechtsgeschäftliche Willenserklärung im Sinne des BGB, weshalb die bürgerlich-rechtliche Geschäftsfähigkeit gemäß §§ 104 ff. BGB, die an die Volljährigkeit geknüpft ist, nicht entscheidend ist.<sup>151</sup> Sie ist vielmehr „[...] Gestattung oder Ermächtigung zur Vornahme tatsächlicher Handlungen, die in den Rechtskreis des Gestattenden eingreifen.“<sup>154</sup> Voraussetzung für ihre Wirksamkeit ist daher lediglich die so genannte Einwilligungsfähigkeit, die wiederum von der Einsichtsfähigkeit des Rechtsgutsträgers abhängt. Der Einwilligende ist einsichtsfähig, wenn er die erforderliche Verstandesreife und die notwendige Urteilsfähigkeit hat, um die Tragweite des bevorstehenden Rechtsgutseingriffs mit allen Konsequenzen zu erfassen.<sup>151,155</sup> Eine starre Altersgrenze besteht nicht, allerdings wird in der Regel bei Kindern und Minderjährigen unter 14 Jahren eine ausreichende Einsichtsfähigkeit abgelehnt.<sup>128,151</sup>

Etwas anderes kann dem OLG Frankfurt<sup>56</sup> zufolge aber bei Einwilligungsfragen gelten, die auch das religiöse Empfinden des Minderjährigen betreffen. Die Frage der Einwilligungsfähigkeit sei grundsätzlich stets im Einzelfall zu prüfen. Angelehnt an § 5 KErzG könne aber mit Vollendung des zwölften Lebensjahres von einer Einwilligungsfähigkeit in soeben erwähnten Angelegenheiten ausgegangen werden.

#### **4.4.1.1 Aufklärung**

Grundsätzlich hat der Arzt die Therapiefreiheit inne. Diese impliziert insbesondere, dass er unter mehreren Behandlungsoptionen diejenige auswählen darf, die ihm in der Situation am besten geeignet erscheint, wobei er nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden hat. Hier hat der Arzt den Nutzen und die Risiken des Eingriffs abzuwägen und aufgrund seines Fachwissens den für den Patienten günstigsten Therapieablauf zu wählen.<sup>156</sup> Dabei müssen eingegangene höhere Risiken durch eine günstigere Prognose zu rechtfertigen sein, wenn mildere Mittel zur Therapie bestehen.<sup>157</sup> Gibt es Standardverfahren oder Behandlungen, die in der gegebenen Situation allgemein anerkannt sind, so sind diese vorzuziehen und bedürfen im Falle einer abweichenden Therapiewahl einer triftigen Begründung.<sup>156</sup>

Die Legitimation der empfohlenen ärztlichen Behandlung erfolgt durch den Patientenwillen, also der Einwilligung, der zur Garantie der Freiheit von Willensmängeln immer eine umfassende Aufklärung – insbesondere über Risiken des Eingriffs – vorangehen muss. Diese ist umso umfassender zu gestalten, je weniger die gewählte Methode des behandelnden Arztes dem üblichen Standard entspricht.<sup>156</sup> Für nicht- indizierte medizinische Eingriffen ist das Gleiche anzunehmen.

#### **4.4.1.2 Stellvertretende Einwilligung durch die Personensorgeberechtigten**

Sind Minderjährige aufgrund mangelnder Einsichtsfähigkeit nicht zur Einwilligung in der Lage, wird die Einwilligung des Kindes als Rechtsgutsträger durch die Einwilligung der Personensorgeberechtigten ersetzt.<sup>128,151,158</sup> Es handelt sich bei dieser so genannten stellvertretenden Einwilligung um einen Teil der elterlichen Personensorge gemäß §§ 1626 Abs. 1 S. 1 und 2, 1. Var., 1629 Abs. 1 S. 1 BGB.

Fraglich ist an dieser Stelle, unter welchen Voraussetzungen Eltern in einen körperlichen Eingriff an ihrem Kind stellvertretend einwilligen dürfen. Grundsätzlich steht bei Eingriffen in die körperliche Unversehrtheit, auch im Sinne eines Heileingriffs, das Selbstbestimmungsrecht

des Patienten im Vordergrund, stellvertretende Erklärungen der Zustimmung sind daher, auch vorgenommen von Eltern, nur ausnahmsweise und bei notwendigen, indizierten Eingriffen zulässig. Welch hoher Maßstab an die elterliche Einwilligung und die Berücksichtigung des Kindeswohles angelegt wird, zeigt sich darin, dass bei gefährlichen Eingriffen die Zustimmung beider Sorgeberechtigten für erforderlich gehalten wird. Eltern müssen in medizinisch indizierte Behandlungen des Kindes einwilligen, bei medizinisch nicht indizierten Behandlungen ist ihnen die Einwilligung dagegen in der Regel verwehrt.<sup>159</sup> In diesem Zusammenhang werden insbesondere Schönheitsoperationen diskutiert.<sup>54,159</sup> Im Ergebnis ist davon auszugehen, dass jedenfalls wenn bei der elterlichen Entscheidung das Kindeswohl beachtet wird, eine Einwilligung zulässig ist.

#### **4.4.1.2.1 Personensorge**

Im Rahmen der Personensorge steht die elterliche Verantwortung, also der verpflichtende Charakter, im Vordergrund.<sup>160,161</sup> Dies ist auch dem Wortlaut des § 1627 S. 1 BGB zu entnehmen:

„Die Eltern haben die elterliche Sorge in eigener Verantwortung [...] zum Wohl des Kindes auszuüben.“

Diese Formulierung legt unter anderem nach der Auffassung des BVerfG nahe, dass hier nicht ein erzieherischer „Machtanspruch“ gegenüber dem Schutzbefohlenen gewährt, sondern ein dem kindlichen Bedürfnis entsprechender Beistand während seiner Persönlichkeitsentwicklung<sup>160–162</sup> und somit die Erziehung des Kindes zu einem eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Menschen gefordert wird.<sup>163,164</sup>

Das Kindeswohl wird gesetzlich unter anderem durch § 1627 S. 1 und § 1666 BGB geschützt, weil ein Kind rechtlich seine Interessen nicht selbst bestimmen kann und daher sein wohlverstandenes objektives Interesse maßgeblich sein soll. Insbesondere die kindlichen Grundrechte sollen vor dem Zugriff von dritter Seite bewahrt werden.<sup>165</sup> Der Staat ist zum Eingreifen ermächtigt, wenn diese Grundsätze durch die Eltern nicht beachtet wurden und daher die elterliche Pflicht nicht hinreichend erfüllt ist. Er hat ein „Wächteramt“ inne,<sup>165,166</sup> das durch das Familiengericht ausgeübt wird und im Falle einer Kindeswohlverletzung – beispielsweise bei

missbräuchlicher Ausübung der elterlichen Sorge, § 1666 Abs. 1, 1. Var. BGB – die elterlichen Entscheidungen außer Kraft setzt.

Allerdings würde ein zu weit verstandener Individualschutz des Kindes gegenüber den Interessen der Erziehungsberechtigten nicht nur Art. 6 GG, sondern auch den kindlichen Interessen widersprechen, weil die persönliche Entwicklung der einzelnen Familienmitglieder mit den Familienverhältnissen und den innerfamiliären Verhaltensweisen und Prinzipien verwoben ist. Die Unterstützung eines funktionierenden Familienlebens ist daher vorrangig vor destruirenden Maßnahmen.<sup>165</sup> Ergänzend kann Art. 8 Abs. 2 EMRK herangezogen werden, der das Gebot der Verhältnismäßigkeit bei Eingriffen in die Familie postuliert.<sup>167,168</sup>

Gemäß § 1631 Abs. 1 BGB ist ausdrücklicher Bestandteil der elterlichen Sorge die Erziehung des Kindes, die Vorschrift ist somit einfachgesetzlicher Ausfluss des elterlichen Grundrechts auf freie Erziehung des Kindes, Art. 6 Abs. 2 S. 1, 2. Var. GG.

#### **4.4.1.2.1.1 Recht auf freie Kindeserziehung**

Das Recht der Eltern auf freie Kindeserziehung, gemäß Art. 6 Abs. 2 S. 1, 2. Var. GG ist von seiner Wesensbestimmung her als Pflichtrecht ausgestaltet, denn es dient maßgeblich dem Wohl des Kindes.<sup>162</sup> Kommt es zwischen den kindlichen und den elterlichen Interessen zu Konflikten, genießen daher die Belange des Kindes grundsätzlichen Vorrang.<sup>169,170</sup> Unter Berücksichtigung dieser Regeln ist den Eltern aber eine freie Erziehung gestattet.<sup>161</sup>

Erziehung umfasst die Sorge für die seelische und geistige Entwicklung des Kindes.<sup>171</sup> Durch Vermittlung der elterlichen Lebensgewohnheiten und Ansichten soll innerhalb der Gesellschaft die Mannigfaltigkeit der religiösen, ethischen, ästhetischen, politischen Meinungen und Wertvorstellungen ihrer Mitglieder garantiert werden.<sup>161</sup> Die Kindeserziehung erstreckt sich somit auch auf die weltanschauliche Erziehung.<sup>172</sup>

#### **4.4.1.2.1.2 (Elterliche) Glaubensfreiheit**

Die religiöse Erziehung ist außer von Art. 6 GG vom Schutzbereich des Art. 4 Abs. 2 GG umfasst.<sup>173</sup> Vom Gesetzgeber wurde offenbar beabsichtigt, dass die weltanschauliche Erziehung durch die eigene Religionszugehörigkeit der Eltern bestimmt wird. Diese ist wiederum durch die in Art. 4 Abs. 1 und 2 GG garantierte Glaubensfreiheit geschützt. Eine einfachgesetzliche Kodifizierung des Rechts auf religiöse Kindeserziehung findet sich zudem im KERzG. § 1 S.1 KERzG legt fest, dass die Eltern im Rahmen ihres Sorgerechts über die religiöse Erziehung des

Kindes bestimmen, bis es gemäß § 5 S. 1 KERzG mit Vollendung des 14. Lebensjahres selbst darüber entscheiden kann.

Die Religionsfreiheit gemäß Art. 4 Abs. 1 und 2 GG wird als einheitliches Grundrecht betrachtet.<sup>174,175</sup> Geschützt wird die religiöse bzw. weltanschauliche Überzeugung, das Bekennen zu selbiger und die Religionsausübung im engeren Sinne, die Durchführung religiöser Gebräuche und Riten.<sup>175-177</sup> Es gilt für jedermann und wird gemeinhin als fundamentales Grundrecht bezeichnet.<sup>173</sup> Da die in Art. 1 GG verfassungsrechtlich garantierte Menschenwürde ohne die Anerkennung des menschlichen Bedürfnisses nach weltanschaulicher Orientierung und Ausrichtung sinnentleert und die dort geschützte Autonomie des Einzelnen eingeschränkt sei, sei die Glaubensfreiheit unmittelbarer Ausfluss dieses Verfassungskerns.<sup>178</sup> Der Staat sei somit grundgesetzlich angehalten, hinreichenden Raum für eine aktive Betätigung persönlicher Glaubensüberzeugungen zu gewährleisten und so die Verwirklichung der autonomen Persönlichkeit auf weltanschaulich-religiösem Gebiet zu sichern.<sup>172</sup>

Im Rahmen der religiös- rituellen Beschneidung interessiert vornehmlich der Aspekt der Religionsausübungsfreiheit. Hier ist das Recht des Einzelnen verankert, sein Verhalten an seinen Glaubenslehren auszurichten und nach seinen inneren Überzeugungen zu leben.<sup>175,179</sup> Geschützt sind solche Verhaltensweisen, die zwar innerhalb der Religion nicht zwingend gefordert werden, aber für die aktive Glaubensbetätigung nahe liegen.<sup>180,181</sup> Aus Sicht des Gläubigen handelt es sich dabei um religiöse Akte, die er ohne ernste Gewissensnot nicht vernachlässigen kann.<sup>173</sup>

#### **4.4.1.2.2 Einschränkung der elterlichen Rechte durch das Kindeswohl**

Fraglich ist, wie sich die soeben beschriebenen elterlichen Freiheitsrechte zu den Rechten des Kindes verhalten. So besteht Art. 4 GG dem Wortlaut nach zwar uneingeschränkt, steht aber nach einhelliger Meinung und verfassungsrechtlichen Grundsätzen jedenfalls unter dem Vorbehalt kollidierenden Verfassungsrechts.<sup>172,176,180,182</sup> Ähnliches gilt für das Recht auf freie Erziehung, das zwar zum Wohle des Kindes ausgeübt werden soll und staatlich überwacht wird (siehe schon Kapitel 4.4.1.1.1). Eine darüber hinaus gehende Einschränkung ist aber dem GG nicht zu entnehmen. Das Kindeswohl findet seine verfassungsrechtliche Basis im allgemeinen Persönlichkeitsrecht, Art. 2 Abs. 1 GG i. V. m. Art 1 Abs. 1 GG.<sup>183,184</sup> Im Kontext der Knabenbeschneidung wirken sich zusätzlich das Recht auf körperliche Unversehrtheit, Art. 2 Abs. 2 S. 1 Var. 1 GG, und das Recht auf Glaubensfreiheit, Art. 4 Abs. 1 und 2 GG auf den Kindeswohlbegriff aus.

#### 4.4.1.2.2.1 (Kindliches) Allgemeines Persönlichkeitsrecht

Sinn und Zweck dieses Rechtes aus Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG ist es, die menschliche Persönlichkeit im Kontext der Menschenwürde zu schützen.<sup>184-187</sup> Es gewährleistet dem Einzelnen einen individuellen autonomen Bereich privater Lebensgestaltung, in dem er sich frei entfalten und selbst finden kann<sup>184,188</sup>, was auch während der kindlichen Entwicklung zu einem eigenverantwortlichen Menschen von Belang ist.<sup>189</sup> In diesen Kontext soll das schon mehrfach erwähnte Kindeswohl eingeordnet werden.

Eine Legaldefinition für diesen Begriff existiert nicht und ist auch gesetzgeberisch nicht gewollt. Es handelt sich vielmehr um eine Generalklausel, die der richterlichen Konkretisierung für den jeweiligen Einzelfall zugänglich sein soll. Betont wird dieser gesetzgeberische Willen zum umfassenden Schutz der kindlichen Entwicklung durch die Form der negativen Konkretisierung in Sinne einer Beschreibung unterschiedlicher Formen der Kindeswohlgefährdung in § 1666 Abs. 1 BGB.<sup>190</sup> Auf diese Weise wird gewährleistet, dass die Wertvorstellungen der jeweiligen Zeit Eingang in die Beurteilung finden, ohne für wichtig erachteten gesellschaftlichen Maximen eine zu leichte Durchsetzbarkeit einzuräumen. Fest steht jedoch der Nachrang aller anderen beteiligten Interessen hinter den Kindesinteressen.<sup>165</sup>

Obwohl eine verbindliche Definition fehlt, wird für die vorliegende Arbeit eine Begriffseingrenzung versucht, die die Vielschichtigkeit des Schutzgegenstandes berücksichtigt. Grundlage ist die Aussage des AG Daun<sup>191</sup>, demzufolge unter „[...] Kindeswohl die für die Persönlichkeitsentwicklung eines Kindes oder Jugendlichen günstige Relation zwischen seiner Bedürfnisse und seiner Lebensbedingungen[...]“ des Kindes verstanden wird. Diese Beschreibung beinhaltet, dass das Individualinteresse des Kindes mit den familiären Gegebenheiten in Einklang zu bringen ist, da das Kind auf die familiäre Gemeinschaft angewiesen, also eine Betrachtung des kindlichen Gesamtwohles erforderlich ist.<sup>165</sup> Zu den kindlichen Bedürfnissen gehört demzufolge neben körperlicher Zufriedenheit und Unversehrtheit, der erzieherischen Orientierungshilfe durch die Eltern und der kindlichen Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung auch die Gewährleistung und Einbindung in stabile soziale Verhältnisse im Sinne einer familiären Zusammengehörigkeit.<sup>192</sup> Insbesondere eine emotional enge, harmonische und vertrauensvolle Beziehung zu den Bezugspersonen fördert dabei die kindliche Entwicklung und Entfaltung.<sup>166,191,192</sup> Nicht zu vernachlässigen ist darüber hinaus die kindliche Prägung durch die Orientierung an Bezugspersonen und deren Vorbildfunktion, die passiv die Übernahme von Lebensmustern und Verhaltensweisen herbeiführt, was zur Identitätsfindung des Kindes innerhalb der Gesellschaft beiträgt.<sup>191</sup>

#### **4.4.1.2.2.2 (Kindliches) Recht auf körperliche Unversehrtheit**

Per definitionem besteht eine Verletzung der körperlichen Unversehrtheit gemäß Art. 2 Abs. 2 S. 1, 2. Var. GG in Einwirkungen, die die Gesundheit im biologisch-physiologischen Sinne betreffen, insbesondere auch durch ärztliche Heileingriffe und Operationen. Das Ausmaß des Eingriffs ist hierbei nicht entscheidend, auch geringfügige Eingriffe sind daher erfasst. Das gilt aber ebenso wie für psychische Beeinträchtigungen nur, soweit sie zu Beschwerden führen, die körperliche Schmerzen hervorrufen oder solchen vergleichbar sind.<sup>184,193</sup> Dabei kann eine reine Gesundheitsgefährdung zur Grundrechtsverletzung ausreichen.<sup>184</sup>

#### **4.4.1.2.2.3 (Kindliche) Glaubensfreiheit**

Die Knabenbeschneidung ist geeignet, die kindliche religiöse Prägung und Einstellung und die spätere freie Religionsausübung durch das körperliche Bekenntnis erheblich zu beeinflussen. Bezüglich des Inhalts der kindlichen Glaubensfreiheit sei auf die Ausführungen zur elterlichen Glaubensfreiheit (siehe oben, Kapitel 4.4.1.1.2) verwiesen. Allerdings wird bis zur Religionsmündigkeit des Kindes – wie oben bemerkt bei Vollendung des 14. Lebensjahres (vgl. Kapitel 4.4.1.1.1) – dessen Glaubensfreiheit durch die Eltern im Rahmen ihres Erziehungsrechts ausgeübt.

Ergänzend stellt sich die Frage, ob das Kind durch die von Elternseite erzwungene Duldung der rituellen Maßnahme in seiner negativen Religionsfreiheit verletzt wird. Die negative Religionsfreiheit garantiert, nicht zur Teilnahme an religiösen Handlungen gezwungen zu werden, sich von entsprechenden Veranstaltungen fernhalten zu können<sup>178</sup>, also ein religiöses Bekenntnis nicht zu wählen. Eine Beschneidung Minderjähriger veranlasst durch die Eltern könnte aber als Zwang zur Teilnahme an religiöser Zeremonie und zu einem weltanschaulichen Bekenntnis verstanden werden.<sup>64</sup> In diesem Zusammenhang mag interessant sein, dass die Zwangsbeschneidung von Männern einen anerkannten Asylgrund darstellt.<sup>194</sup>

#### **4.4.1.2.3 Abwägung der kollidierenden Grundrechte**

Das elterliche Recht auf freie Erziehung und die elterliche Glaubensfreiheit sind mit den vorgenannten kindlichen Grundrechten – allgemeines Persönlichkeitsrecht, Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG, Recht auf körperliche Unversehrtheit, Art. 2 Abs. 2 S. 1, 2. Var. GG – in Einklang zu bringen. Dabei sei nochmals darauf hingewiesen, dass im Konfliktfall grundsätzlich den kindlichen gegenüber den elterlichen Rechten Vorrang einzuräumen ist (vgl. 4.4.1.2.11).

Durchzuführen ist eine Verhältnismäßigkeitsprüfung der konkurrierenden Rechte nach dem so genannten Prinzip der praktischen Konkordanz.<sup>175,179</sup> Das impliziert eine Abwägung, die die Einschränkung dieser Rechte betrachtet und gegeneinander aufwiegt, um zu einer größtmöglichen Berücksichtigung aller widerstreitenden Interessen zu kommen.

#### **4.4.2 Sittenwidrigkeit der Heilbehandlung, § 228 StGB**

Selbst bei festgestellter Wirksamkeit der Einwilligung darf die Körperverletzung, in die eingewilligt wurde, gemäß § 228 StGB nicht sittenwidrig sein, die individuelle Autonomie des Einwilligenden ist somit „generalpräventiv“ begrenzt.<sup>51</sup>

Der strafrechtliche Sittenwidrigkeitsbegriff entspricht dem zivilrechtlichen der §§ 138, 826 BGB; ausschlaggebend ist demzufolge, was dem Anstandsgefühl aller billig und gerecht Denkenden ent- bzw. widerspricht.<sup>128</sup> Diese Grenze soll jedenfalls dann erreicht sein, wenn gravierende Verletzungen vorgenommen werden, die in ihrer Schwere an § 226 StGB heranreichen<sup>51</sup>, also schwerste Behinderungen zur Folge haben. Dem BGH<sup>195</sup> zufolge begrenzt die Sittenwidrigkeit „...die rechtfertigende Kraft der Einwilligung in eine Tötung oder Körperverletzung, da das Gesetz ein soziales Interesse am Erhalt dieser Rechtsgüter auch gegen den Willen des Betroffenen verfolgt.“ Die Beeinträchtigung durch den Rechtsgutsinhaber selbst (in Form einer Selbsttötung oder -verletzung) sei zwar straflos; im Allgemeininteresse werde aber die Möglichkeit, existentielle Verfügungen über das Rechtsgut der eigenen körperlichen Unversehrtheit oder des eigenen Lebens zu treffen, eingeschränkt. Werde der Einwilligende in konkrete Todesgefahr gebracht, sei die Grenze jedenfalls erreicht. Maßgeblich seien insbesondere der Umfang der erfolgten Verletzung und das Ausmaß der Gefahr für Leib und Leben. Lasse sich die Sittenwidrigkeit anhand rechtlicher Grundsätze nicht eindeutig bejahen, sei eine Strafbarkeit gemäß §§ 223 ff. StGB abzulehnen, da dieses Korrektiv eine Erhebung der in der jeweiligen Gesellschaft bestehenden Moralvorstellungen nicht jedoch eine normativwertende Interpretation der betrachteten Handlung darstelle.<sup>195,196</sup> Lediglich Art und Gewicht des Eingriffserfolges sind also für die Bewertung maßgeblich, weil nur dann der staatliche Eingriff in das Recht des einzelnen auf freie Selbstbestimmung gemäß Art. 2 Abs. 1 GG legitimiert sein kann.<sup>51</sup> Die Sittenwidrigkeit bildet somit die objektive Einwilligungsgrenze der Beschneidung. Andere spezialgesetzliche Schranken, wie zum Beispiel bei der Sterilisation (§ 1631 c S. 2 BGB) oder der Lebendorganspende (§ 8 Abs. 1 S. 1 Nr. 1a TPG) Minderjähriger existieren nicht.<sup>66</sup>

## **5. DISKUSSION**

### **5.1 Komplikationen bei der Beschneidung Minderjähriger: Häufigkeit und Schwere getrennt nach Altersgruppen und im Vergleich**

#### **5.1.1 Gesamthäufigkeiten der Beschneidungskomplikationen bei Neugeborenen und Säuglingen**

##### **5.1.1.1 Neugeborene**

Bei der Vergleichsgruppe der Neugeborenen zeigt sich in Tabelle 1 eine Komplikationsgesamthäufigkeit von 0,4%. Allerdings zeigen sich bei Betrachtung der einzelnen Studien stark differierende Ergebnisse. Die niedrigsten Komplikationsraten zeigen sich bei Wiswell und Geschke<sup>104</sup> mit 0,20 % und bei Christakis et al.<sup>103</sup> mit 0,22%. Ähnlich niedrig ist die Gesamtkomplikationsrate von Ben Chaim et al.<sup>102</sup> mit 0,34 %. Die Arbeiten von MacKenzie mit 20%<sup>110</sup>, Harel et al. mit 30,73%<sup>26</sup>, Prais et al. mit 43,24%<sup>27</sup> und Patel mit 83%<sup>35</sup> weisen dagegen extrem hohe Gesamtkomplikationshäufigkeiten auf.

Mögliche Erklärungen für Abweichungen und Gemeinsamkeiten der Studien, die in den Ergebnissen zum Teil bereits erwähnt wurden, könnten in der Stichprobengröße der Studien, deren Ursprungsland und dem Durchführungsdatum liegen. Außerdem könnte die zugrundeliegende Durchführungsmodalität ausschlaggebend sein, oder die untersuchten Komplikationsarten bzw. die Konzentration auf nur eine oder wenige der Komplikationsentitäten das Ergebnis verzerren.

Wäre die Studiengröße für die Komplikationshäufigkeit maßgeblich und für die geringen Komplikationsraten bei Ben Chaim et al.<sup>102</sup>, Christakis et al.<sup>103</sup> und Wiswell und Geschke<sup>104</sup> mit 0,20- 0,34% verantwortlich, müssten die Komplikationshäufigkeiten mit abfallender Studiengröße zunehmen.

Es zeigt sich jedoch keine derartige lineare Abhängigkeit von Studiengröße und Komplikationsrate, lediglich Tendenzen sind feststellbar. Besonders große Studien mit einer Stichprobengröße über 19.000 haben eine eher geringe Gesamtkomplikationshäufigkeit, die unterhalb der errechneten Gesamtkomplikationsrate von 0,4% liegen.<sup>102-104</sup> Besonders kleine Studien mit einer Teilnehmerzahl unter 200 haben eher hohe Gesamtkomplikationsraten über

20%.<sup>26,27,35,110</sup> Ausnahme von dieser Regelmäßigkeit ist die Studie von Horowitz und Gershbein<sup>101</sup>.

Der Einfluss der Stichprobengröße auf die Einzelergebnisse zeigt sich aber bei Betrachtung der absoluten Zahlen. So haben van Howe (2006)<sup>107</sup> und MacKenzie<sup>110</sup> absolut 28 lokale Komplikationen zu verzeichnen, bei letzterem führt dies zu einer zehnfach höheren Gesamtkomplikationsrate. Ähnliche Konsequenzen zeigen sich zum Beispiel bei Patel<sup>35</sup> und O'Brien et al.<sup>106</sup> hinsichtlich der Blutungskomplikationen.

Würde der Studienort und das Durchführungsdatum für die Komplikationsrate verantwortlich sein, müssten Studien mit gleicher Herkunft bzw. mit ähnlichem Alter vergleichbare Häufigkeiten aufweisen.

Die Studien von Harel et al.<sup>26</sup> und Prais et al.<sup>27</sup> stammen aus Israel und wurden 2002 bzw. 2009 durchgeführt, sind also sowohl bezüglich ihres Alters als auch ihrer Herkunft vergleichbar. Außerdem haben sie mit 30,73% bzw. 43,24% eine ähnlich hohe Gesamtkomplikationsrate. Ebenfalls in Israel wurde aber 2005 die Studie von Ben Chaim et al.<sup>102</sup> durchgeführt, die mit einer Komplikationshäufigkeit von 0,34% weit unter der der vorgenannten Verfasser liegt.

Studien aus Amerika, die seit der Jahrtausendwende durchgeführt wurden, sind die von Christakis et al.<sup>103</sup>, Horowitz und Gershbein<sup>101</sup> und die beiden Studien von van Howe<sup>107,109</sup>. Nicht nur sind die Studien aber untereinander von den Gesamtkomplikationsraten nicht vergleichbar (Christakis et al.<sup>103</sup> haben eine Gesamthäufigkeit von 0,22% und Horowitz und Gershbein<sup>101</sup> von 1,02% gegenüber van Howe (2006)<sup>107</sup> 2,78% bzw. van Howe (2007)<sup>109</sup> 7,83% zu verzeichnen). Zu berücksichtigen ist, dass van Howe sich in seinen Studien jeweils ausschließlich einer Komplikationsform gewidmet hat. Das gleiche gilt jedoch für Horowitz und Gershbein.

Die anderen Studien aus Amerika sind Mitte der 60er (MacKenzie<sup>110</sup>), Mitte der 70er (Gee und Ansell<sup>105</sup>), während der 80er (Metcalf et al.<sup>108</sup> und Wiswell und Geschke<sup>104</sup>) und Mitte der 90er Jahre (O'Brien et al.<sup>106</sup>) entstanden. Dabei sind weder die Studien von Metcalf et al.<sup>108</sup> mit 3,88% und Wiswell und Geschke<sup>104</sup> mit 0,20% aus demselben Zeitraum hinsichtlich ihrer Ergebnisse vergleichbar, noch sind die Komplikationshäufigkeiten chronologisch geordnet.

Der Ursprungsort und das Studienalter bieten keine Vergleichsbasis.

Ein Grund für die zum Teil extrem abweichenden Ergebnisse könnte sich aus der Uneinheitlichkeit hinsichtlich der Durchführungsmodalitäten der Zirkumzision ergeben. Wäre

dies der maßgebliche Grund, müssten die Studien, die in diesem Zusammenhang Ähnlichkeiten aufweisen, vergleichbare Komplikationsraten aufweisen.

Arbeiten, die sowohl rituelle als auch medizinische Beschneidungen beschreiben, sind die von Ben Chaim et al.<sup>102</sup>, Harel et al.<sup>26</sup>, Metcalf et al.<sup>108</sup>, Patel<sup>35</sup> und Prais et al.<sup>27</sup>. Sie weisen eine Gesamtkomplikationsrate zwischen 0,34% und 83% auf. Tendenziell finden sich in dieser Gruppe die größten Komplikationsraten mit 30,73% bei Harel et al.<sup>26</sup>, 43,24% bei Prais et al.<sup>27</sup> und 83% bei Patel<sup>35</sup>. Nicht konsistent mit diesem Umstand sind die Ergebnisse von Ben Chaim et al.<sup>102</sup> (0,34%) und Metcalf et al.<sup>108</sup> (3,88%).

Interessant, wenn offenbar auch nicht ausschlaggebend, mag an dieser Stelle sein, dass Ben Chaim et al.<sup>102</sup> in ihrer Studie darlegen, dass die Mehrzahl der aufgetretenen Blutungskomplikationen nach rituellen Beschneidungen aufgetreten sei, und auch die beschriebenen Infektionen und der beschriebene OP-Zwischenfall, eine partielle Glansamputation, bei bzw. nach einem nicht- medizinischen Eingriff aufgetreten sind. Dies deckt sich jedenfalls mit der Aussage von Weiss et al.<sup>48</sup> zur unterschiedlichen Komplikationshäufigkeit bei unterschiedlicher Expertise (vgl. 1.2.4).

Bei Studien, die lediglich die Durchführung durch medizinisches Personal betreffen (Christakis et al.<sup>103</sup>, Gee und Ansell<sup>105</sup>, Horowitz und Gershbein<sup>101</sup>, MacKenzie<sup>110</sup>, O'Brien et al.<sup>106</sup>), liegt die Häufigkeit zwischen 0,22% (Christakis) und 20% (MacKenzie).

Bei vermutlich gleichem Ausbildungshintergrund zeigen sich also deutliche Differenzen hinsichtlich der einzelnen Ergebnisse.

Dass die Gesamtkomplikationsrate nach der Studienlage offenbar nicht primär methodenabhängig ist, zeigt sich außerdem anhand der verbleibenden Studien. Van Howe<sup>107,109</sup> und Wiswell und Geschke<sup>104</sup> geben die Zirkumzisionsart in ihren Studien nicht an. Die Differenz zwischen den Komplikationsraten mit Werten zwischen 0,2% und 7,83% hat dennoch im Vergleich zu den soeben genannten Gruppen eine relativ geringe Spannbreite. Da keine besondere Durchführungsmodalität für diesen Umstand verantwortlich gemacht werden kann, ist davon auszugehen, dass die operativen Methoden per se keine Differenzierung hinsichtlich der Gesamthäufigkeit von Komplikationen bei Zirkumzisionen erlauben.

Die 13 Studien aus Tabelle 1 behandeln teilweise unterschiedliche Komplikationsformen und sind daher inhaltlich nicht gänzlich vergleichbar. Lediglich die Studien von Ben Chaim et al.<sup>101</sup>, Wiswell und Geschke<sup>104</sup> und Gee und Ansell<sup>105</sup> behandeln alle Komplikationsentitäten. Ben Chaim et al.<sup>102</sup> und Wiswell und Geschke<sup>104</sup> liegen mit ihren Häufigkeiten von 0,20 bzw. 0,34%

recht nah beieinander, Gee und Ansell<sup>105</sup> haben aber immerhin eine Komplikationshäufigkeit von 1,85%, also dem knapp 6fachen, zu verzeichnen.

Die Studien, die sich ausschließlich mit Infektionsraten beschäftigen, weisen mit Werten zwischen 7,83% und 43,24% stark unterschiedliche Ergebnisse auf.<sup>26,27,109</sup> Ähnlich unterschiedliche Ergebnisse zeigen die Studien, die sich nur mit „lokalen Komplikationen“ beschäftigen, MacKenzie<sup>110</sup> beschreibt eine Rate von 20%, van Howe (2006)<sup>107</sup> erzielt lediglich 2,78%, beide haben aber absolut gleich viele Komplikationen (n=28) zu verzeichnen. Horowitz und Gershbein<sup>101</sup> erwähnen für die Neugeborenenbeschneidungen ebenfalls ausschließlich lokale Komplikationen, allerdings lediglich 1,02%.

Studien, die sich mit mehreren aber nicht mit allen Komplikationen beschäftigen, weisen eine Gesamthäufigkeit von 0,22% bis 83% auf. Wie hinsichtlich der erhobenen Gesamtkomplikationsraten sind sie nicht hinsichtlich der betrachteten Komplikationen vergleichbar; Christakis et al.<sup>103</sup> und Metcalf et al.<sup>108</sup> betrachten Blutungen, Infektionen und operative Zwischenfälle, Patel<sup>35</sup> Blutungen, Infektionen und lokale Komplikationen, O'Brien et al.<sup>106</sup> nur Blutungen und Infektionen.

Weder Studienort noch Studieninhalt oder Studienalter bieten Vergleichsmöglichkeiten in der Betrachtung der zur Verfügung stehenden Studien. Dennoch soll die Plausibilität der erhobenen Ergebnisse untersucht werden.

Tabelle 1 betrifft eine Gesamtstichprobengröße von 260.688 Teilnehmern, bei denen 1040 Komplikationen aufgetreten sind, es zeigt sich eine Komplikationsrate von 0,4%. Auffällig ist dass die drei größten Studien, die auch hinsichtlich ihrer Gesamtkomplikationsraten untereinander vergleichbar sind (0,20-0,34%), 95% (n= 250.209) der verglichenen Teilnehmer der Stichprobe behandeln. Die verbleibenden 5% (n= 10.479) der Vergleichsgruppe stammen aus den verbliebenen zehn Studien und machen eine statistisch nicht erhebliche Gruppe aus. Das zeigt sich auch in der in Tabelle 1 resultierenden Gesamtkomplikationsrate von 0,40% im Vergleich zu der Komplikationsrate der schon erwähnten Studien. Es folgt daher eine nähere Betrachtung dieser drei Arbeiten.

Wiswell und Geschke<sup>104</sup> vergleichen in ihrer retrospektiven Studie Komplikationen, die im ersten Lebensmonat bei Beschnittenen und Nichtbeschnittenen auftreten. Eine erneute Follow-up- Untersuchung wird von den Autoren nicht erwähnt. Die beschriebenen Komplikationen sind also eher Akutkomplikationen. Allerdings sind die 22 beschriebenen Fälle lokaler Komplikationen nur teilweise perioperative Zwischenfälle, so die 15 Fälle von nicht adäquatem

Resektionsausmaß. Die fünf verbleibenden Fälle in dieser Gruppe (Wunddehizens) sind dagegen eher als relative Spätkomplikation zu betrachten.

Die Daten entstammen ausschließlich Militärkrankenhäusern der US- Army, gesammelt im Zeitraum von fünf Jahren. In ihren Methoden geben die Verfasser an, nur an schweren Begleiterscheinungen interessiert gewesen zu sein. Als solche werden Komplikationen bezeichnet, die entweder in den Krankenakten der Neugeborenen explizit beschrieben wurden oder eine stationäre Behandlung innerhalb des ersten Lebensmonats erforderten. Die Autoren geben daher an, die Gesamthäufigkeiten möglicherweise unterschätzt zu haben. Da nur Militärkrankenhäuser untersucht wurden, wird gemutmaßt, eine Verzerrung könnte sich auch aus der Zuweisung zu zivilen Einrichtungen ergeben, in denen die Komplikationen dann behandelt wurden. Im Übrigen seien auch Komplikationen aufgenommen worden, die nicht zweifelsfrei aber potentiell dem Eingriff zugeschrieben werden konnten, so das Auftreten von Pneumothoraces und Bakteriämien. Dadurch sei eine Verfälschung der Ergebnisse ebenfalls möglich.

Christakis et al.<sup>103</sup> haben retrospektiv Neugeborenenbeschneidungen analysiert, die in einem Zeitraum von neun Jahren in einem Berichterstattungssystem der Krankenhäuser des Staates Washington gelistet waren. Die Zirkumzisionen bzw. die assoziierten Komplikationen wurden aus diesem System mittels der ICD 9-Kodierung ausfindig gemacht und nur solche Fälle aufgenommen, die gleichzeitig keine anderen operativen Eingriffe haben vornehmen lassen. Dabei wurden Patientenzahlen notiert, nicht Komplikationszahlen. Ein Patient mit mehreren Komplikationen wurde somit nur einmal in die Studie aufgenommen. Welche Komplikation bei mehreren gleichzeitig auftretenden berücksichtigt wurde, ist der Studie nicht zu entnehmen.

Die Auswahl der Teilnehmer beschränkte sich auf die Lebensphase unmittelbar nach der Geburt, Spätkomplikationen wurden nicht berücksichtigt.

Als weitere Fehlerquelle werden mögliche Falsch- oder Nichtkodierungen im verwendeten Krankenregister beschrieben. Sollten viele Fälle von Beschnittenen nicht als solche kodiert worden sein, würde dies, wie die Autoren richtig bemerken, die Aussage der Studie zunichtemachen. Jedenfalls ein solcher Fall wurde als wahrscheinlich der Beschnittenengruppe zuzuordnen ausgemacht. Dem Fehler von Falschangaben bezüglich Operationskomplikationen wurde seitens der Autoren zu begegnen versucht, indem eine Vergleichsgruppe Nichtbeschnittener betrachtet wurde, innerhalb der die gleichen Komplikationskodierungen notiert waren (Blutungen etc.). Es wurde angenommen, dass dieses Vorgehen grobe Fehler

aufzeigen würde, weil Falschklassifikationen dann besonders häufig in einer der beiden Gruppen aufgetaucht wären, was aus den Ergebnissen nicht ersichtlich sei.

Da nur die Komplikationen betrachtet wurden, die nach ICD 9-Kodierung in dem erwähnten Krankenregister notiert waren, handelt es sich bei Christakis et al.<sup>197</sup> um mit Wiswell und Geschke<sup>104</sup> vergleichbare Studienbedingungen, da letztere auch nur solche Fälle aufgenommen hatten, die in den Neugeborenenakten der Krankenhäuser oder wegen der Aufnahme bei Behandlungsnotwendigkeit hinsichtlich ihrer Komplikationen erwähnt wurden. Dies ist eine mögliche Erklärung für die ähnlichen Ergebnisse.

Auffällig ist, dass Christakis et al. aus den Registern keine Daten erhoben haben, die sich auf lokale Komplikationen beziehen.

Ben Chaim et al.<sup>102</sup> beschäftigen sich in ihrer prospektiven Studie mit Komplikationen, die nach nicht unter OP-Bedingungen durchgeführten Beschneidungen auftraten. Die überwiegende Zahl der beobachteten Kinder wurde im Rahmen ritueller Zeremonien durch Mohalim beschnitten, der verbleibende kleinere Teil durch Ärzte. Die Betroffenen wurden entweder notfallmäßig mit Akutkomplikationen oder mit Spätkomplikationen elektiv in der Ambulanz vorgestellt, nachdem die Eltern oder die behandelnden Kinderärzte mit dem Ergebnis des Eingriffs nicht zufrieden waren. Die Studiendauer betrug ein Jahr, die Teilnehmer wurden aus vier großen medizinischen Zentren Israels bezogen. In der Ergebnisbeschreibung wird zwischen Akut- und Spätkomplikationen unterschieden, wobei Blutungen, Infektionen und Verletzungen zu den akuten Problemen, lokale Gewebsveränderungen und Deformierungen zu den Spätkomplikationen gezählt wurden. Lediglich innerhalb der Gruppe der betrachteten Spätkomplikationen wurden nähere Definitionen der einzelnen Komplikationen gegeben (Inklusionszysten, zu geringer Resektionserfolg, Penistorsion). Auffallend ist, dass die Autoren Kinder mit Meatusstenosen nicht in ihre Betrachtungen aufgenommen haben, obwohl diese als häufigste Spätkomplikation angesehen werden (vgl. 1.2.4). Zur Begründung führen die Autoren an, dass diese Komplikationsform erst im Kleinkindalter auftritt.

Gründe für die Ähnlichkeit der Ergebnisse der drei Studien sind nicht direkt ersichtlich, möglicherweise ist die Studiengröße dafür verantwortlich. Da es sich sowohl um retrospektive, Christakis et al.<sup>103</sup> und Wiswell und Geschke<sup>104</sup>, als auch prospektive Studien, Ben Chaim et al.<sup>102</sup>, handelt, ist ein bestimmtes Studiendesign offenbar nicht ausschlaggebend. Die Studieninhalte sind ebenfalls verschieden; Christakis et al.<sup>103</sup> berücksichtigen in ihrer Studie

offenbar keine lokalen Komplikationen, Ben Chaim et al.<sup>102</sup> schließen Meatusstenosen ausdrücklich von ihren Betrachtungen aus. Eine ähnliche Konzentration ist bei Wiswell und Geschke<sup>104</sup> nicht auszumachen. Es scheint sich also bei der Gesamtkomplikationsrate von 0,4% unabhängig von den äußeren Gegebenheiten um ein realistisches Abbild der zu erwartenden Komplikationen bzw. ihrer Häufigkeit zu handeln. Das Ergebnis muss daher nicht aufgrund der Ergebnisse der anderen Studien nach oben korrigiert werden.

#### **5.1.1.2 Säuglinge**

Bei der Vergleichsgruppe der Säuglinge standen drei Studien<sup>101,112,113</sup> zur Auswertung zur Verfügung (vgl. Tabelle 3). Es ergab sich bei der Betrachtung der hiesigen Stichprobe von 1329 Teilnehmern eine Gesamtkomplikationsrate von 10,31%. Dabei sind die Studien von Palit et al.<sup>112</sup> und Shah et al.<sup>113</sup> direkt miteinander vergleichbar, weil ihnen ähnliche Bedingungen zugrunde lagen: Nicht nur wurden alle Komplikationsentitäten in diesen Studien beschrieben, sondern die Studien stammen auch beide aus England, wurden an Säuglingen im gleichen Alter (sechs bis 14 Wochen) und jeweils mit der Plastibell-Methode durchgeführt. Die Studie von Horowitz und Gershbein<sup>101</sup> betrachtet dagegen ältere Säuglinge (drei bis 8,5 Monate= zwölf bis 34 Wochen) nach Durchführung der Beschneidung mit der Gomco- Klemme, stammt aus Amerika und beschreibt lediglich die Komplikationsarten der Blutung und der operations-/methodenbedingten Zwischenfälle.

Nicht vergleichbar sind die drei erwähnten Studien hinsichtlich ihrer Stichprobengröße. Es ist aber festzustellen, dass die Studien von Palit et al.<sup>112</sup> und Shah et al.<sup>113</sup> mit insgesamt 1297 Teilnehmern 97,6% der Vergleichsgruppe untersuchen.

Aufgrund der überwiegenden statistischen Aussage und der direkten Vergleichbarkeit dieser Studien sollen lediglich diese näher beschrieben werden, obwohl damit ausschließlich Komplikationen unter Verwendung der Plastibell- Methode betrachtet werden.

Palit et al.<sup>112</sup> untersuchen in ihrer prospektiven Studie 1129 Säuglinge im Alter von sechs bis 14 Wochen, die von dafür ausgebildeten Krankenschwestern unter Supervision von Urologen mittels Plastibell beschnitten wurden. Die Studie wurde über einen Zeitraum von neun Jahren durchgeführt. Zwar erfolgte keine Nachuntersuchung der Beschnittenen, die Eltern der Kinder wurden aber einen Tag postoperativ telefonisch nach dem Zustand der Kinder befragt. Außerdem erfolgte nach drei Monaten eine Überprüfung, die nicht weiter beschrieben wird. Die Eltern konnten sich postoperativ jederzeit an die pädiatrische Abteilung bzw. eine kompetente

Krankenschwester wenden. Es sind keine Angaben über mögliche Fehlerquellen der gefundenen Ergebnisse zu finden.

Shah et al.<sup>113</sup> haben ebenfalls eine prospektive Studie zu Plastibell-Beschneidungen an Säuglingen mehrheitlich durch ausgebildete Krankenschwestern durchgeführt. Auch bei dieser Studie erfolgte keine Follow-up-Untersuchung, aber eine telefonische Erkundigung seitens der Klinik am postoperativen Tag und sechs Tage später. Bei Problemen oder Fragen konnten sich die Eltern jederzeit an die Kinderklinik wenden. Die Studie wurde über einen Zeitraum von zwei Jahren durchgeführt. Angaben zu möglichen Fehlerquellen finden sich in der Studie nicht. Allerdings wird angegeben, mit zunehmender Erfahrung der Fachkräfte hätten die Komplikationen nachgelassen.

Insbesondere geben beide Studien<sup>112,113</sup> keine Auskunft darüber, woher sie die Teilnehmer rekrutierten. Möglicherweise sind die Studien daher durch einen Selektionsaspekt verfälscht. Auch eine Garantie, dass alle auftretenden Komplikationen in den betreuenden Kliniken gemeldet/ behoben wurden, kann nicht gegeben werden.

Das Ergebnis der vorliegenden Arbeit zu Säuglingsbeschneidungen bezieht sich auf die Zirkumzision mittels Plastibell. Valide Aussagen zu anderen Methoden der Säuglingsbeschneidung, insbesondere mittels Gomco- Klemme können aufgrund der schwachen statistischen Aussage der Studie von Horowitz und Gershbein<sup>101</sup> mit 32 Teilnehmern nicht getätigt werden. Insbesondere besteht daher trotz der hohen Komplikationsrate von Horowitz und Gershbein per se kein Grund, die Gesamtkomplikationsrate nach Säuglingsbeschneidungen nach oben zu korrigieren.

Das Ergebnis aus Tabelle 3 ist nur eingeschränkt aussagekräftig. Für eine klare Aussage zur Komplikationshäufigkeit bei Säuglingen generell besteht weiterer Forschungsbedarf.

### **5.1.1.3 Komplikationshäufigkeiten bei Neugeborenen und Säuglingen: weltweiter Vergleich**

Weiss et al.<sup>48</sup> geben in ihrer systematischen Übersichtsarbeit an, dass im Median 1,5% (0-16%) der Säuglings- und Neugeborenenbeschneidungen mit Komplikationen einhergehen. Aus den vorliegenden Arbeiten ergibt sich für Neugeborene eine Gesamtrate von 0,4%, für Säuglinge von

10,31%. Erhebt man aus den gegebenen Zahlen den Median für die Beschneidenden unter einem Lebensjahr, so kommt man zu einem Wert von 5,85%. Diese Zahl liegt weit über dem Median nach Weiss et al.<sup>48</sup> für die weltweiten Erhebungen, allerdings noch innerhalb der Spannweite der Ergebnisse von 0-16%. Ein Grund für diese Abweichung ist nicht ersichtlich. Die von Weiss et al.<sup>48</sup> angeführten Aspekte wie Sterilität und Indikation sollten keine Begründung für die höheren Zahlen aus „Industrienationen“ liefern. Allerdings führt möglicherweise die Expertise der Beschneidenden, ebenso wie die unterschiedliche Einschätzung von Komplikationen zu geringeren Zahlen im weltweiten Gesamtvergleich. Es ist außerdem gut möglich, dass leichtere Komplikationen in „Entwicklungsländern“ weniger Beachtung erfahren, da der Zugang zur medizinischen Versorgung unter Umständen nicht so direkt ist. Ob in „Entwicklungsländern“ die Erfahrung der Beschneider größer ist, als in „Industrienationen“ kann nicht verifiziert werden. Im Ergebnis ist festzuhalten, dass in „Industrienationen“ die Rate an Beschneidungskomplikationen im weltweiten Vergleich bei der gemeinsamen Betrachtung der Gruppe der Neugeborenen und der Säuglinge nicht geringer ist.

## **5.1.2 Häufigkeiten der Einzelkomplikationen bei Neugeborenen und Säuglingen unter besonderer Berücksichtigung der Schwere der Komplikationen**

### **5.1.2.1 Einzelkomplikationen bei Neugeborenen**

Aus Tabelle 1 und 2 lässt sich ersehen, dass Blutungen die häufigste Komplikation bei Neugeborenenzirkumzisionen darstellen, gefolgt von Infektionen, lokalen Komplikationen und Operationszwischenfällen. Betrachtet man nun ausschließlich die oben als statistisch erheblich qualifizierten Studien von Ben Chaim et al.<sup>102</sup>, Christakis et al.<sup>103</sup> und Wiswell und Geschke<sup>104</sup> (vgl. 5.1.1.1), so zeigt sich, dass dieses Ergebnis zumindest für die Blutungen auch bei den einzelnen Studien vorliegt.

Die höchste Komplikationsrate haben in diesem Zusammenhang Christakis et al. mit 0,18 % zu verzeichnen. Dabei zeigt sich, dass nur ein kleiner Anteil der eingetretenen Zwischenfälle eine Revision in Form von Umnähungen erforderte. Hinweise auf die Notwendigkeit einer stationären Überwachung werden von den Autoren nicht explizit gegeben.<sup>103</sup> Bei Ben Chaim et al. und Wiswell und Geschke traten jeweils in 0,08% der Fälle Blutungen auf, wobei auch Wiswell und Geschke die bei Christakis et al. zu beobachtende deutliche Tendenz zu leichten Zwischenfällen aufweisen, während bei Ben Chaim das Verhältnis ausgeglichen ist.<sup>102,104</sup> Alle drei Studien liegen mit ihren Erhebungen unterhalb der errechneten Gesamtblutungsrate von 0,2%. Bezogen

auf die Gesamtzahl ihres Stichprobenanteils traten bei diesen Erhebungen insgesamt 0,02% schwere Blutungskomplikationen auf.

Leider lassen sich aus den Studien hinsichtlich der Infektionen keine Aussagen zur Schwere treffen und auch eine Auswertung betreffend die lokalen Komplikationen muss unter den repräsentativen Studien in dieser Altersgruppe insgesamt unterbleiben, da sich Christakis et al.<sup>103</sup> nicht mit lokalen Komplikationen auseinandergesetzt haben und Wiswell und Geschke<sup>104</sup> keine Aussage zur Schwere treffen. Allerdings ist diese Komplikationsart auch von den drei anderen insofern zu unterscheiden, als es sich eher um Spätfolgen des Eingriffs als um perioperative Ereignisse handelt. Betrachtet man nun die beiden verbleibenden Arbeiten der statistisch erheblichen Gruppe (Ben Chaim et al.<sup>102</sup>, Wiswell und Geschke<sup>104</sup>) zeigt sich, dass diese beiden immerhin noch knapp 50% der Stichprobengröße ausmachen. Diese beiden Arbeiten haben allerdings um den Faktor 10 unterschiedliche Ergebnisse erzielt. Da dennoch eine gewisse statistische Relevanz aus dem Umstand herzuleiten ist, dass die beiden Erhebungen 50% der Teilnehmer stellen, und sie entsprechend vergleichbare Ergebnisse liefern, kann davon ausgegangen werden, dass auch bei Christakis et al.<sup>103</sup> diese Komplikationsform aufgetreten ist und lediglich aufgrund der Beschränkungen der Studie durch die Verwendung der Registeraufzeichnungen bzw. ICD9-Kodierung eine Betrachtung unterblieben ist.

Interessant ist, dass Ben Chaim et al.<sup>102</sup> ausdrücklich auf die Erhebung von Meatusstenosen verzichtet haben. Wie aus der Einleitung ersichtlich, handelt es sich hierbei um die häufigste Spätkomplikation. Die Nichtberücksichtigung kann daher an dieser Stelle unter Umständen zu einer Verzerrung der Aussage führen.

Bei der Betrachtung der Operationszwischenfälle zeigt das Gesamtergebnis aus Tabelle 2, dass weit überwiegend eine Behandlungsnotwendigkeit besteht, wenn es zu diesem Zwischenfall kommt. Den Studien von Christakis et al., Ben Chaim et al. und Wiswell und Geschke zufolge ist sogar immer eine Nachbehandlung notwendig gewesen.<sup>102-104</sup> Gemäß Christakis et al. handelte es sich soweit ersichtlich immer um Rekonstruktionen des Penis oder die Revision der Operationswunden. Bei Ben Chaim et al. wird eine partielle Glansamputation beschrieben, die eine zweite chirurgische Maßnahme erforderte, Wiswell und Geschke beschreiben einen Fall von Urethraverletzung. Zwar treten operative oder methodenabhängige Zwischenfälle mit einem Gesamtanteil von 0,04% sehr selten auf, ihre Folgen sind aber offenbar durchaus gravierend, wenn auch in der Regel behandelbar.

Bei Betrachtung der Einzelkomplikationen zeigt sich die unterschiedliche Wertung der Autoren hinsichtlich der Definition von Komplikationen und ihrer Schwere. Haben sich Wiswell und Geschke ebenso wie Christakis et al. ausschließlich auf dokumentierte Zwischenfälle bezogen,<sup>103,104</sup> und somit einen recht objektiven Weg zur Datenerhebung jedenfalls behandlungsbedürftiger Komplikationen gewählt, ist der Arbeit von Ben Chaim et al. nur teilweise eindeutig zu entnehmen, wie Komplikationen definiert wurden<sup>102</sup>. Genauere Angaben finden sich nur hinsichtlich der Spätkomplikationen, d.h. zu Inklusionszysten, unzureichenden Resektionsausmaß und Penistorsionen. Wie Blutungen eingeschlossen wurden, ist aber zum Beispiel nicht ersichtlich.

Bei den Arbeiten von Wiswell und Geschke und Christakis et al. ist dagegen problematisch, dass sie sich gänzlich auf fremde Datenerhebungen verlassen mussten und eine klare Definition zum Einschluss der Komplikationen retrospektiv nicht mehr erfolgen konnte.

Trotz dieser Einschränkungen zeigt sich aber ein relativ konsistentes Bild, das als plausibel zu betrachten ist.

#### **5.1.2.2 Einzelkomplikationen bei Säuglingen**

Bei den Säuglingsbeschneidungen sind die operationsbedingten und methodenabhängigen Zwischenfälle bzw. Blutungen als häufigste Komplikationen zu betrachten. Erst mit einigem Abstand folgen dann Infektionen und lokale Komplikationen (vgl. Tabelle 3).

Aufgrund der oben beschriebenen Vergleichbarkeit der Studien von Palit et al.<sup>112</sup> und Shah et al.<sup>113</sup> und deren statistischer Repräsentanz hinsichtlich des Gesamtergebnisses sollen auch hinsichtlich der Einzelkomplikationen nur diese beiden Studien näher betrachtet werden. Dabei wird erneut darauf hingewiesen, dass beide Studien sich ausschließlich mit Beschneidungen unter Verwendung des Plastibell beschäftigen und daher auch nur diesbezüglich Aussagen treffen können.

Alle Operationszwischenfälle, die von den Autoren beschrieben werden, betreffen das verwendete Instrumentarium. Dabei war entweder der Ring nach seiner Ablösung über den Penischaft gewandert oder die Teilung fand nicht in adäquater Form nach dem üblichen Zeitraum statt, so dass der Ring entfernt werden musste. Die Entfernung erfolgte laut beider Arbeiten jeweils komplikationslos, allerdings ist für diese Maßnahme eine Vorstellung beim Arzt notwendig. In der Hälfte der Fälle konnte bei Shah et al.<sup>113</sup> jedoch auch abgewartet werden,

bis die Teilung von selbst eintrat. Ob es sich bei den Problemen mit dem Plastibell-Ring neben der Klassifikation dieser Arbeit um schwere Zwischenfälle handelt, ist fraglich, kann aus der vorliegenden Literatur aber nicht beantwortet werden.

Die beschriebenen schweren Blutungen erforderten laut Shah et al.<sup>113</sup> großteils (71,43%) eine Nachbehandlung, Palit et al.<sup>112</sup> geben an, dass überwiegend konservative Maßnahmen ausreichend, teilweise aber dennoch die stationäre Überwachung über Nacht notwendig gewesen seien. Genauere Angaben finden sich leider nicht, weshalb deren Studie unter diesem Aspekt nicht näher betrachtet wird bzw. aus den Erwägungen zur Schwere der Komplikationen ausgeschlossen werden muss.

Auffällig ist, dass die Studien von Palit et al.<sup>112</sup> und Shah et al.<sup>113</sup> sich in ihrer Aussage bei Betrachtung der Einzelkomplikationen unabhängig von deren Schwere zwar von der Tendenz in ihren Häufigkeiten ähneln, sich diese Parallele aber nicht mehr findet, wenn es zur Betrachtung der Schwere der Komplikationen kommt. Hier kommen die Studien bei den lokalen Komplikationen, die in beiden Studien inadäquate Resektionsergebnisse betrafen, zu konträren Ergebnissen. Dieses Resektionsergebnis erforderte bei Palit et al.<sup>112</sup> eine Revision, bei Shah et al.<sup>113</sup> wurde das Ergebnis trotz Unzufriedenheit der Kindseltern für noch ausreichend erachtet. Erneut zeigt sich also die Notwendigkeit für weitere Forschung im Bereich der Säuglingsbeschneidung, um valide Ergebnisse zu erhalten.

Wie auch schon Ben Chaim et al.<sup>102</sup> äußern sich Palit et al.<sup>112</sup> zum Auftreten von Komplikationen bei medizinisch nicht ausgebildetem Personal. Ihnen zufolge nahm die Komplikationshäufigkeit mit zunehmendem Training der Beschneidenden kontinuierlich ab. Es zeigt sich daher, dass Ausbildung und Übung des zirkumzidierenden Personals offenbar zu geringeren Komplikationsraten führt, eine solche daher dringend zu empfehlen ist.

### **5.1.3 (Klein-)Kinder – Komplikationsrate und Einzelkomplikationen**

Nur eine Studie (Cathcart et al.<sup>114</sup>) aus „Industrienationen“ konnte identifiziert werden, die genauere Angaben zu Beschneidungskomplikationen bei der Vergleichsgruppe der (Klein-) Kinder machen konnte. Es handelt sich hierbei um eine retrospektive Studie, die über einen Zeitraum von sieben Jahren durchgeführt wurde. Die verwendeten Daten stammen aus einem Datenpool (Hospital Episode Statistics), der Informationen über alle Zuweisungen zu

Krankenhäusern des National Health Service in England enthält und seit 1997 (Beginn der Studie) ermöglicht, alle Krankenhausdaten, die einen Patienten betreffen, abzugleichen. Die verwendeten Daten betreffen Operationsschlüssel, die sich auf Zirkumzisionen und Kinder unter 14 Jahren beziehen. Einweisungen und Folgeeinweisungen wurden den entsprechenden Patienten zugewiesen.

Die Studie behandelt alle Komplikationen, die mit medizinischen Beschneidungen in Zusammenhang stehen und bei Kindern unter 15 Jahren erfasst wurden. Rituelle Beschneidungen und ihre Komplikationen wurden ebenso wie die, die bei Patienten mit mehreren unterschiedlichen Eingriffen auftraten, von Cathcart et al.<sup>114</sup> ausgeschlossen. Für Tabelle 5 waren nur die Daten bezüglich der Altersgruppen der Fünf- bis Neunjährigen und der Zehn- bis 14-jährigen erheblich und lieferten nur differenzierte Aussagen zu Blutungskomplikationen, die in der Studie altersübergreifend am häufigsten auftraten. Zusätzlich werden zwar die Notwendigkeit von Revisionen und von Meatusstenosen, die eine Intervention erforderten, von den Autoren in der Studie als Komplikationen erwähnt, aber weder genauer beleuchtet, noch nach Altersgruppen getrennt aufgeschlüsselt.

Genauere Aussagen zur Schwere der Blutungen können der Studie getrennt nach Altersgruppen ebenfalls nicht entnommen werden, so dass eine differenzierte Aussage zur Schwere der Komplikationen unterbleiben muss.

Zwar werden seitens der Studie von Cathcart et al.<sup>114</sup> Bedenken hinsichtlich der zugrundeliegenden Datengenauigkeiten angegeben, da sie ihre Erhebung auf Daten aus der „Hospital Episode Statistics (HES) Database“ stützt. Im Einzelnen wird dargelegt, dass möglicherweise Ungenauigkeiten in der Kodierung von Diagnosen und Behandlungen zu verfälschten Ergebnissen führen. Die Studie erläutert aber auch, dass diese Ungenauigkeiten vermutlich nicht zu allzu großen Fehlern geführt haben, weil die Kodierung von Zirkumzisionen recht eindeutig sei und es sich um einen bekannten Eingriff handele. Laut Angaben von Cathcart et al. stimmten daher in 98 % der Fälle die Kodierungen überein. Außerdem wurden möglicherweise leichtere Komplikationen, die eine erneute Einweisung nicht erfordern, von der Studie nicht erfasst, weil diese sich lediglich auf Daten über Komplikationsbehandlungen nach erneuter Krankenhauseinweisung bezieht.

Eine Stellungnahme zu Komplikationshäufigkeiten bei (Klein-)Kindern kann aufgrund der Studienlage leider nur eingeschränkt vorgenommen werden. Zwar wird eine relativ große Stichprobe untersucht, Einschränkungen ergeben sich aber bereits aus dem Umstand, dass rituelle Beschneidungen nicht untersucht wurden. Auch werden nur Blutungskomplikationen näher beschrieben, obwohl das Auftreten anderer Zwischenfälle zumindest erwähnt wird. Es

zeigt sich aber, dass in dieser Studie Kleinkinder weniger Blutungskomplikationen erleiden als Kinder.

Um eine Einschätzung zu Beschneidungskomplikationen bei (Klein-) Kindern in „Industrienationen“ tätigen zu können, besteht weiterer Forschungsbedarf. Anhand der verfügbaren Studie kann zwar eine Tendenz aufgezeigt werden. Der Umstand, dass ein Vergleich mit anderen Arbeiten aufgrund der Studienlage unterbleiben muss, führt aber dazu, nicht von allgemeingültigen Ergebnissen sprechen zu können.

Im Altersgruppenvergleich werden die Ergebnisse von Cathcart et al.<sup>114</sup> daher stellvertretend für eine grundsätzliche Aussage verwendet, ohne damit eine mutmaßliche Allgemeingültigkeit der Komplikationsraten bei Kleinkindern vorzugeben.

Weiss et al.<sup>48</sup> geben in ihrer Übersichtsarbeit bei Kindern eine Gesamtkomplikationsrate von im Mittel 6% an. Die Studie von Cathcart et al.<sup>114</sup> liegt mit 0,82% deutlich unter diesem Wert. Welche Gründe für diese Abweichungen ausschlaggebend sind, ist wie auch schon bei der Gruppe der Neugeborenen und Säuglinge (5.1.1.3) nicht klar ersichtlich. Beschneidungskomplikationen bei (Klein-) Kindern treten aber in „Industrienationen“ zumindest nach den Erhebungen von Cathcart et al.<sup>114</sup> im weltweiten Vergleich seltener auftreten.

#### **5.1.4 Altersgruppenvergleich**

Trotz der bereits erwähnten unzureichenden Studienlage zu Säuglingsbeschneidungen und Beschneidungen an (Klein-) Kindern soll anhand der erhobenen Ergebnisse ein Vergleich der Komplikationshäufigkeiten zwischen den Altersgruppen erfolgen. Dabei wird die Gruppe der (Klein-) Kinder nur durch die Studie von Cathcart et al.<sup>114</sup> repräsentiert, eine allgemeingültige Aussage für diese Altersklasse ist somit nicht möglich.

In Tabelle 6 zeigt sich, dass die Komplikationsraten insgesamt und für die einzelnen Komplikationsformen bei Neugeborenen deutlich geringer sind als bei Säuglingen. Im Vergleich zu (Klein-) Kindern ist dieser Unterschied bei weitem nicht so ausgeprägt. Ähnlich groß ist der Unterschied zwischen Komplikationsraten bei Säuglingsbeschneidungen und Zirkumzisionen älterer Kinder. Das Neugeborenenalter scheint daher den anderen Altersgruppen vorzuziehen sein. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Einschätzungen von Morris et al.<sup>33</sup>. Ob die von ihm angeführten Gründe ausschlaggebend sind (vgl. 1.2.5), oder noch andere zu dem vergleichsweise komplikationsarmen Eingriff führen, kann aufgrund der Studienaussagen nicht dargelegt werden.

Entgegen der aufgestellten Hypothese sind Komplikationen nicht in jedem Alter gleich häufig anzutreffen, vielmehr ist die Neugeborenenperiode als besonders komplikationsarm zu betrachten.

## **5.2 Juristische Aspekte: Einwilligungsmöglichkeit in die Beschneidung minderjähriger Knaben durch deren Personensorgeberechtigten**

### **5.2.1 Einwilligungsmöglichkeit nach der aktuellen Gesetzeslage**

#### **5.2.1.1 Tatbestandsmäßigkeit der rituellen Zirkumzision, §§ 223 Abs. 1, 224 Abs. 1 Nr. 2, 2. Var. StGB**

Geschütztes Rechtsgut im Rahmen der Körperverletzungsdelikte ist die körperliche Unversehrtheit eines Menschen unter Einschluss seines körperlichen und gesundheitlichen Wohlbefindens.

Bei der Beschneidung wird das männliche Präputium ganz oder teilweise entfernt. Es handelt sich bei diesem Vorgang um einen dauerhaft substanzmindernden und damit -verletzenden Eingriff in die körperliche Integrität und daher um eine Misshandlung. Ebenso kann eine Beeinträchtigung des körperlichen Wohlbefindens im Sinne einer vorübergehenden Gesundheitsschädigung für die Zirkumzision bejaht werden, da die Wundheilung einige Zeit benötigt. Die Zirkumzision ist daher als Körperverletzung im Sinne des § 223 Abs. 1 StGB anzusehen.

Zudem scheint es – im Einklang mit der Rechtsprechung – angebracht, auch ärztliche Heilmaßnahmen, die dem Patienten helfen sollen, grundsätzlich als Körperverletzung zu qualifizieren. Die Zuordnung der Heilbehandlung zu den Körperverletzungstatbeständen vermeidet die Aufweichung der vom Gesetzgeber für diesen Bereich vorgesehenen Grundsätze. Die Ergänzung des gesetzlichen Tatbestandes durch ungeschriebene Voraussetzungen – wie zum Beispiel: kunstgerecht, erfolgreich, erfolglos aber kunstgerecht etc. – steht zu einer eindeutigen und klaren Rechtslage im Widerspruch.

Im Übrigen wird auch dem gesetzgeberischen Willen mit dieser Wertung Folge geleistet: Im Zuge des 6. Strafrechtsreformgesetzes von 1998 wurden zwar die Körperverletzungstatbestände „Straftaten gegen die körperliche Unversehrtheit“ neu gefasst.<sup>198</sup> Es wurde jedoch trotz eines entsprechenden Entwurfes des Bundesjustizministeriums davon abgesehen, die eigenmächtige oder fehlerhafte Heilbehandlung als eigenen Straftatbestand in das StGB aufzunehmen.<sup>50,130,199</sup>

Diese gesetzgeberische Entscheidung unterstreicht den Willen, weiterhin die ärztliche Heilbehandlung unabhängig von Fehlerhaftigkeit und Eigenmacht grundsätzlich als Körperverletzung zu betrachten (vgl. 4.1.2). Eine entgegenstehende Auffassung hätte die Einbringungen berücksichtigt und nicht weiterhin zur Disposition der Rechtsauslegung gestellt.

Zirkumzisionen werden mittels eines Skalpells oder ähnlichen Instrumenten vorgenommen (vgl. 1.2.3). Diese Art von Schneidewerkzeugen zeichnet sich dadurch aus, besonders scharf zu sein und ist aufgrund dieser Beschaffenheit potentiell geeignet, als gefährliches Werkzeug klassifiziert zu werden. Ob die Beschneidung eine erhebliche Verletzung des Patientenkörpers darstellt, kann dahinstehen, weil Messern generell eine Gefährlichkeit immanent ist, wenn diese zum Schneiden oder Stechen verwendet werden (vgl. 4.2). Beschneidungen sind daher grundsätzlich gefährliche Körperverletzungen gemäß §§ 223 Abs. 1, 224 Abs. 1 Nr. 2, 2. Var. StGB.

Es besteht – entgegen der ständigen Rechtsprechung des BGH (vgl. 4.2) – kein Anlass, Mediziner grundsätzlich aus dem Qualifikationstatbestand des § 224 Abs. 1 Nr. 2, 2. Var. StGB auszunehmen, auch wenn sie bestimmungsgemäß und *lege artis* mit medizinischen Werkzeugen hantieren. Im Falle einer Operation, Injektion oder Blutentnahme bringt es im Gegenteil das ärztliche Eingreifen mit sich, in die Substanz des Patientenkörpers mittels dazu hergestellter Instrumente einzugreifen. Dies ist in diesen Fällen Sinn der ärztlichen Tätigkeit.<sup>144</sup> Dennoch wohnt den verwendeten Instrumenten eine besondere Gefährlichkeit inne, die sich gerade aus ihrer Verwendung ergeben, mag auch die ärztliche Motivation frei von Angriffsgedanken sein. Den Arzt aus der Anwendbarkeit des § 224 Abs. 1 Nr. 2, 2. Var. StGB generell herauszunehmen, bedeutet, die Wertung, die oben zu § 223 Abs. 1 StGB getroffen wurde, wieder zurückzunehmen und die eindeutige Rechtslage durch zusätzliche Erfordernisse aufzuweichen. Dort sollte eben nicht im Rahmen der objektiven Tatbestandserfüllung auf Zielrichtungen und Sinngehalt des medizinischen Vorgehens Bezug genommen werden, hier würde es aber zum ausschlaggebenden Kriterium gemacht.

Es ist daher gleichgültig, ob ein Arzt oder ein medizinischer Laie die Zirkumzision vornimmt, beide verwirklichen bei diesem Eingriff den objektiven Tatbestand der gefährlichen Körperverletzung gemäß §§ 223 Abs. 1, 224 Abs. 1 Nr. 2, 2. Var. StGB.

Das führt dazu, dass das Strafantragserfordernis des § 230 StGB entfällt und gemäß § 152 StPO eine Verfolgung von Amts wegen erfolgt.

### **5.2.1.2 Elterliche Einwilligung unter besonderer Beachtung der Abwägung der kollidierenden elterlichen und kindlichen Grundrechte**

Die elterliche stellvertretende Einwilligung in eine kindliche Beschneidung ist dann wirksam, wenn sie das Kindeswohl ausreichend beachtet und damit von der Dispositionsbefugnis im Rahmen der elterlichen Sorge getragen ist. Maßgeblich ist in diesem Zusammenhang die Abwägung der elterlichen und kindlichen Grundrechte nach dem Prinzip der praktischen Konkordanz.

Zusätzlich darf die Einwilligung in die Beschneidung nicht sittenwidrig sein.

#### **5.2.1.2.1 Abwägung der betroffenen Grundrechte auf Basis der Lehre von der praktischen Konkordanz**

Die Eltern haben das Recht auf freie Kindserziehung, Art. 6 Abs. 2 S. 1 2. Var. GG, was auch die religiöse Erziehung mit umfasst. Was aus Sicht der Kindseltern notwendig ist, um die weltanschaulichen Hintergründe und die Traditionen ihres Kultur- und Glaubenskreises weiterzugeben, sind sie befugt zu bestimmen (vgl. 4.4.1.2.1.1). Dabei ist zu beachten, dass das elterliche gesellschaftliche Umfeld bestimmte Regeln familienintern unter Umständen nicht zur Disposition stellt, wollen die Familien vollwertige Mitglieder einer Gemeinschaft sein. Die Knabenbeschneidung gilt in der muslimischen und jüdischen Kultur als fester Bestandteil des männlichen religiösen Zugehörigkeitsbekenntnisses. Die elterliche Entscheidung für dieses Vorgehen und die damit verbundene Aufnahme des Kindes in die jeweilige Glaubens- und Kulturgemeinschaft ist auch eine Entscheidung für eine bestimmte weltanschauliche Erziehung.

Die Knabenbeschneidung hat für die muslimische und jüdische Religion einen entscheidenden Charakter. Die Wahl, das eigene Bekenntnis an ihren Kindern zu manifestieren und diese damit in den eigenen Glauben und die eigene Glaubensgemeinschaft einzuführen, unterfällt der Religionsfreiheit der Eltern gemäß Art. 4 Abs. 1 und 2 GG ebenso, wie die damit verbundene Entscheidung, ein Kind in einem bestimmten Glauben zu erziehen (vgl. 4.4.1.2.1.2). Erneut sei betont, dass die Eltern den Inhalt ihrer Erziehung innerhalb der gesetzlichen Vorgaben und unter Beachtung des Kindeswohles selbst bestimmen können, um gerade auch im Bereich der Weltanschauung die eigenen Maximen weiterzugeben.

Grundsätzlich können wegen des Vorranges des Kindeswohls diese elterlichen Rechte eingeschränkt werden. Dabei bleibt zu beachten, dass laut Prof. Bielefeldt (vgl. Bielefeldt, Anhang 2.3.3) – im Einklang mit der Aussage von Graumann<sup>69</sup> – zumindest für die in

Deutschland lebenden Juden ein Leben nach den bisherigen Glaubenstraditionen nicht möglich wäre, sollten rituelle Beschneidungen bzw. die Einwilligung in diese rechtlich nicht mehr zulässig sein. Dies würde einen unverhältnismäßigen Eingriff in die elterliche Glaubensfreiheit nach Art. 4 Abs. 1 und 2 GG darstellen. Die Bewertung der Wichtigkeit und des Ranges religiöser Vorschriften und Traditionen stehe zudem dem deutschen Gesetzgeber und der Jurisprudenz nicht zu. Vielmehr sei diese nach Glaubhaftmachung durch die Gläubigen und nach Feststellung der Plausibilität als gegeben anzunehmen.

Bei Hinwendung zu den kindlichen (Grund-)Rechten, ergibt sich, dass einer religiös-rituellen kindlichen Beschneidung automatisch eine Einschränkung der kindlichen freien Entfaltung und Entwicklung folgt. Zweifellos wird das Kind der Wahl beraubt, sich selbst für oder gegen diese Form des religiösen Bekenntnisses zu entscheiden, da der Eingriff irreversibel ist. Auch die Selbstfindung in der Phase des Heranwachsens wird von der elterlichen Entscheidung und der damit verbundenen Eingliederung in eine Gemeinschaft bestimmt und ist nicht mehr frei von äußeren Gegebenheiten, unabhängig davon, wie stark das familiäre Leben an religiösen Werten ausgerichtet ist.

Unter Beachtung des zuvor zu den elterlichen Grundrechten Gesagten, ist aber diese kindliche Prägung gerade Sinn der elterlichen Erziehung. Ohne das Kind in seiner Entwicklung zu lenken, kann das Heranwachsen in elterlicher oder gesellschaftlicher Tradition gerade nicht erfolgen. Das Kindeswohl besteht, wie schon unter 4.4.1.2.2.1 festgestellt, nicht nur in seiner freien Entfaltung sondern auch in der stabilen Einbindung in eine Gemeinschaft. Diese würde bei einem Aufschub der Beschneidung zu einem Zeitpunkt, in dem das Kind selbst entscheiden kann, möglicherweise gefährdet. Außerdem steht zu befürchten, dass sich ein nichtbeschnittenes Kind unter beschnittenen Kindern ausgegrenzt fühlt. Gerade in der jüdischen Gemeinde, die mit 13 Jahren das Fest der Bar Mitzwa feiert (vgl. 1.1.1), würde eine unterbliebene Neugeborenenbeschneidung zu innerreligiösen Problemen führen, von den Folgen für Erwachsene (Aufruf zur Tora, Heirat, Beerdigung) einmal abgesehen. Bei den muslimischen Knaben findet die Beschneidung im Rahmen eines großen Festes statt, im Türkischen wird dieses Fest sogar als Hochzeit bezeichnet. Im Islam besteht die Beschneidung nach Aussage von Herrn Altin nicht nur in einer Tradition und einem allgemein durchgeführten Ritus, sondern ist auch ein Zeichen für die Mannwerdung des Sohnes, der danach sukzessive an seine Glaubenspflichten herangeführt wird (vgl. Altin / Erol, Anhang Frage 23). Im Übrigen würde ein nicht beschnittener Muslim jedenfalls in der Türkei nur schwerlich eine Ehe schließen können (vgl. Altin / Erol, Anhang Frage 4).

Ob die Einbindung in die Gesellschaft unter diesen Umständen nicht der eigenen Entscheidung vorzuziehen sein sollte, erscheint zumindest fraglich. In Anlehnung an Spaemann<sup>81</sup> sei zudem darauf verwiesen, dass eine religiöse Lebensausrichtung des späteren Erwachsenen immer auch von einer religiösen kindlichen Erfahrung abhängt, unabhängig davon, für welchen Glauben sich das Kind im Laufe seines Lebens entscheidet. Gegen dieses Verständnis des Kindeswohls scheint § 1631 Abs. 2 BGB zu sprechen, der Kindern das Recht auf gewaltfreie Erziehung garantiert. Allerdings nennt das Gesetz an dieser Stelle selbst vor allem entwürdigende Maßnahmen. Eine solche kann in der Knabenbeschneidung nicht erblickt werden. Dem Vorgesagten ist vielmehr zu entnehmen, dass es sich bei dem Ritus aus Gläubigersicht um eine Verbesserung der kindlichen Position handelt. Es handelt sich daher bei der Zirkumzision um eine von der Mädchenbeschneidung streng zu trennende Praxis (vgl. Anhang, Bielefeldt 2.2.2). Die Verletzung des Kindeswohls bzw. des Rechts auf freie Entfaltung der Persönlichkeit des Kindes aus Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG durch die elterliche Einwilligung kann somit nicht hinreichend belegt werden.

Die rituelle Knabenbeschneidung könnte in die kindliche Glaubensfreiheit eingreifen, weil das Kind sich nicht mehr frei für oder gegen ein körperliches Bekenntnis entscheiden kann. Das kindliche Recht zur freien Religionsausübung stünde dann mit dem der Eltern in Konkurrenz, sofern man davon ausgeht, dass die kindliche Entscheidung der der Eltern nicht entspricht. Grundsätzlich gilt bei konkurrierenden Glaubensfreiheiten und Unvereinbarkeit der widerstreitenden Interessen das Gebot der gegenseitigen Toleranz.<sup>172,180</sup> Ein solcher Widerspruch kann aber bei der Wahrnehmung der Glaubensfreiheit der Eltern in Vertretung des minderjährigen Kindes nicht angenommen werden. Vielmehr bestimmen die Eltern im Rahmen ihres Erziehungsrechts den Glaubensinhalt des Kindes im Einklang mit ihren eigenen Wert- und Glaubensvorstellungen. Sie müssen dabei im mutmaßlichen Interesse des Kindes entscheiden.<sup>200</sup> Es wird daher deutlich, wie sehr ihre eigene Glaubensfreiheit nach dem gesetzgeberischen Willen Einfluss auf das religiöse und weltanschauliche Leben des Kindes nimmt und nehmen soll, um den oben erwähnten Inhalt der Erziehung und die Harmonie innerhalb des familiären Lebens zu ermöglichen. Widerstreitende Interessen können daher nur sukzessive und erst bei zunehmendem Heranwachsen und damit verbundenen erstarkenden eigenen Vorstellungen des Kindes auftreten und werden rechtlich erst bei Religionsmündigkeit des Kindes gemäß § 5 S. 1 KErzG relevant, sofern ihm seine freie Religionsausübung durch die Eltern dann nicht gewährt wird.

Solange die Eltern die kindliche Glaubensfreiheit quasi stellvertretend innehaben, müssten ihre Entscheidungen nach dem Gesetzgeberwillen also als die des Kindes gelten. Eine Entscheidung für die rituelle Beschneidung im Kindesalter könnte somit die kindliche Glaubensfreiheit nicht verletzen.

Problematischer ist die Verhältnismäßigkeitsprüfung hinsichtlich des Eingriffs in das kindliche Recht auf körperliche Unversehrtheit gemäß Art. 2 Abs. 2 S. 1, 2. Var. GG. Dass bei einer Beschneidung die körperliche Unversehrtheit beeinträchtigt wird, ist unzweifelhaft und wurde bereits bei der Prüfung der Tatbestandsmäßigkeit des § 223 StGB erläutert (vgl. unter 4.1.1). Entscheidend ist aber, ob eine im Vergleich zur Glaubensfreiheit der Eltern bzw. deren Erziehungsrecht unverhältnismäßige Beeinträchtigung stattfindet, wenn diese ihre Einwilligung zur rituellen Beschneidung ihres Kindes erklären.

Den medizinischen Ausführungen kann entnommen werden, dass zumindest bei Neugeborenen und (Klein-) Kindern, die aufgrund der rituellen Traditionen den Großteil der beschnittenen Kinder ausmachen dürften, Komplikationen relativ selten und auch eher leichter Natur sind. Dennoch sind schwere postoperative Zwischenfälle auch bei diesem Eingriff möglich. Beschrieben werden hypovolämische Schocks aufgrund des Blutverlustes <sup>201</sup>, akutes Nierenversagen <sup>202</sup>, Harnverhalt <sup>202–204</sup> und Glansnekrosen <sup>205</sup>. Auch Todesfälle nach septischen Schocks sind bekannt <sup>206,207</sup>.

Hinzukommt, dass dem gesundheitlichen Nutzen im Sinne der Krankheitsprävention in „Industrienationen“ ein fragliches Gewicht zukommt. Bereits oben wurde festgestellt, dass eine Übertragbarkeit der Forschungsergebnisse zur Krankheitsprävention durch Beschneidungen aus Afrika auf Amerika aufgrund der unterschiedlichen Bedingungen nicht möglich ist. (vgl. 1.2.1) Dies wurde zwar nur hinsichtlich der Vorbeugung gegen HIV-Ansteckungen explizit formuliert <sup>30</sup>, könnte aber auf anderen Ebenen ebenfalls zutreffen. Für Deutschland dürfte in diesem Zusammenhang Ähnliches gelten. Außerdem soll nicht unbeachtet bleiben, dass bei rituell motivierten Beschneidungen gesundheitliche Vorteile ohnehin nicht primär ausschlaggebend sind.

Die peri- oder postoperativ auftretenden Komplikationen sind aufgrund der fraglichen oder mangelnden medizinischen Indikation vielmehr insgesamt vermeidbar. Wie schwer die auftretenden Komplikationen bei diesem Eingriff sind, ist dabei unerheblich. In der Abwägung muss diese freie Entscheidung für das Risiko von vermeidbaren Gesundheitsrisiken erschwerend

berücksichtigt werden. Für sich genommen könnte dieses Argument möglicherweise schon zur Bejahung der Unverhältnismäßigkeit ausreichen.

Ergänzend wird häufig noch die rechtliche Behandlung von Einwilligungsfällen herangezogen, die der Gemeinschaft der Zeugen Jehovas angehören. Danach ist es den Kindseltern untersagt, Entscheidungen stellvertretend für ihre Kinder aus religiöser Motivation zu treffen, wenn dadurch das Kind konkret gefährdet wird.<sup>192,208</sup> In diesen Fällen handelt es sich aber um die Verweigerung potentiell lebenserhaltender oder -rettender Bluttransfusionen. Ihre Verabreichung ist in diesen Fällen indiziert und die elterliche Glaubensbefolgung in Form einer Verweigerung bereits aus Gründen des Kindeswohles und der Verpflichtung zur Personensorge unzulässig (vgl. 4.4.1.2). Diese Bedingungen sind nicht mit denen der rituellen Beschneidung vergleichbar und können daher nicht zu Argumentationszwecken herangezogen werden.

Möglicherweise lässt sich aus anderen Eingriffen in die kindliche körperliche Unversehrtheit und deren rechtliche Wertung eine Lösung für die Verhältnismäßigkeitsprüfung finden.

Hier sind beispielhaft die Korrektur von Segelohren, aber auch das Piercing der Ohrläppchen Minderjähriger zu erwähnen. Diese Eingriffe sind dem Bereich der Schönheitsoperationen im weitesten Sinne zuzuordnen, für die die Kindseltern grundsätzlich keine Einwilligungsbefugnis haben (vgl. 4.4.1.2) und die ebenfalls nach den oben genannten Kriterien Körperverletzungen darstellen, da sie die körperliche Integrität stören.

Das Argument für die Zulässigkeit des Anlegens von kindlichen Segelohren bzw. der dazu erforderlichen elterlichen Einwilligung könnte darin betrachtet werden, dass im Interesse des Kindes gehandelt wird, indem es vor Diskriminierung und Hänseleien bewahrt wird. Diese allenfalls psychologisch- präventive Indikation ist aber durchaus mit dem Beschneidungsritus zu vergleichen. Auch bei letzterem besteht die Gefahr, dass das Kind durch seinen Status als Unbeschnittener aus seiner Gemeinschaft ausgeschlossen wird und es zu Diskriminierungen und Hänseleien kommt. Zwar ist eine Beschneidung auf den ersten Blick nicht erkennbar, wie das zum Beispiel bei Segelohren der Fall ist. Dies ist aber ein eher schwaches Argument. Der Unterschied zwischen einem körperlichen Eingriff zur Beschneidung, dem Anlegen der Segelohren oder der Korrektur einer krummen Nase ist rechtlich nicht ersichtlich, wenn es darum geht, die Wahrung des Kindeswohls mit der Prävention von Hänseleien gleichzusetzen. Wenn das Anlegen von Segelohren für zulässig erachtet wird, müsste die rituelle Beschneidung es daher auch sein.

Ein Fall aus jüngster Zeit vor dem AG Berlin Lichtenberg (14 C 58/12), gab Anlass zur Diskussion, ob Piercings bei Kindern und die elterliche Einwilligung in diesen Vorgang zulässig sein kann. Ob eine strafrechtliche Verfolgung in diesem Fall durchgeführt wird, ist aber nicht endgültig klar.<sup>209</sup> Das Durchstechen kindlicher Ohrlöcher unterfällt jedenfalls keiner medizinischen Indikation. Ebenso wie das Anlegen der Ohren oder die Beschneidung handelt es sich hierbei um einen irreversiblen Eingriff. Zwar wird im Allgemeinen behauptet, die Piercing-Löcher wüchsen nach Entfernen der Ohringe wieder zu, die Realität zeigt aber, dass sie, wenn die Entfernung des Schmuckes nicht mehr oder minder unmittelbar nach deren Anlage erfolgt, lebenslang sichtbar sind. Die Nebenwirkungen dieses vermeintlich kleinen Vorgangs sind darüber hinaus erheblich, wenn auch selten. So wird gerade bei kleinen Kindern ein Einwachsen der Ohrstecker mit langwierigen Entzündungen beschrieben<sup>210</sup>.

Aus der vermeintlichen Zulässigkeit dieser Eingriffe bzw. der entsprechenden elterlichen Einwilligung kann nicht automatisch auf die Zulässigkeit der elterlichen Einwilligung zur rituellen Knabenbeschneidung geschlossen werden, wenn sich ihr auch ein Hinweis auf diese Wertung entnehmen lassen kann. Zwar scheint das Kindeswohl bei einer nicht medizinisch indizierten Körperverletzung grundsätzlich unverhältnismäßig beeinträchtigt. Bezieht man aber in den Kindeswohlbegriff nicht nur das Recht auf körperliche Unversehrtheit bzw. die im Rahmen des Sittenverständnisses (vgl. 4.4.2, 5.2.1.2.1) freie Verfügungsmacht über den eigenen Körper mit ein, sondern berücksichtigt man auch die vorstehenden Äußerungen zur Persönlichkeitsentfaltung und –entwicklung und der kindlichen Glaubensfreiheit, gelangt man zu dem Schluss, dass das Kindeswohl auch bei einer Körperverletzung nicht zwangsläufig unzulässig beeinträchtigt sein muss.

Außerdem soll an dieser Stelle erwähnt sein, dass bei der Verschiebung der Beschneidung hin zu einem späteren Alter in Wahrung der vorgenannten kindlichen Rechte aus Art. 2 und 4 GG, durchaus die Gefahr besteht, dass die betroffenen Kinder einem Beschneidungstourismus ausgesetzt werden oder unter möglicherweise schlechteren Bedingungen beschnitten werden könnten: Der IFB-Präsident Altin äußert sich hier eindeutig, wenn er sagt, Beschneidungen würden auch angesichts eines Verbotes oder entsprechender Einschränkungen durchgeführt. Wenn die Bedingungen in Deutschland dazu nicht gegeben wären, würde man den Eingriff in der türkischen Botschaft oder im Urlaub durchführen lassen (vgl. Altin / Erol, Anhang Frage 18).

Nach den vorstehenden Überlegungen verletzt die elterliche Einwilligung in die rituelle Knabenbeschneidung zwar das kindliche Recht auf körperliche Unversehrtheit, in Zusammenschau mit der kindlichen Glaubensfreiheit, ausgeübt durch die Eltern, und dem Kindeswohl als umfassendes Prinzip scheinen die kindlichen Rechte trotz der Irreversibilität des Eingriffs gewahrt und der Eingriff verhältnismäßig. Da somit die Eltern dispositionsbefugt sind, ist deren stellvertretende Einwilligung in den Eingriff wirksam und eine Strafbarkeit des Beschneidenden nach §§ 223 ff. StGB entfällt.

Dieses Ergebnis steht im krassen Gegensatz zum Urteil des LG Köln<sup>53</sup>, das durch die Knabenbeschneidung das Kindeswohl verletzt sieht und daher die Dispositionsbefugnis der Eltern für eine Einwilligung verneint. Allerdings äußert das Gericht, dass ein Ergebnis der Grundrechtsabwägung im vorgenannten Sinne „nicht unvertretbar“<sup>53</sup> erscheint.

#### **5.2.1.2.2 Sittenwidrigkeit**

Grundsätzlich wird in unserer Wertegesellschaft die rituelle Zirkumzision als ein moralisch akzeptierter Akt angesehen. Sie führt, sofern lege artis durchgeführt, darüber hinaus nicht zu Funktionseinbußen. Es handelt sich um einen eher kleinen Eingriff, der zwar den irreversiblen Verlust der Vorhaut zur Folge hat, in der Regel aber keine ungewöhnlich große Gefahr für den Behandelten mit sich bringt, sofern während der Behandlung und bei der Vor- und Nachsorge gewisse Mindeststandards eingehalten werden. Auch eine dauerhafte Behinderung wird nicht provoziert. Die Knabenbeschneidung reicht also von ihrer Schwere nicht an eine Körperverletzung im Sinne des § 226 StGB heran (vgl. 4.4.2). Im Gegenteil gehen mit der Zirkumzision möglicherweise Vorteile wie Krankheits- und Infektionsprävention und ein hygienischer Nutzen einher (vgl. 1.2.1), auch wenn diese bisher nicht eindeutig belegt sind.

In ihrer moralischen Wertigkeit und in ihrer körperlichen Auswirkung unterscheidet sich die Zirkumzision dazu fundamental von der weiblichen Genitalverstümmelung. Letztere hat nicht nur die Demütigung und Unterwerfung der Beschnittenen zum Ziel, sondern führt auch zu bedeutenden Funktionseinbußen und lebenslanger Qual. Die Frau wird beschnitten, um überhaupt als gebärfähig zu gelten und sie den Vorstellungen der Gesellschaft unterzuordnen, und somit zu einem Objekt der Verheiratung und Gebärfähigkeit degradiert.<sup>211</sup> Das Europäische Parlament hat aus diesem Grund am 24.03.2009 zur Beschneidung von Frauen beschlossen<sup>212</sup>, gegen die weibliche Beschneidung vorzugehen, weil mit der Praxis gravierende gesundheitliche Folgen verbunden seien, dieses Vorgehen auf der Vorstellung der Ungleichheit der Geschlechter

und der damit verbundenen Macht und Kontrolle über Frauen beruhe und es sich somit um einen Gewaltakt gegen die Betroffenen handle, der irreparable schwerwiegende organische und psychische Schäden hervorrufe, und verurteilt diesen Akt als fundamentale Menschenrechtsverletzung.

Eine Sittenwidrigkeit der Knabenbeschneidung kann nach dem Vorgesagten nicht angenommen werden.

### **5.2.2 Gesetzesentwürfe: Auswirkung auf die Einwilligungsmöglichkeit**

Der Gesetzesentwurf der Bundesregierung<sup>92</sup> inkludiert in die elterliche Personensorge das Recht in rituelle Beschneidungen einzuwilligen, sofern die Regeln der ärztlichen Kunst beachtet werden, § 1631 d Abs. 1 S.1 (vgl.1.4.2). Damit bestätigt die neue Regelung die bisherige Gesetzeslage nach oben vertretener Auffassung und widerspricht dem Urteil des LG Köln<sup>53</sup>. Die Ergänzungen zur Durchführung lege artis betrifft insbesondere eine adäquate Schmerztherapie und Anästhesie und ist nach dem oben gesagten zu begrüßen (vgl. 1.2.2). Auf diese Weise wird versucht, die Beachtung des Kindeswohls im Sinne von Komplikations- und Schmerzvermeidung aus medizinischer Sicht bestmöglich zu garantieren. Das wird auch in § 1631 d Abs. 1 S.1 betont. In Abs. 2 des Entwurfs wird den jüdischen Erfordernissen zur rituellen Durchführung durch Mohalim begegnet, um der Religionsausübungsfreiheit gleichwertige Geltung zu verschaffen.

Eine rituelle Knabenbeschneidung ist nach diesem Entwurf im Vergleich zur bisherigen Praxis und Gesetzeslage unverändert möglich.

Zwei Änderungsanträge zu dem Gesetzesentwurf der Bundesregierung wurden im Rechtsausschuss gestellt. Der Änderungsentwurf von Lischka et al.<sup>213</sup> sieht insbesondere die Betonung einer ärztlichen Aufklärungspflicht und einen Absatz 3 des neu zu schaffenden § 1631d BGB vor. Letzterer betrifft die Ermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit, die Ausbildungsvoraussetzungen/ Befähigungsnachweise nichtärztlicher Beschneider, die näheren Bedingungen des Eingriffs – vor allem auch der Schmerzbehandlung und der Anästhesie –, die ärztliche Bekundung einer gesundheitlichen Unbedenklichkeit des Eingriffs und die Anforderungen an die Ermittlung eines kindlichen Vetos zu regeln. Außerdem wird eine Evaluierung der gesetzlichen Neuregelungen nach fünf Jahren durch das Bundesministerium der Justiz und des Bundesministeriums der Gesundheit vorgesehen. Zur Begründung wird angeführt, eine Aufklärung könne, gerade auch bei ärztlich nicht indizierten Eingriffen, nur durch einen

Arzt und nicht durch einen nichtärztlichen Beschneider erfolgen. Außerdem müssten die medizinischen Voraussetzungen des Eingriffs und die Ausbildungsmodalitäten von rituellen Zirkumzisoren zum Zwecke der Rechtssicherheit festgeschrieben bzw. durch Verordnung festgelegt werden.

Der Änderungsentwurf von Montag et al.<sup>213</sup> sieht dem vorgehend geschilderten gegenüber vor, dem entgegenstehenden Kindeswillen größeres Gewicht einzuräumen, indem eine kindliche Weigerung zum Ausschluss der Einwilligungsmöglichkeit führen soll und die Frist innerhalb der eine nichtärztliche Beschneidung durchgeführt werden darf, von sechs Monaten auf 14 Tage zu verkürzen. Zur Begründung wird hier angegeben, der Kindeswille sei, sofern erkennbar, unbedingt zu berücksichtigen. Außerdem sei eine Verkürzung des Zeitraumes, innerhalb dessen eine rituelle Beschneidung durchgeführt werden dürfe, dem notwendigen Analgesie- und Anästhesieerfordernis geschuldet. Nur während des frühesten Neugeborenenalters sei es zu rechtfertigen, von einer Narkose abzusehen, da diese in dieser Phase mit nicht zu rechtfertigenden Risiken einhergehe und eine Beschneidung mit lokal wirksamen Salben und Zäpfchen durchzuführen wäre, die auch durch nichtärztliche, entsprechend ausgebildete Beschneider angewendet werden könnten. Beide Änderungsentwürfe wurden vom Rechtsausschuss abgelehnt.<sup>213</sup>

Der Gegenentwurf der Abgeordneten Rupprecht et al.<sup>94</sup> spricht den Eltern die bisher zulässige Einwilligungsmöglichkeit ab. Ihm zufolge wäre eine rituelle Knabenbeschneidung nur nach Vollendung des 14. Lebensjahres und mit Zustimmung des betroffenen Kindes zulässig. Außerdem wird die Durchführung durch qualifizierte Ärzte vorgeschrieben. Dieser Entwurf wurde ebenfalls seitens des Rechtsausschusses abgelehnt.<sup>213</sup>

Der Gesetzesentwurf der Bundesregierung wurde vom Bundestag aufgrund der Beschlussempfehlung des Rechtsausschusses und dessen Berichts am 12.12.2012 unverändert beschlossen und passierte am 14.12.2012 den Bundesrat.<sup>98,99</sup> Es wurde am 20.12.2012 vom Bundespräsidenten ausgefertigt.<sup>214</sup>

Die bisherige Rechtslage bleibt damit im oben erläuterten Sinne unverändert bestehen: Personensorgeberechtigte können in die rituelle Beschneidung ihres minderjährigen männlichen Kindes einwilligen, sofern die Regeln der ärztlichen Kunst und das Kindeswohl bei diesem Eingriff beachtet werden.

Am 28.12.2012 ist das Gesetz in Kraft getreten.<sup>95,214</sup>

## 6. ZUSAMMENFASSUNG

Die Knabenbeschneidung zählt in Judentum und Islam zu den wichtigsten Riten. Sie wird in diesen Glaubensrichtungen weitgehend universell praktiziert.

Neben den (medizinischen) Indikationen, die vornehmlich in Infektions- und Karzinomprophylaxe und der Therapie von pathologischen Phimosen bestehen, bleibt eine Reihe von Komplikationen zu beachten. Hierzu zählen vor allem Blutungen, Infektionen, Schmerzen, Meatusstenosen, lokale Entzündungen, Verletzungen des Penis und der Glans, sekundäre Phimosen, Narbenbildungen und Verletzungen der Harnröhre.

Dringend erforderlich, auch bei Neugeborenen, ist eine adäquate Schmerzbehandlung und eine ausreichende Erfahrung des Operateurs, da Komplikationen insbesondere durch mangelnde Expertise hervorgerufen werden können.

Hypothese 1: Schwerwiegende Komplikationen sind vergleichsweise selten, da es sich um einen eher kleinen Eingriff handelt.

Aufgrund der Studienlage fällt es schwer, eine generelle Aussage zur Häufigkeit des Auftretens schwerer und leichter Komplikationen zu treffen, da es insbesondere an einheitlichen Definitionen und Bewertungen von Komplikationen mangelt.

Nach der vorliegend verwendeten Einteilung sind bei Neugeborenen Blutungen eher leichter Natur, d.h. sie erforderten keine erneute medizinische Intervention. Hingegen bedurften lokale Gewebsveränderungen und Operationszwischenfälle in dieser Altersklasse weit überwiegend einer stationären Aufnahme oder einer Revision (vgl. Tabelle 2). Bei der Gruppe der Säuglinge waren dagegen die Komplikationen überwiegend als schwerwiegend zu betrachten, das gilt trotz der eingeschränkten Aussagekraft der Studienlage sowohl für die Entität der Blutungen als auch für die der operativen Zwischenfälle, wobei letztere ausschließlich Komplikationen bei Verwendung des Plastibell-Rings betreffen. Bei lokalen Gewebsveränderungen halten sich dagegen in dieser Altersklasse schwere und leichte Zwischenfälle die Waage (vgl. Tabelle 4). Zur Gruppe der (Klein-) Kinder kann nach der Studienlage keine Aussage zur Schwere der auftretenden Komplikationen getätigt werden.

Hypothese 2: Alle Altersklassen haben ein gleich hohes Risiko, eine Beschneidungskomplikation zu erleiden.

Das Neugeborenenalter scheint für Beschneidungen besonders günstig zu sein (vgl. Tabelle 6). Entgegen der aufgestellten Hypothese haben die unterschiedlichen Altersklassen ein unterschiedliches Komplikationsrisiko: die Neugeborenenperiode ist im Vergleich besonders komplikationsarm, das Säuglingsalter hingegen besonders komplikationsträchtig.

Hypothese 3: Die Personensorgeberechtigten können in die Beschneidung ihres minderjährigen Kindes wirksam einwilligen.

Tatbestandlich ist die Zirkumzision zwar als gefährliche Körperverletzung im Sinne von §§ 223 Abs. 1, 224 Abs. 1 Nr.2, 2. Var. StGB zu betrachten. Die elterliche stellvertretende Einwilligung in diesen kulturellen Ritus in Ausübung der Personensorge wirkte aber schon nach alter Rechtslage rechtfertigend, da die Entscheidung von der elterlichen Dispositionsbefugnis umfasst war. Insbesondere konnte bei Durchführung nach den Regeln der ärztlichen Kunst eine Verletzung des Kindeswohls nicht angenommen werden. Den vermeintlich widerstreitenden Interessen der betroffenen Personenkreise konnte somit allseits Geltung verschafft werden, da sich der Eingriff als von der Rechtsordnung akzeptierte kindliche Gefährdung oder Verletzung der körperlichen Unversehrtheit und der kindlichen Selbstbestimmung darstellte. Das am 28.12.2012 in Kraft getretene Gesetz über den Umfang der Personensorge bei der Beschneidung eines männlichen Kindes spricht den Personensorgeberechtigten ausdrücklich eine Einwilligungsmöglichkeit zu und hat aber aufgrund des Vorgesagten vor allem klarstellenden Charakter.

In Anlehnung an das Eingangszitat sei daher folgende Aussage abschließend:

Wenn die Identitäten der einen akzeptierte Risiken der anderen sind, befindet sich Kultur im Einklang mit der Rechtsordnung.

## Literaturverzeichnis

1. Weiss HA, Polonsky J, Bailey R, Hankins C, Halperin D, Schmid G. *Male circumcision : global trends and determinants of prevalence, safety, and acceptability*. (World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, London School of Hygiene and Tropical Medicine, eds.). Genf: World Health Organization : UNAIDS; 2007. Available at: [http://www.malecircumcision.org/media/documents/MC\\_Global\\_Trends\\_Determinants.pdf](http://www.malecircumcision.org/media/documents/MC_Global_Trends_Determinants.pdf). Accessed January 10, 2013.
2. Wahn U. Die rituelle und medizinische Circumcision. 1970.
3. Deusel AY. *Mein Bund, den ihr bewahren sollt: Religionsgesetzliche und medizinische Aspekte der Beschneidung*. Freiburg im Breisgau: Herder; 2012.
4. Bingener R. Eure Vorhaut sollt ihr beschneiden. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*. June 27, 2012:4.
5. Martenstein H. Jenseits der Vorhaut. *Der Tagesspiegel*. August 12, 2012:7.
6. Tedder J. Circumcision considerations. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1989;18(4):277.
7. Statistischer Presse- und Informationsservice, Statistisches Bundesamt Wiesbaden 2012. Persönliche Auskunft: Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten 2010, ausgewählte OPS-Schlüssel (Kode 56400 ff), DRG-Statistik. July 24, 2012.
8. Mazyek AA. Stellungnahme des Zentralrates der Muslime in Deutschland (ZMD) zum Regierungsentwurf eines Gesetzes über den Umgang der Personensorge bei einer Beschneidung des männlichen Kindes; vom 05.11.12 Drucksache 17/11295 anlässlich der Anhörung im Rechtsausschuss des Deutschen Bundestag am 26. November 2012. Available at: [http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a06/anhoerungen/archiv/31\\_Beschneidung/04\\_Stellungnahmen/Stellungnahme\\_Mazyek.pdf](http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a06/anhoerungen/archiv/31_Beschneidung/04_Stellungnahmen/Stellungnahme_Mazyek.pdf). Accessed January 10, 2013.
9. Statistisches Bundesamt Wiesbaden. Statistisches Jahrbuch 2011. Available at: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/Bevoelkerung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/Bevoelkerung.pdf?__blob=publicationFile). Accessed January 10, 2013.
10. Einheitsübersetzung Online | Katholisches Bibelwerk e. V. Available at: [https://www.bibelwerk.de/shop/erweiterte\\_suche/einheitsuebersetzung](https://www.bibelwerk.de/shop/erweiterte_suche/einheitsuebersetzung). Accessed January 10, 2013.
11. Deusel AY. Stellungnahme zur Anhörung im Bundestag betreffs der rituellen Beschneidung von Knaben im Judentum (Brit Mila). Available at: [http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a06/anhoerungen/archiv/31\\_Beschneidung/04\\_Stellungnahmen/Stellungnahme\\_Deusel.pdf](http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a06/anhoerungen/archiv/31_Beschneidung/04_Stellungnahmen/Stellungnahme_Deusel.pdf). Accessed January 10, 2013.
12. Gomaa A. Muslime sollten die Provokation ignorieren. *Der Tagesspiegel*. September 20, 2012:8.
13. Pressemitteilung des ZMD zum sogenannten "Beschneidungsurteil". <http://zentralrat.de/20584.php>. Published June 27, 2012. Accessed January 10, 2013.

14. Alevitische Gemeinde Deutschland e.V. Das Urteil des Landgerichts Köln ist ein juristisch und gesellschaftliches Fehlurteil.<http://alevi.com/de/das-urteil-des-landgerichts-koln-ist-ein-juristisch-und-gesellschaftliches-fehlurteil/>. Published July 13, 2012. Accessed January 10, 2013.
15. Gairdner D. The fate of the foreskin, a study of circumcision. *Br Med J*. 1949;2(4642):1433–1437, illust.
16. Burrows H. The Union and Separation of Living Tissues as Influenced by Cellular Differentiation. *Yale J Biol Med*. 1944;17(2):397–402.5.
17. N. N. The case against neonatal circumcision. *Br Med J*. 1979;1(6172):1163–1164.
18. Heyns CF, Krieger JN. Circumcision. In: Schill W-B, Comhaire F, Hargreave TB, eds. *Andrology for the Clinician*. Springer Berlin Heidelberg; 2006:203–212.
19. American Academy of Pediatrics, Taskforce on Circumcision. Male circumcision. *Pediatrics*. 2012;130(3):e756–785.
20. MacDonald N. Male circumcision: get the timing right. *CMAJ*. 2011;183(7):872.
21. Circumcision policy statement. American Academy of Pediatrics. Task Force on Circumcision. *Pediatrics*. 1999;103(3):686–693.
22. Speert H. Circumcision of the newborn; an appraisal of its present status. *Obstet Gynecol*. 1953;2(2):164–172.
23. Updegrave KK. An evidence-based approach to male circumcision: what do we know? *J Midwifery Womens Health*. 2001;46(6):415–422.
24. Beetz R, Bachmann H, Gatermann S, et al. Harnwegsinfektionen im Säuglings- und Kindesalter. *Der Urologe*. 2007;46(2):112–123.
25. Amir J. Ritual circumcision and urinary tract infection in Israel. *Isr. Med. Assoc. J*. 2010;12(5):303–304.
26. Harel L, Straussberg R, Jackson S, Amir J, Tiqwa P. Influence of circumcision technique on frequency of urinary tract infections in neonates. *Pediatr. Infect. Dis. J*. 2002;21(9):879–880.
27. Prais D, Shoov-Furman R, Amir J. Is ritual circumcision a risk factor for neonatal urinary tract infections? *Arch. Dis. Child*. 2009;94(3):191–194.
28. Winberg J, Bollgren I, Gothefors L, Herthelius M, Tullus K. The prepuce: a mistake of nature? *Lancet*. 1989;1(8638):598–599.
29. Moses S, Plummer FA, Bradley JE, Ndinya-Achola JO, Nagelkerke NJ, Ronald AR. The association between lack of male circumcision and risk for HIV infection: a review of the epidemiological data. *Sex Transm Dis*. 1994;21(4):201–210.

30. Xu X, Patel DA, Dalton VK, Pearlman MD, Johnson TRB. Can routine neonatal circumcision help prevent human immunodeficiency virus transmission in the United States? *Am J Mens Health*. 2009;3(1):79–84.
31. Alanis MC, Lucidi RS. Neonatal circumcision: a review of the world's oldest and most controversial operation. *Obstet Gynecol Surv*. 2004;59(5):379–395.
32. American Academy of Pediatrics: Report of the Task Force on Circumcision. *Pediatrics*. 1989;84(2):388–391.
33. Morris BJ, Waskett JH, Banerjee J, et al. A “snip” in time: what is the best age to circumcise? *BMC Pediatr*. 2012;12:20.
34. Steadman B, Ellsworth P. To circ or not to circ: indications, risks, and alternatives to circumcision in the pediatric population with phimosis. *Urol Nurs*. 2006;26(3):181–194.
35. Patel H. The problem of routine circumcision. *Can Med Assoc J*. 1966;95(11):576–581.
36. Rickwood AMK. Circumcision of boys in England: current practice. *Pediatric Surgery International*. 1989;4(4):231–232.
37. Oster J. Further fate of the foreskin. Incidence of preputial adhesions, phimosis, and smegma among Danish schoolboys. *Arch. Dis. Child*. 1968;43(228):200–203.
38. Hovsepian D. The pros and cons of routine circumcision. *Calif Med*. 1951;75(5):359–361.
39. Ranft D. Komplikationen der Zirkumzision. *Medical Tribune – Medizin und Gesundheit*. <http://www.medical-tribune.de/medizin/fokus-medizin/artikeldetail/komplikationen-der-zirkumzision.html>. Published July 27, 2012. Accessed January 10, 2013.
40. Stark E, Steffens J. Fehler und Gefahren bei ambulanten Operationen: Zirkumzision. *Urologe A*. 2003;42(8):1035–1038.
41. Weber F. Evidence for the need for anaesthesia in the neonate. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2010;24(3):475–484.
42. Taddio A, Katz J, Ilersich AL, Koren G. Effect of neonatal circumcision on pain response during subsequent routine vaccination. *Lancet*. 1997;349(9052):599–603.
43. Sandkühler J, Benrath J. Das nozizeptive System von Früh- und Neugeborenen. In: Zernikow B, ed. *Schmerztherapie bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. 4th ed. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2009:17–28.
44. Bösenberg AT, Jöhr M, Wolf AR. Pro con debate: the use of regional vs systemic analgesia for neonatal surgery. *Paediatr Anaesth*. 2011;21(12):1247–1258.
45. Brady-Fryer B, Wiebe N, Lander JA. Pain relief for neonatal circumcision. In: The Cochrane Collaboration, Brady-Fryer B, eds. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2004. Available at: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004217.pub2>. Accessed January 10, 2013.

46. Taddio A, Pollock N, Gilbert-MacLeod C, Ohlsson K, Koren G. Combined analgesia and local anesthesia to minimize pain during circumcision. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000;154(6):620–623.
47. Ademuyiwa AO, Bode CO. Complications of neonatal circumcision: avoiding common pitfalls in a common procedure. *Afr J Paediatr Surg*. 2009;6(2):134–136.
48. Weiss HA, Larke N, Halperin D, Schenker I. Complications of circumcision in male neonates, infants and children: a systematic review. *BMC Urol*. 2010;10:2.
49. Cuckow P. Phimosis and Buried Penis. In: Puri P, Höllwarth ME, eds. *Pediatric Surgery*. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag; 2006:543–554.
50. Kühl K. *Strafgesetzbuch. Kommentar*. 27th ed. (Lackner K, Kühl K, eds.). München: C. H. Beck; 2011.
51. Fischer T. *Strafgesetzbuch und Nebengesetze*. 59th ed. München: C. H. Beck; 2012.
52. Paeffgen H-U. § 223 StGB. In: Kindhäuser U, Neumann U, Paeffgen H-U, eds. *Strafgesetzbuch*. Vol 2. 3rd ed. Nomos Kommentar. Baden-Baden: Nomos; 2010:929–950.
53. LG Köln. Urteil vom 07.05.2012 - 151 Ns 169/11. *NJW*. 2012;65(29):2128–2129.
54. LG Frankenthal. Urteil vom 14.09.2004 - 4 O 11/02. *MedR*. 2005;23(4):243–245.
55. AG Düsseldorf. Urteil vom 17.11.2004 - 411 Ds 60 Js 3518/00.
56. OLG Frankfurt. Beschluss vom 21.08.2007 - 4 W 12/07. *NJW*. 2007;60(49):3580–3582.
57. OVG Lüneburg. Beschluss vom 23.07.2002 - 4 ME 336/02. *NJW*. 2003;56(45):3290.
58. Putzke H, Hardtung B, Hörnle T, et al., eds. Die strafrechtliche Relevanz der Beschneidung von Knaben. Zugleich ein Beitrag über die Grenzen der Einwilligung in Fällen der Personensorge. In: *Strafrecht zwischen System und Telos: Festschrift für Rolf Dietrich Herzberg zum siebzigsten Geburtstag am 14. Februar 2008*. Tübingen: Mohr Siebeck; 2008:669–709.
59. Putzke H. Rechtliche Grenzen der Zirkumzision bei Minderjährigen. *MedR*. 2008;26(5):268–272.
60. Herzberg RD. Rechtliche Probleme der rituellen Beschneidung. *JZ*. 2009;64(7):332–339.
61. Herzberg RD. Religionsfreiheit und Kindeswohl. Wann ist die Körperverletzung durch Zirkumzision gerechtfertigt? *ZIS*. 2010;5(7-8):471–475.
62. Herzberg RD. Steht dem biblischen Gebot der Beschneidung ein rechtliches Verbot entgegen? *MedR*. 2012;30(3):169–175.
63. Jerouschek G. Beschneidung und das deutsche Recht- Historische, medizinische, psychologische und juristische Aspekte. *NStZ*. 2008;28(6):313–319.

64. Schneider J. Die männliche Beschneidung (Zirkumzision) Minderjähriger als verfassungs- und sozialrechtliches Problem. 2008.
65. Exner T. Knabenbeschneidung. Zur Sozialadäquanz im Strafrecht. 2010.
66. Fateh- Moghadam B. Religiöse Rechtfertigung? Die Beschneidung von Knaben zwischen Strafrecht, Religionsfreiheit und elterlichem Sorgerecht. *RW*. 2010;(2):115–142.
67. Schramm F, Gierthmühlen S, Eckstein A-K, Schmidt A, Bloch M. Zirkumzision bei nicht einwilligungsfähigen Jungen. *Der Urologe*. 2009;48(8):869–873.
68. Jorzig A. Die Zirkumzision im Spannungsfeld zwischen Glaubenstradition und Strafrecht. In: Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e.V., ed. *25 Jahre Arbeitsgemeinschaft - 25 Jahre Arzthaftung*. Berlin, Heidelberg: Springer; 2011:177–186.
69. Graumann D. “Beschneidungs-Gesetz richtiges Signal” Interview mit Dieter Graumann. *Rheinische Post*. <http://www.zentralratdjuden.de/de/article/3737.html>. Published July 14, 2012. Accessed January 10, 2013.
70. Graumann D. Judentum in Hinterzimmern? Niemals! *Der Tagesspiegel*. September 1, 2012:8.
71. Kramer SJ. Von oben herab. *Jüdische Allgemeine*. August 30, 2012:1.
72. Schaaf J. Kulturkampf im Gerichtssaal. *Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung*. July 1, 2012:44.
73. Tören S, nach: Schmidt M. Recht umstritten. *Der Tagesspiegel*. July 2, 2012:4.
74. Schwarz K-A, nach: Schaaf J. Kulturkampf im Gerichtssaal. *Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung*. July 1, 2012:44.
75. Kaube J. Beschneidung. *Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung*. July 1, 2012:10.
76. Schickhardt C. Ein Kompromissvorschlag. *Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung*. August 12, 2012:11.
77. Walter C. Beschnitten. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*. July 12, 2012:6.
78. Akyün H. Recht in der Republik. *Der Tagesspiegel*. July 20, 2012:6.
79. Löwenstein S, Sattar M, Bingener R. Urteil zu Beschneidung von Jungen stößt auf Kritik. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*. June 28, 2012:1.
80. Fetscher C. Kolonie Kindheit. *Der Tagesspiegel*. July 11, 2012:19.
81. Spaemann R. Der Traum von der Schicksalslosigkeit. *Die Zeit*. July 5, 2012:46.
82. Schmidt T. Fleisches Verlust. *Der Tagesspiegel*. July 8, 2012:7.
83. Westerwelle G, nach: Bannas G. Regierung will Beschneidungen ermöglichen. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*. July 14, 2012:1,2.

84. Seibert S, nach: Bannas G. Regierung will Beschneidungen ermöglichen. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*. July 14, 2012:1,2.
85. Meisner M, Woratschka R. Beschneidung ruck zuck. *Der Tagesspiegel*. July 20, 2012:4.
86. BT-Drucksache 17/10331.<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/103/1710331.pdf>. Published July 19, 2012. Accessed January 10, 2013.
87. BT-Plenarprotokoll 17/189.<http://dip21.bundestag.de/dip21/btp/17/17189.pdf>. Published July 19, 2012. Accessed January 10, 2013.
88. Decker M, Kröter T. Beschneidung ja, aber. *Berliner Zeitung*. August 24, 2012:1.
89. Altenbockum J von. Glaubensfragen. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*. September 7, 2012:12.
90. Bingener R. Bald Gesetz zur Beschneidung. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*. September 7, 2012:5.
91. Bundesministerium der Justiz. Pressemitteilung: Beschneidung bleibt künftig möglich. [http://www.bmj.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2012/20121010\\_Beschneidung\\_bleibt\\_kuenftig\\_moeglich.html?nn=1468684](http://www.bmj.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2012/20121010_Beschneidung_bleibt_kuenftig_moeglich.html?nn=1468684). Published October 10, 2012. Accessed January 10, 2013.
92. BT-Drucksache 17/11295.<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/112/1711295.pdf>. Published November 5, 2012. Accessed January 10, 2013.
93. Stadler M. Rede vor dem Deutschen Bundesrat: Entwurf eines Gesetzes über den Umfang der Personensorge bei einer Beschneidung des männlichen Kindes.[http://www.bmj.de/SharedDocs/RedenPSt/Bundesrat/20121102\\_Entwurf\\_eines\\_Gesetzes\\_ueber\\_den\\_Umfang\\_der\\_Personensorge\\_bei\\_einer\\_Beschneidung\\_des\\_maennlichen\\_Kindes.html?nn=1930246](http://www.bmj.de/SharedDocs/RedenPSt/Bundesrat/20121102_Entwurf_eines_Gesetzes_ueber_den_Umfang_der_Personensorge_bei_einer_Beschneidung_des_maennlichen_Kindes.html?nn=1930246). Published November 2, 2012. Accessed January 10, 2013.
94. BT-Drucksache 17/11430.<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/114/1711430.pdf>. Published November 8, 2012. Accessed January 10, 2013.
95. Rixen S. Das Gesetz über den Umfang der Personensorge -bei einer Beschneidung des männlichen Kindes. *NJW*. 2013;66(5):257–262.
96. Rößler H-C, Wyssuwa M. In Israel die Regel, in Schweden geregelt. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*. June 28, 2012:2.
97. AG Tiergarten. Urteil vom 04.07.2008 - (247 Ds) 22 JU Js 3360/05 (15/08).
98. BR-Drucksache 739/12. [http://www.bundesrat.de/cln\\_227/SharedDocs/Drucksachen/2012/0701-800/739-12,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/739-12.pdf](http://www.bundesrat.de/cln_227/SharedDocs/Drucksachen/2012/0701-800/739-12,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/739-12.pdf). Published December 13, 2012. Accessed January 10, 2013.
99. BR-Drucksache 739/12 (Beschluss). [http://www.bundesrat.de/cln\\_227/SharedDocs/Drucksachen/2012/0701-800/739-12\\_28B\\_29,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/739-12%28B%29.pdf](http://www.bundesrat.de/cln_227/SharedDocs/Drucksachen/2012/0701-800/739-12_28B_29,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/739-12%28B%29.pdf). Published December 14, 2012. Accessed January 10, 2013.

100. History of DAC Lists of aid recipient countries. Available at: [http://www.oecd.org/document/55/0,3746,en\\_2649\\_34447\\_35832055\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/55/0,3746,en_2649_34447_35832055_1_1_1_1,00.html). Accessed January 10, 2013.
101. Horowitz M, Gershbein AB. Gomco circumcision: When is it safe? *J. Pediatr. Surg.* 2001;36(7):1047–1049.
102. Ben Chaim J, Livne PM, Binyamini J, Hardak B, Ben-Meir D, Mor Y. Complications of circumcision in Israel: a one year multicenter survey. *Isr. Med. Assoc. J.* 2005;7(6):368–370.
103. Christakis DA, Harvey E, Zerr DM, Feudtner C, Wright JA, Connell FA. A trade-off analysis of routine newborn circumcision. *Pediatrics.* 2000;105(1 Pt 3):246–249.
104. Wiswell TE, Geschke DW. Risks from circumcision during the first month of life compared with those for uncircumcised boys. *Pediatrics.* 1989;83(6):1011–1015.
105. Gee WF, Ansell JS. Neonatal circumcision: a ten-year overview: with comparison of the Gomco clamp and the Plastibell device. *Pediatrics.* 1976;58(6):824–827.
106. O'Brien TR, Calle EE, Poole WK. Incidence of neonatal circumcision in Atlanta, 1985–1986. *South. Med. J.* 1995;88(4):411–415.
107. Van Howe RS. Incidence of meatal stenosis following neonatal circumcision in a primary care setting. *Clin Pediatr (Phila).* 2006;45(1):49–54.
108. Metcalf TJ, Osborn LM, Mariani EM. Circumcision. A study of current practices. *Clin Pediatr (Phila).* 1983;22(8):575–579.
109. Van Howe RS. Neonatal circumcision and penile inflammation in young boys. *Clin Pediatr (Phila).* 2007;46(4):329–333.
110. MacKenzie AR. Meatal ulceration following neonatal circumcision. *Obstet Gynecol.* 1966;28(2):221–223.
111. Länderkürzel nach ISO 3166. Available at: [http://www.metatab.de/meta\\_tags/laenderkuerzel.htm](http://www.metatab.de/meta_tags/laenderkuerzel.htm). Accessed January 10, 2013.
112. Palit V, Menebhi DK, Taylor I, Young M, Elmasry Y, Shah T. A unique service in UK delivering Plastibell circumcision: review of 9-year results. *Pediatr. Surg. Int.* 2007;23(1):45–48.
113. Shah T, Raistrick J, Taylor I, Young M, Menebhi D, Stevens R. A circumcision service for religious reasons. *BJU Int.* 1999;83(7):807–809.
114. Cathcart P, Nuttall M, Van der Meulen J, Emberton M, Kenny SE. Trends in paediatric circumcision and its complications in England between 1997 and 2003. *Br J Surg.* 2006;93(7):885–890.
115. BGH. Urteil vom 03.05.1960 - 1 StR 131/60 (LG Augsburg). *NJW.* 1960;13(32/33):1477–1480.

116. BGH. Urteil vom 23.01.1974 – 3 StR 324/73 (LG Kleve). *NJW*. 1974;27(21):958–959.
117. BGH. Urteil vom 20.07.1995 - 1 StR 126/95 (LG Augsburg). *NJW*. 1995;48(40):2643–2645.
118. BGH. Urteil vom 04.11.1988 - 1 StR 262/88 (LG Nürnberg-Fürth). *NJW*. 1989;42(12):781–786.
119. BGH. Urteil vom 03.12.1997 - 2 StR 397/97 (LG Frankfurt a. M.). *NJW*. 1998;51(12):833–836.
120. RG. Urteil vom 31.05.1894 III. Strafsenat Rep. 1406/94. *RGSt.* 25:375–389.
121. RG. Urteil vom 23.02.1940 I. Strafsenat 1 D 39/40. *RGSt.* 74:91–96.
122. BGH. Urteil vom 28.11.1957 – 4 StR 525/57 (LG Essen). *NJW*. 1958;11(7):267–268.
123. BGH. Urteil vom 29.06.1995 – 4 StR 760/94 (LG Saarbrücken). *NStZ*. 1996;16(1):34–35.
124. BGH. Urteil vom 05.07.2007 – 4 StR 549/06 (LG Halle). *NStZ-RR*. 2007;12(11):340–341.
125. BGH. Urteil vom 12.02.1974 - IV ZR 141/72 (Frankfurt). *NJW*. 1974;27(32):1422–1423.
126. BGH. Beschluss vom 25.03.1988 – 2 StR 93/88 (LG Aachen). *NJW*. 1988;41(37):2310–2311.
127. Horn E, Wolters G. § 223 StGB. In: Wolter J, ed. *Systematischer Kommentar zum Strafgesetzbuch*. Vol 4. 133. Ergänzungslieferung, Stand Juni 2012. Köln: Carl Heymanns Verlag; 2012:Loseblattsammlung.
128. Paeffgen H-U. § 228 StGB. In: Kindhäuser U, Neumann U, Paeffgen H-U, eds. *Strafgesetzbuch*. Vol 2. 3rd ed. Nomos Kommentar. Baden-Baden: Nomos; 2010:1048–1122.
129. Wagner G. § 823 BGB. In: Säcker FJ, Rixecker R, eds. *Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, Schuldrecht, Besonderer Teil III, §§ 705 - 853, Partnerschaftsgesellschaftsgesetz, Produkthaftungsgesetz*. Vol 5. 5th ed. München: C. H. Beck; 2009:1730–2126.
130. Wenzel F, Geilen G. Kapitel 4: Recht der medizinischen Behandlung. In: Wenzel F, ed. *Handbuch des Fachanwalts Medizinrecht*. 2nd ed. Köln: Luchterhand; 2009:236–506.
131. Kaufmann A. Die eigenmächtige Heilbehandlung. *ZStW*. 1961;73:341–384.
132. Hardwig W. Betrachtungen zur Frage des Heileingriffs. *GA*. 1965:161–173.
133. Maurach R, Schroeder F-C, Maiwald M. *Strafrecht Besonderer Teil 1. Straftaten gegen Persönlichkeits- und Vermögenswerte*. 10th ed. Heidelberg: C. F. Müller; 2009.
134. Eser A, Sternberg-Lieben D. § 223 StGB. In: *Schönke/Schröder - Strafgesetzbuch. Kommentar*. 28th ed. München: C. H. Beck; 2010:2007–2038.

135. BGH. Beschluss vom 05.09.2006 - 4 StR 313/06 (LG Essen). *NStZ*. 2007;27(2):95.
136. BGH. Beschluss vom 12.01.2010 - 4 StR 589/09 (LG Magdeburg). *NStZ*. 2010;30(9):512–513.
137. Paeffgen H-U. § 224 StGB. In: Kindhäuser U, Neumann U, Paeffgen H-U, eds. *Strafgesetzbuch*. Vol 2. 3rd ed. Nomos Kommentar. Baden-Baden: Nomos; 2010:950–982.
138. Stree W, Sternberg-Lieben D. § 224 StGB. In: *Schönke/ Schröder - Strafgesetzbuch. Kommentar*. 28th ed. München: C. H. Beck; 2010:2038–2046.
139. BGH. Urteil vom 27.09.2001 – 4 StR 245/01. Available at: <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&nr=20099&pos=0&anz=1>. Accessed January 10, 2013.
140. BGH. Urteil vom 22.02.1978 – 2 StR 372/77. *NJW*. 1978;31(24):1206.
141. BGH. Urteil vom 23.12.1986 – 1 StR 598/86 (LG München I). *NStZ*. 1987;7(4):174.
142. StA Mainz. Einstellungsverfügung vom 14.08.1987 – 2 Js 55.752/87. *NJW*. 1987;40(46):2946–2948.
143. Wessels J, Hettinger M. *Strafrecht. Besonderer Teil/ I. Straftaten gegen Persönlichkeits- und Gemeinschaftswerte*. 35th ed. Heidelberg: C. F. Müller; 2011.
144. Hardtung B. § 224 StGB. In: Joecks W, Miebach K, eds. *Münchener Kommentar zum Strafgesetzbuch*. Vol 3. 2nd ed. München: C. H. Beck; 2012:941–973.
145. Welzel H, nach: Exner T. Knabenbeschneidung. Zur Sozialadäquanz im Strafrecht. 2010.
146. BGH. Urteil vom 18.02.1970 - 3 StR 2/69 I (LG Flensburg). *NJW*. 1970;23(18):818–820.
147. OLG München. Beschluss vom 03.04.1985 - 2 Ws 232/85. *NStZ*. 1985;(12):549–550.
148. Haft F. *Strafrecht. Allgemeiner Teil*. 9th ed. München: C. H. Beck; 2009.
149. Roxin C. *Strafrecht. Allgemeiner Teil I. Grundlagen - Der Aufbau der Verbrechenslehre*. 4th ed. München: C. H. Beck; 2006.
150. Wessels J, Beulke W. *Strafrecht. Allgemeiner Teil. Die Straftat und ihr Aufbau*. 41st ed. Heidelberg: C. F. Müller; 2011.
151. Ulsenheimer K. 23. Kapitel: Der Arzt im Strafrecht § 139: Die fahrlässige Körperverletzung. In: Laufs A, Kern B-R, eds. *Handbuch des Arztrechts*. 4th ed. München: C. H. Beck; 2010:1577–1614.
152. BGH. Urteil vom 27.03.1953 - 1 StR 689/52 (LG München II). *NJW*. 1953;6(29):1070–1072.
153. BGH. Urteil vom 10.07.1962 - 1 StR 194/62 (LG Mannheim). *NJW*. 1963;16(4):165–166.

154. BGH. Urteil vom 05.12.1958 – VI ZR 266/57( Hamm). *NJW*. 1959;12(18):811.
155. BGH. Urteil vom 10.02.1959 – 5 StR 533/58 (LG Braunschweig). *NJW*. 1959;12(18):825–826.
156. Laufs A. 1. Kapitel: Grundlagen des Arztrechts. In: Laufs A, Kern B-R, eds. *Handbuch des Arztrechts*. 4th ed. München: C. H. Beck; 2010:1–47.
157. BGH. Urteil vom 07.07.1987 - VI ZR 146/86 (Bremen). *NJW*. 1987;40(46):2927–2928.
158. BGH. Urteil vom 16.11.1971 – VI ZR 76/ 70 (Saarbrücken). *NJW*. 1972;25(8):335–338.
159. Kern B-R. Fremdbestimmung bei der Einwilligung in ärztliche Eingriffe. *NJW*. 1994;47(12):753–759.
160. BVerfG (3. Kammer des Ersten Senats ). Beschluss vom 19.07.1993 - 1 BvR 398/91. *NJW*. 1994;47(25):1645–1646.
161. Diedrichsen U. § 1626 BGB. In: *Palandt - Bürgerliches Gesetzbuch mit Nebengesetzen*. 71st ed. Beck'sche Kurz- Kommentare. München: C. H. Beck; 2012:1968–1971.
162. BVerfG. Beschluss vom 29.07.1968 – BvL 20/68, 31/66 und 5/67. *NJW*. 1968;21(48):2233–2238.
163. Huber P. § 1626 BGB. In: Säcker FJ, Rixecker R, eds. *Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, Familienrecht II, §§ 1589 - 1921, SGB VIII*. Vol 8. 6th ed. München: C. H. Beck; 2012:615–630.
164. Gernhuber J, Coester-Waltjen D. *Familienrecht*. 6th ed. München: C. H. Beck; 2010.
165. Coester M. § 1666 BGB. In: *J. von Staudingers Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch mit Einführungsgesetz und Nebengesetzen. Familienrecht §§ 1638-1683 (Elterliche Sorge 2 - Vermögenssorge, Kinderschutz, Sorgerechtswechsel)*. Vol 4. Neubearbeitung. Berlin: Sellier-de Gruyter; 2009:103–251.
166. Olzen D. § 1666 BGB. In: Säcker FJ, Rixecker R, eds. *Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, Familienrecht II, §§ 1589 - 1921, SGB VIII*. Vol 8. 6th ed. München: C. H. Beck; 2012:790–853.
167. EGMR. Urteil vom 25.2.1988 Nr. 2/ 1987/ 125/ 176 (m. Bearbeitung und Übersetzung Fahrenhorst, Irene). *EuGRZ*. 1988;16:591–604.
168. EGMR. Urteil vom 26. 2. 2002 Nr. 46544/99. Available at: <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-60163>. Accessed January 10, 2013.
169. BVerfG. Beschluss vom 14.04.1987 - 1 BvR 332/86. *NJW*. 1988;41(3):125–127.
170. BVerfG. Beschluss vom 30.11.1988 – 1 BvR 37/85. *NJW*. 1989;42(20):1275.
171. Jarass HD. Art. 6 GG. In: *Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. Kommentar*. 12th ed. München: C. H. Beck; 2012:238–248.

172. BVerfG. Beschluss vom 17.12.1975 - 1 BvR 63/68. *NJW*. 1976;29(21/22):947–950.
173. Schmidt I. Art. 4 GG. In: Müller-Glöge R, Preis U, Schmidt I, eds. *Erfurter Kommentar zum Arbeitsrecht*. 12th ed. Beck'sche Kurz- Kommentare. München: C. H. Beck; 2012:61–75.
174. Mikat P. 6. Kapitel: Kulturstaatliche Elemente der erfassungsrechtlichen Ordnung. § 29: Staat, Kirchen und Religionsgemeinschaften. In: Benda E, Maihofer W, Vogel H-J, eds. *Handbuch des Verfassungsrechts der Bundesrepublik Deutschland*. Vol 2. 2nd ed. Berlin; New York: Walter de Gruyter; 1995:1425–1455.
175. Jarass HD. Art. 4 GG. In: *Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. Kommentar*. 12th ed. München: C. H. Beck; 2012:158–181.
176. Pieroth B, Schlink B. *Grundrechte. Staatsrecht II*. 27th ed. Heidelberg: C. F. Müller; 2011.
177. BVerfG. Beschluss vom 16.10.1968 - 1 BvR 241/66. *NJW*. 1969;22(1/2):31–33.
178. Herzog R. Art. 4 GG. In: Herzog R, Scholz R, Herdegen M, Klein HH, eds. *Maunz/ Dürig - Grundgesetz Kommentar. Texte. Art. 1- 5*. Vol 1. 66. Ergänzungslieferung, Stand August 2012. München: C. H. Beck; 2012:Loseblattsammlung.
179. BVerfG (3. Kammer des Ersten Senats ). Beschluss vom 21.07.2009 - 1 BvR 1358/09. *NJW*. 2009;62(43):3151–3153.
180. BVerfG. Beschluss vom 19.10.1971 - 1 BvR 387/65. *NJW*. 1972;25(8):327–330.
181. BAG. Urteil vom 24.02.2011 – 2 AZR 636/09 (LAG Schleswig-Holstein). *NJW*. 2011;64(45):3319–3323.
182. Vosskuhle, Andreas. Religionsfreiheit und Religionskritik – Zur Verrechtlichung religiöser Konflikte. *EuGRZ*. 2010;37:537–543.
183. BVerfG. Beschluss vom 27.11.1990 - 1 BvR 402/87. *NJW*. 1991;(23):1471–1475.
184. Jarass HD. Art. 2 GG. In: *Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. Kommentar*. 12th ed. München: C. H. Beck; 2012:60–105.
185. BVerfG. Beschluss vom 03.06.1980 - 1 BvR 185/77. *NJW*. 1980;33(38):2070–2072.
186. BVerfG. Urteil vom 15.12.1983 - 1 BvR 209/83 u. a. *NJW*. 1984;37(8):419–428.
187. BVerfG. Beschluss vom 13.05.1986 - 1 BvR 1542/84. *NJW*. 1986;39(30):1859–1861.
188. BVerfG. Urteil vom 31.01.1989 - 1 BvL 17/87 (Ergangen auf Vorlagebescheid des AG Hamburg). *NJW*. 1989;42(14):891–893.
189. BVerfG (2. Kammer des Ersten Senats). Beschluss vom 31.03.2010 - 1 BvR 2910/09. *NJW*. 2010;63(32):2336–2339.
190. Diedrichsen U. § 1666 BGB. In: *Palandt - Bürgerliches Gesetzbuch mit Nebengesetzen*. 71st ed. Beck'sche Kurz- Kommentare. München: C. H. Beck; 2012:1993–2000.

191. AG Daun. AG Daun – Beschluss vom 27.6.2007 – 2 F 300/05, in: BeckRS 2008, 21397. 2008. Available at: [www.beck-online.de](http://www.beck-online.de).
192. Büte D. § 1666 BGB. In: Henrich D, ed. *Johannsen/ Henrich - Familienrecht: Scheidung, Unterhalt, Verfahren. Kommentar*. 5th ed. München: C.H. Beck; 2010:950–981.
193. Kunig P. Art. 2 GG. In: *Grundgesetz-Kommentar. Prämbel bis Art. 69*. Vol 1. 6th ed. München: C. H. Beck; 2012:121–204.
194. BVerwG. Urteil vom 05.11.1991 - 9 C 118/90 (Kassel). *NVwZ*. 1992;11(6):582–584.
195. BGH. Urteil vom 26.05.2004 – 2 StR 505/03 (LG Kassel). *NStZ*. 2004;24(11):621–623.
196. BGH. Urteil vom 11.12.2003 – 3 StR 120/03 (LG Kiel). *NJW*. 2004;57(14):1054–1057.
197. Christakis DA, Harvey E, Zerr DM, Feudtner C, Wright JA, Connell FA. A trade-off analysis of routine newborn circumcision. *Pediatrics*. 2000;105(1 Pt 3):246–249.
198. BR-Drucksache 931/97.<http://dipbt.bundestag.de/doc/brd/1997/D931+97.pdf>. Published November 28, 1997. Accessed January 10, 2013.
199. Eser A. Zur Regelung der Heilbehandlung in rechtsvergleichender Perspektive. In: Weigend T, Küpper G, eds. *Festschrift für Hans Joachim Hirsch zum 70. Geburtstag am 11. April 1999*. Berlin New York: Walter de Gruyter; 1999:465–483.
200. Beulke W, Dießner A. “... ein kleiner Schnitt für einen Menschen, aber ein großes Thema für die Menschheit” Warum das Urteil des LG Köln zur religiös motivierten Beschneidung von Knaben nicht überzeugt. *ZIS*. 2012;7(7):338–346.
201. Bocquet N, Chappuy H, Lortat-Jacob S, Chéron G. Bleeding complications after ritual circumcision: about six children. *Eur. J. Pediatr*. 2010;169(3):359–362. doi:10.1007/s00431-009-1021-1.
202. Eason JD, McDonnell M, Clark G. Male ritual circumcision resulting in acute renal failure. *BMJ*. 1994;309(6955):660–661.
203. Madden P, Boddy SA. Should religious circumcisions be performed on the NHS. *BMJ*. 1991;302(6767):47.
204. Craig JC, Grigor WG, Knight JF. Acute obstructive uropathy-a rare complication of circumcision. *Eur. J. Pediatr*. 1994;153(5):369–371.
205. Rosefsky JB. Glans necrosis as a complication of circumcision. *Pediatrics*. 1967;39(5):774–776.
206. Paediatric Death Review Committee: Office of the Chief Coroner of Ontario. Circumcision: A minor procedure? *Paediatr Child Health*. 2007;12(4):311–312.
207. Cleary TG, Kohl S. Overwhelming infection with group B beta-hemolytic Streptococcus associated with circumcision. *Pediatrics*. 1979;64(3):301–303.

208. Kemper R. § 1666 BGB. In: *Bürgerliches Gesetzbuch. Handkommentar*. 7th ed. Nomos Kommentar. Baden-Baden: Nomos; 2012:1903–1906.
209. Pressemitteilung: Amtsgericht Lichtenberg: Prozess über Ohrlochstechen bei einem Kind endet mit Vergleich (PM 62/2012).  
<http://www.berlin.de/sen/justiz/gerichte/kg/presse/archiv/20120831.1140.374534.html>.  
Published August 31, 2012. Accessed January 10, 2013.
210. Pressemeldung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ): Piercing für Jugendliche verbieten.<http://www.kinderaerzte-im-netz.de/bvkj/pressezentrum/show.php3?id=198&nodeid=105>. Accessed January 10, 2013.
211. VG Köln (16. Kammer). Urteil vom 03.03.2005 – 16 K 586/01.A. Available at: [www.juris.de](http://www.juris.de). Accessed January 10, 2013.
212. Entschließung des Europäischen Parlaments vom 24. März 2009 zur Bekämpfung der Genitalverstümmelung bei Frauen in der Europäischen Union (2008/2071(INI)). Available at: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+P6-TA-2009-0161+0+DOC+PDF+V0//DE>. Accessed January 10, 2013.
213. BT-Drucksache 17/11814.<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/118/1711814.pdf>.  
Published December 11, 2012. Accessed January 10, 2013.
214. Gesetz über den Umfang der Personensorge bei einer Beschneidung des männlichen Kindes. *BGBI*. December 27, 2012:2749.

## **Anhang**

### **I. IN DER ARBEIT ZITIERTE DEUTSCHE GESETZLICHE REGELUNGEN (ALPHABETISCH)**

#### **1. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB):**

##### **§ 104 Geschäftsunfähigkeit**

Geschäftsunfähig ist:

1. wer nicht das siebente Lebensjahr vollendet hat,
2. wer sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist.

##### **§ 105 Nichtigkeit der Willenserklärung**

- (1) Die Willenserklärung eines Geschäftsunfähigen ist nichtig.
- (2) Nichtig ist auch eine Willenserklärung, die im Zustand der Bewusstlosigkeit oder vorübergehender Störung der Geistestätigkeit abgegeben wird.

##### **§ 106 Beschränkte Geschäftsfähigkeit Minderjähriger**

Ein Minderjähriger, der das siebente Lebensjahr vollendet hat, ist nach Maßgabe der §§ 107 bis 113 in der Geschäftsfähigkeit beschränkt.

##### **§ 138 Sittenwidriges Rechtsgeschäft; Wucher**

- (1) Ein Rechtsgeschäft, das gegen die guten Sitten verstößt, ist nichtig.
- (2) Nichtig ist insbesondere ein Rechtsgeschäft, durch das jemand unter Ausbeutung der Zwangslage, der Unerfahrenheit, des Mangels an Urteilsvermögen oder der erheblichen Willensschwäche eines anderen sich oder einem Dritten für eine Leistung Vermögensvorteile versprechen oder gewähren lässt, die in einem auffälligen Missverhältnis zu der Leistung stehen.

##### **§ 826 Sittenwidrige vorsätzliche Schädigung**

Wer in einer gegen die guten Sitten verstoßenden Weise einem anderen vorsätzlich Schaden zufügt, ist dem anderen zum Ersatz des Schadens verpflichtet.

### **§ 1626 Elterliche Sorge, Grundsätze**

(1) Die Eltern haben die Pflicht und das Recht, für das minderjährige Kind zu sorgen (elterliche Sorge). Die elterliche Sorge umfasst die Sorge für die Person des Kindes (Personensorge) und das Vermögen des Kindes (Vermögenssorge).

(2) Bei der Pflege und Erziehung berücksichtigen die Eltern die wachsende Fähigkeit und das wachsende Bedürfnis des Kindes zu selbständigem verantwortungsbewusstem Handeln. Sie besprechen mit dem Kind, soweit es nach dessen Entwicklungsstand angezeigt ist, Fragen der elterlichen Sorge und streben Einvernehmen an.

(3) Zum Wohl des Kindes gehört in der Regel der Umgang mit beiden Elternteilen. Gleiches gilt für den Umgang mit anderen Personen, zu denen das Kind Bindungen besitzt, wenn ihre Aufrechterhaltung für seine Entwicklung förderlich ist.

### **§ 1627 Ausübung der elterlichen Sorge**

Die Eltern haben die elterliche Sorge in eigener Verantwortung und in gegenseitigem Einvernehmen zum Wohl des Kindes auszuüben. Bei Meinungsverschiedenheiten müssen sie versuchen, sich zu einigen.

### **§ 1629 Vertretung des Kindes**

(1) Die elterliche Sorge umfasst die Vertretung des Kindes. Die Eltern vertreten das Kind gemeinschaftlich; ist eine Willenserklärung gegenüber dem Kind abzugeben, so genügt die Abgabe gegenüber einem Elternteil. Ein Elternteil vertritt das Kind allein, soweit er die elterliche Sorge allein ausübt oder ihm die Entscheidung nach § 1628 übertragen ist. Bei Gefahr im Verzug ist jeder Elternteil dazu berechtigt, alle Rechtshandlungen vorzunehmen, die zum Wohl des Kindes notwendig sind; der andere Elternteil ist unverzüglich zu unterrichten.

(2) Der Vater und die Mutter können das Kind insoweit nicht vertreten, als nach § 1795 ein Vormund von der Vertretung des Kindes ausgeschlossen ist. Steht die elterliche Sorge für ein Kind den Eltern gemeinsam zu, so kann der Elternteil, in dessen Obhut sich das Kind befindet, Unterhaltsansprüche des Kindes gegen den anderen Elternteil geltend machen. Das Familiengericht kann dem Vater und der Mutter nach § 1796 die Vertretung entziehen; dies gilt nicht für die Feststellung der Vaterschaft.

(2a) Der Vater und die Mutter können das Kind in einem gerichtlichen Verfahren nach § 1598a Abs. 2 nicht vertreten.

(3) Sind die Eltern des Kindes miteinander verheiratet, so kann ein Elternteil, solange die Eltern getrennt leben oder eine Ehesache zwischen ihnen anhängig ist, Unterhaltsansprüche des Kindes

gegen den anderen Elternteil nur im eigenen Namen geltend machen. Eine von einem Elternteil erwirkte gerichtliche Entscheidung und ein zwischen den Eltern geschlossener gerichtlicher Vergleich wirken auch für und gegen das Kind.

### **§ 1631 Inhalt und Grenzen der Personensorge**

(1) Die Personensorge umfasst insbesondere die Pflicht und das Recht, das Kind zu pflegen, zu erziehen, zu beaufsichtigen und seinen Aufenthalt zu bestimmen.

(2) Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig.

(3) Das Familiengericht hat die Eltern auf Antrag bei der Ausübung der Personensorge in geeigneten Fällen zu unterstützen.

### **§ 1631c Verbot der Sterilisation**

Die Eltern können nicht in eine Sterilisation des Kindes einwilligen. Auch das Kind selbst kann nicht in die Sterilisation einwilligen. § 1909 findet keine Anwendung.

### **§ 1666 Gerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls**

(1) Wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen gefährdet und sind die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage, die Gefahr abzuwenden, so hat das Familiengericht die Maßnahmen zu treffen, die zur Abwendung der Gefahr erforderlich sind.

(2) In der Regel ist anzunehmen, dass das Vermögen des Kindes gefährdet ist, wenn der Inhaber der Vermögenssorge seine Unterhaltspflicht gegenüber dem Kind oder seine mit der Vermögenssorge verbundenen Pflichten verletzt oder Anordnungen des Gerichts, die sich auf die Vermögenssorge beziehen, nicht befolgt.

(3) Zu den gerichtlichen Maßnahmen nach Absatz 1 gehören insbesondere

1. Gebote, öffentliche Hilfen wie zum Beispiel Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe und der Gesundheitsfürsorge in Anspruch zu nehmen,

2. Gebote, für die Einhaltung der Schulpflicht zu sorgen,

3. Verbote, vorübergehend oder auf unbestimmte Zeit die Familienwohnung oder eine andere Wohnung zu nutzen, sich in einem bestimmten Umkreis der Wohnung aufzuhalten oder zu bestimmende andere Orte aufzusuchen, an denen sich das Kind regelmäßig aufhält,

4. Verbote, Verbindung zum Kind aufzunehmen oder ein Zusammentreffen mit dem Kind herbeizuführen,

5. die Ersetzung von Erklärungen des Inhabers der elterlichen Sorge,

6. die teilweise oder vollständige Entziehung der elterlichen Sorge.

(4) In Angelegenheiten der Personensorge kann das Gericht auch Maßnahmen mit Wirkung gegen einen Dritten treffen.

## **2. Grundgesetz (GG):**

### **Art. 1**

(1) Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.

(2) Das deutsche Volk bekennt sich darum zu unverletzlichen und unveräußerlichen Menschenrechten als Grundlage jeder menschlichen Gemeinschaft, des Friedens und der Gerechtigkeit in der Welt.

(3) Die nachfolgenden Grundrechte binden Gesetzgebung, vollziehende Gewalt und Rechtsprechung als unmittelbar geltendes Recht.

### **Art. 2**

(1) Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.

(2) Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.

### **Art. 4**

(1) Die Freiheit des Glaubens, des Gewissens und die Freiheit des religiösen und weltanschaulichen Bekenntnisses sind unverletzlich.

(2) Die ungestörte Religionsausübung wird gewährleistet.

(3) Niemand darf gegen sein Gewissen zum Kriegsdienst mit der Waffe gezwungen werden. Das Nähere regelt ein Bundesgesetz.

### **Art. 6**

(1) Ehe und Familie stehen unter dem besonderen Schutze der staatlichen Ordnung.

(2) Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.

(3) Gegen den Willen der Erziehungsberechtigten dürfen Kinder nur auf Grund eines Gesetzes von der Familie getrennt werden, wenn die Erziehungsberechtigten versagen oder wenn die Kinder aus anderen Gründen zu verwahrlosen drohen.

(4) Jede Mutter hat Anspruch auf den Schutz und die Fürsorge der Gemeinschaft.

(5) Den unehelichen Kindern sind durch die Gesetzgebung die gleichen Bedingungen für ihre leibliche und seelische Entwicklung und ihre Stellung in der Gesellschaft zu schaffen wie den ehelichen Kindern.

#### **Art. 140**

Die Bestimmungen der Artikel 136, 137, 138, 139 und 141 der deutschen Verfassung vom 11. August 1919 sind Bestandteil dieses Grundgesetzes.

### **3. Gesetz über die religiöse Kindserziehung (KERzG):**

#### **§ 1**

Über die religiöse Erziehung eines Kindes bestimmt die freie Einigung der Eltern, soweit ihnen das Recht und die Pflicht zustehen, für die Person des Kindes zu sorgen. Die Einigung ist jederzeit widerruflich und wird durch den Tod eines Ehegatten gelöst.

#### **§ 5**

Nach der Vollendung des vierzehnten Lebensjahrs steht dem Kind die Entscheidung darüber zu, zu welchem religiösen Bekenntnis es sich halten will. Hat das Kind das zwölfte Lebensjahr vollendet, so kann es nicht gegen seinen Willen in einem anderen Bekenntnis als bisher erzogen werden.

### **4. Strafgesetzbuch (StGB):**

#### **§ 26 Anstiftung**

Als Anstifter wird gleich einem Täter bestraft, wer vorsätzlich einen anderen zu dessen vorsätzlich begangener rechtswidriger Tat bestimmt hat.

#### **§ 223 Körperverletzung**

(1) Wer eine andere Person körperlich misshandelt oder an der Gesundheit schädigt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Der Versuch ist strafbar.

### **§ 224 Gefährliche Körperverletzung**

(1) Wer die Körperverletzung

1. durch Beibringung von Gift oder anderen gesundheitsschädlichen Stoffen,
2. mittels einer Waffe oder eines anderen gefährlichen Werkzeugs,
3. mittels eines hinterlistigen Überfalls,
4. mit einem anderen Beteiligten gemeinschaftlich oder
5. mittels einer das Leben gefährdenden Behandlung

begeht, wird mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren, in minder schweren Fällen mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren bestraft.

(2) Der Versuch ist strafbar.

### **§ 226 Schwere Körperverletzung**

(1) Hat die Körperverletzung zur Folge, dass die verletzte Person

1. das Sehvermögen auf einem Auge oder beiden Augen, das Gehör, das Sprechvermögen oder die Fortpflanzungsfähigkeit verliert,
2. ein wichtiges Glied des Körpers verliert oder dauernd nicht mehr gebrauchen kann oder
3. in erheblicher Weise dauernd entstellt wird oder in Siechtum, Lähmung oder geistige Krankheit oder Behinderung verfällt,

so ist die Strafe Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren.

(2) Verursacht der Täter eine der in Absatz 1 bezeichneten Folgen absichtlich oder wissentlich, so ist die Strafe Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren.

(3) In minder schweren Fällen des Absatzes 1 ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren, in minder schweren Fällen des Absatzes 2 auf Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren zu erkennen.

### **§ 228 Einwilligung**

Wer eine Körperverletzung mit Einwilligung der verletzten Person vornimmt, handelt nur dann rechtswidrig, wenn die Tat trotz der Einwilligung gegen die guten Sitten verstößt.

### **§ 229 Fahrlässige Körperverletzung**

Wer durch Fahrlässigkeit die Körperverletzung einer anderen Person verursacht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

## **§ 230 Strafantrag**

(1) Die vorsätzliche Körperverletzung nach § 223 und die fahrlässige Körperverletzung nach § 229 werden nur auf Antrag verfolgt, es sei denn, dass die Strafverfolgungsbehörde wegen des besonderen öffentlichen Interesses an der Strafverfolgung ein Einschreiten von Amts wegen für geboten hält. Stirbt die verletzte Person, so geht bei vorsätzlicher Körperverletzung das Antragsrecht nach § 77 Abs. 2 auf die Angehörigen über.

(2) Ist die Tat gegen einen Amtsträger, einen für den öffentlichen Dienst besonders Verpflichteten oder einen Soldaten der Bundeswehr während der Ausübung seines Dienstes oder in Beziehung auf seinen Dienst begangen, so wird sie auch auf Antrag des Dienstvorgesetzten verfolgt. Dasselbe gilt für Träger von Ämtern der Kirchen und anderen Religionsgesellschaften des öffentlichen Rechts.

## **5. Weimarer Reichsverfassung (WRV):**

### **Art. 136**

(1) Die bürgerlichen und staatsbürgerlichen Rechte und Pflichten werden durch die Ausübung der Religionsfreiheit weder bedingt noch beschränkt.

(2) Der Genuss bürgerlicher und staatsbürgerlicher Rechte sowie die Zulassung zu öffentlichen Ämtern sind unabhängig von dem religiösen Bekenntnis.

(3) Niemand ist verpflichtet, seine religiöse Überzeugung zu offenbaren. Die Behörden haben nur soweit das Recht, nach der Zugehörigkeit zu einer Religionsgesellschaft zu fragen, als davon Rechte und Pflichten abhängen oder eine gesetzlich angeordnete statistische Erhebung dies erfordert.

(4) Niemand darf zu einer kirchlichen Handlung oder Feierlichkeit oder zur Teilnahme an religiösen Übungen oder zur Benutzung einer religiösen Eidesform gezwungen werden.

## II. INTERVIEWS

I. FRAGEN AN MOHELET, UROLOGIN UND RABBINERIN DR. MED. A. Y. DEUSEL ZUR BESCHNEIDUNGSSITUATION IN DEUTSCHLAND IN ERGÄNZUNG ZU IHRER VERÖFFENTLICHUNG (MEIN BUND, DEN IHR BEWAHREN SOLLT), 02.09.2012

**1. Wie viele männliche jüdische Neugeborene werden pro Jahr in etwa in Deutschland/Berlin geboren? Wie viele werden davon auch tatsächlich beschnitten? (Zahlen für Deutschland, Zahlen für Berlin, Zahlen für andere Ballungsräume?) Gibt es Unterschiede zwischen eher ländlichen und eher urbanen Regionen? Spielt der Migrationshintergrund eine Rolle?**

Deusel: In diesem Zusammenhang gibt es mehrere Aspekte, die eine genaue Bezifferung von jüdischen Neugeborenen und damit auch von den Beschneidungszahlen erschweren bzw. verhindern.

Zum einen ist beim Zuzug jüdischer Eltern oder Familien zu einer Region und der damit verbundenen Anmeldung beim Einwohnermeldeamt die Konfession unter Umständen gar nicht angegeben worden, ebenso wenig, wie bei der Aufnahme in ein Krankenhaus. Die genaue Angabe über die jüdischen Bevölkerungsanteile ist daher schwierig bzw. unmöglich, ebenso wie die Geburtenrate.

Dazu kommt, dass ein Mohel zwar angeben kann, wie viele Beschneidungen er oder sie persönlich gemacht hat. Da aber die Tätigkeit eines Mohels nicht auf eine bestimmte Region beschränkt bleibt, er vielmehr an unterschiedlichen Orten und Städten, auch im Ausland, dieses Ritual durchführt und dazu auch extra anreist, ist diese Tätigkeit nicht eine örtliche beschränkte. Ich persönlich reise aufgrund meiner Mehrfachbeschäftigung allerdings nicht und nehme daher nur Beschneidungen im Bamberger Raum vor. Das sind allerdings pro Jahr nicht sehr viele, da die Gemeinden in eher kleineren Ballungsgebieten wie in unserer Region sich zu einem großen Teil aus älteren Personen zusammensetzen, da die jüngeren Paare und Familien oft in die Großstädte wie Berlin, Frankfurt, München abwandern.

Was aber festzustellen ist, ist dass der Migrationshintergrund eine große Rolle spielt. Wir haben in der Bamberger Gemeinde, mit etwa 900 Mitgliedern, zum Beispiel Zuwanderer aus Nordafrika, Frankreich, Italien, Brasilien und so weiter, die in ihrem Judentum relativ gefestigt

sind. Unabhängig von ihrer Denomination sind sich in dieser Gruppe alle einig, dass sie auf jeden Fall eine Beschneidung ihrer Kinder wollen.

Dagegen stehen Zuwanderer aus den ehemaligen GUS-Staaten einer Beschneidung oft ablehnend gegenüber, da sie sich häufig eher als „ethnisch jüdisch“ bezeichnen. Was der Unterschied zu anderen jüdischen Strömungen ist, der damit bekundet werden soll und von ihnen auch betont wird, ist mir zwar nicht ganz klar. Jedenfalls sehen diese „ethnischen“ Juden die Notwendigkeit der Beschneidung oft nicht. Andere wünschen sie aber auch gerade als aus diesen Regionen zugewanderte Erwachsene, da sie das Gefühl haben, ihnen würde ein entscheidender Aspekt des Gefühls der Zugehörigkeit zur jüdischen Identität fehlen.

Bei kleinen Kindern, die aus dieser Region mit ihren Eltern hergekommen sind, sind häufig die Großeltern der treibende Faktor, über die die Kinder den Zugang zur Gemeinde, insbesondere zur Krippe und zum Kindergarten finden. Die Kindeseltern haben oft von ihren eigenen Eltern, also den jetzigen Großeltern, sehr wenig über jüdische Traditionen gelernt und mitbekommen und wissen daher nicht Bescheid. Bei diesen Kindern bemühen wir uns allerdings nicht primär um Religionsunterricht, sondern die Betreuung steht im Vordergrund, mit der wir aber spielerisch die Vermittlung von jüdischen Traditionen verbinden und so unter Umständen über die Kinder die Eltern mit einbeziehen und für die jüdische Kultur interessieren können. Ziel soll sein, der jetzigen Elterngeneration die kulturellen Wurzeln ihrer Religion zumindest zu erklären und eventuell so nahe zu bringen, dass sie ihre eigenen Traditionen verstehen und sich dann für eine aktive religiöse Zugehörigkeit oder Ablehnung derselben aus wirklicher Kenntnis der Hintergründe entscheiden können. Oft fehlen aus Unkenntnis das Interesse und die Lust zu der Auseinandersetzung mit dem Thema.

Gerade auch säkular orientierte Eltern, auch aus Israel, wollen in der Regel unbedingt eine Beschneidung ihrer Jungen und fahren dazu nicht extra in ihre Heimat zurück. Gerade ich als weibliche Mohelet und Urologin habe von diesen Familien einen großen Zulauf, weil die Mütter diesen Umstand (weiblich und Urologin) oft sehr begrüßen. Dazu reisen die Eltern auch von entfernteren Regionen auch schon zur Geburt an, übrigens natürlich auch umgekehrt, bei entsprechender Denomination, von Bamberg zu einem orthodoxen bzw. männlichen Mohel in andere Städte Deutschlands.

Zusammenfassend: Keiner von uns hat richtige Zahlen. Ich könnte Zahlen höchstens schätzen; das Ergebnis wäre allerdings sehr vage und nicht aussagekräftig oder fundiert.

**2. Es gibt Diskussionen und ein Statement von Oberrabbiner Metzger zur Erforderlichkeit der zukünftigen Ausbildung von Mohalim. Haben die Mohalim in Deutschland bisher eine bestimmte Ausbildung zu absolvieren? Gibt es analog zur Ärzteschaft eine Fortbildungspflicht? Unterliegen diese einer bestimmten regelmäßigen Kontrolle?**

Deusel: Das ist eine berechtigte Frage. Scheine, Zertifikate etc. werden nicht vergeben. Mohalim haben eine strikte, fundierte Ausbildung zu absolvieren, die allerdings nicht institutionalisiert ist. Es handelt sich um einen Lehrberuf, dessen Erlernen somit vorwiegend praktisch ausgestaltet ist. Man hospitiert zunächst bei einem praktizierenden, erfahrenen Mohel und wird dann nach einer gewissen Zeit bei der eigenen praktischen Ausführung von diesem begleitet und beaufsichtigt. Es handelt sich also um eine Tätigkeit, die auf Erfahrungen und praktischer Übung beruht. Sinn der Ausbildung ist, dem zukünftigen Mohel zu vermitteln, wie der Eingriff durchgeführt werden muss und was zusätzlich zu beachten ist – welche Risiken es gibt, welche Komplikationen auftreten können, wie das Vorgehen bei deren Auftreten ist, wie die akute Wundversorgung und die Nachsorge durchzuführen sind, usw.

Viele kommen zu diesem Tätigkeitsfeld mit einem irgendwie gearteten medizinischen Hintergrund, z. B. nach einem Pflegepraktikum oder einer Ausbildung als Rettungssanitäter. Es gibt unter den Mohalim auch Ärzte. Eine medizinische Basis ist aber nicht Voraussetzung für die Tätigkeit.

Zur Fortbildungspflicht kann ich folgendes sagen: In Deutschland gibt es diese meines Wissens nicht. Ich für meinen Teil bin Mitglied in der „Association of Reform and Liberal Mohalim“ mit Sitz in London. Alle Mitglieder sind Mediziner unterschiedlicher Fachrichtungen und liberale bzw. reformierte Mohalim. Die Association veranstaltet ein jährliches, eintägiges Audit, bei dem Erfahrungen ausgetauscht und aktuelle Probleme bei der Durchführung geschildert, angemahnt und besprochen werden. Jedes Mitglied wird im Vorfeld nach eigenen, interessanten Vorkommnissen befragt und um entsprechende Auskünfte gebeten, um sie der Vereinigung mitteilen zu können. Dabei kommen auch extreme Probleme oder Geschehnisse, Todesfälle und Erfahrungen zur Sprache und auch Berichte von und über Vorkommnisse bei Mohalim, die nicht zu den Mitgliedern gehören. Es ist also eine Gelegenheit zum aktiven Meinungs austausch. Gleichzeitig sind diese Treffen stets mit einer Fortbildungsveranstaltung gekoppelt. Die Teilnahme an diesen Veranstaltungen ist nicht verpflichtend.

Es gibt auch noch andere Vereinigungen, in denen Mohalim anderer Denomination organisiert sind, und manche sind gar nicht in vergleichbarer Form vernetzt.

**3. Werden auch Beschneidungen von nicht jüdischen Urologen/ Chirurgen durchgeführt? Ist der rituelle Aspekt der Beschneidung damit trotzdem erfüllt? Oder ist nur eine Beschneidung von jüdischen Ärzten oder an jüdischen Krankenhäusern ausreichend?**

Deusel: Ja, die Durchführung erfolgt manchmal auch durch nichtjüdische Urologen bzw. Chirurgen, aber der rituelle Aspekt ist damit allein nicht erfüllt. In solchen Fällen werden dann Mohalim oder Rabbiner hinzugezogen, die den rituellen Part, das Sprechen der Brachot, übernehmen. Es ist auch möglich, die Beschneidung durchzuführen und die Brachot nachzuholen, eventuell führt man dann einen kleinen oberflächlichen Schnitt durch, um eine kleine Menge Blut bei der Zeremonie sichtbar zu machen (Hatafat Dam Brit). Häufiger ist es allerdings umgekehrt, nämlich dass Eltern bei einer rituellen Beschneidung durch einen Mohel auf dem Beisein eines Kinderarztes bestehen. Dessen Aufgabe ist allerdings eher auf die emotionale und psychische Unterstützung beschränkt, sozusagen eine zusätzliche Absicherung der Eltern, um sicher zu gehen, dass auch wirklich alles gut verläuft, denn die Beschneidung macht ja der Mohel selbst.

Man kann sagen, die Mohalim machen das wirklich gut, eine fehlerhafte Beschneidung spräche sich auch sofort herum und würde dazu führen, dass der Mohel nicht mehr praktizieren kann, weil er nicht mehr angefordert wird.

**4. Gibt es Angaben, wie viele jüdische Ärzte für religiöse Beschneidungen zur Verfügung stehen?**

Deusel: Dazu kann ich keine Angaben machen, weil die meisten das nicht offen bewerben.

**5. Werden die Kinder auf Blutungsrisiken und andere Erkrankungen untersucht? Von wem?**

Deusel: Eine entsprechende Untersuchung durch den Mohel findet nicht statt. Es wird eher Bezug genommen auf die Familienanamnese. Zudem haben wir in Deutschland die angenehme Situation, dass die Mütter einen Mutterpass haben, in dem alle Unregelmäßigkeiten und Begleiterkrankungen vermerkt sind. In der Regel sprechen die werdenden Mütter ohnehin ihren behandelnden Frauenarzt oder den Kinderarzt auf den bevorstehenden Eingriff an.

Der Mohel selbst könnte Erkrankungen auch gar nicht medizinisch korrekt einordnen, weil er ja in der Regel keine medizinische Ausbildung hat. Eine Untersuchung durch ihn macht also wenig Sinn. Er kann vielleicht eine Neugeborenen-Hyperbilirubinämie feststellen, weil dann die Kinder einen Ikterus aufweisen. Jedenfalls werden Kinder mit atypischer Hautfarbe seit Zeiten

des Talmuds, wie diesem zu entnehmen, nicht beschnitten – zumindest nicht bis zur Normalisierung des Zustandes. Außerdem gilt die Regel, Kinder mit Missbildungen, wie zum Beispiel einer Hypospadie, nicht zu beschneiden, weil das Präputium dann unter Umständen für eine Korrektur der Fehlbildung benötigt wird. Bei den Ultraorthodoxen gelten da unter Umständen andere Regeln, seien sie zu befürworten oder nicht.

Generell ist die Zusammenarbeit mit den Eltern entscheidend. Der Mohel kommt nicht spontan zu der Beschneidung, sondern im Vorhinein findet ein Gespräch statt, in dem gerade Fragen zur Familienanamnese und Vorerkrankungen geklärt werden sollen und müssen. Die Kinder müssen ja zu entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen, bei Neugeborenen zur U1 / U2, und wenn da etwas nicht in Ordnung ist, wird nicht beschnitten.

**6. Wie häufig entscheiden sich jüdische Eltern gegen eine (rituelle) Beschneidung? Lassen diese dann eine Beschneidung in Krankenhäusern durchführen? Nimmt die Bereitschaft der Eltern zu Beschneidungen unabhängig von der Art der Durchführung ab? Hat, soweit beurteilbar, das Urteil des Landgerichts Köln eine Änderung hervorgerufen?**

Deusel: Gerade seit dem Urteil haben die Anfragen extrem zugenommen, auch wenn das für mich persönlich nicht bedeutet, dass ich häufiger Beschneidungen durchführe – aus Zeitmangel, denn die Durchführung und Betreuung, also Vor- und Nachsorge des Eingriff ist sehr zeitaufwendig. Für mich ist wichtig, dass ich das Kind vorher sehe und untersuchen kann. Außerdem spreche ich immer mit dem zuständigen Kinderarzt, damit er informiert ist. Am Abend der Durchführung der Beschneidung schaue ich mir das Kind an, am Morgen danach ebenfalls. Ich gebe den Eltern immer meine Handynummer, damit sie sich im Falle eines Zwischenfalls bei mir melden können. Ich informiere sie zuvor auch, wo die nächste Klinik ist, an die man sich beim Auftreten von Komplikationen, auch während der Zirkumzision, wenden kann.

Die Eltern erhalten eine Liste mit den Kontaktdaten der informierten und zuständigen Ärzten bzw. Kliniken in der Nähe, damit sie sich im Zweifelsfall an diese wenden können. Außerdem empfehle ich allen Eltern unabhängig vom Auftreten etwaiger Komplikationen die Nachsorge beim jeweiligen Kinderarzt.

Ob das alle Mohalim so machen, weiß ich nicht, ohne diese Vorbereitungen nehme ich den Eingriff aber nicht vor.

**7. Wie erfolgt die Beschneidung praktisch? Gibt es eine allgemein praktizierte Methode? Werden die rituellen Eingriffe mit entsprechenden Hilfsmitteln vorgenommen oder erfolgen sie eher freihändig? Welche Bedeutung kommt dem Blutaustritt zu?**

Deusel: Ich verwende dafür die einfache Mogen-Klemme. Allerdings ist diese Konstruktion unter Verwendung von EMLA-Salbe® ein wenig ungünstig, weil diese dafür sorgt, dass die Vorhaut aufquillt. Dennoch gibt es sehr gute Resultate. Die Klemme schiebt man von außen über die nach vorne gezogene Vorhaut, um eine Blutleere zu erreichen und gleichzeitig die Glans zu schützen. Dabei muss man die Klemme schräg anlegen, um die Arteria frenularis möglichst weitgehend zu schonen, weil eine Verletzung der A. frenularis zu starken Blutungen führt und mit dem Auftreten von Meatusstenosen in Verbindung gebracht wird. Nach der Abtrennung der Vorhaut distal der Klemme rutscht die äußere Penisschafthaut zurück, daran legt sich dann das anschließend zurückgeschobene, vorher eingekerbte innere Vorhautblatt. Danach wird lediglich ein leichter Druckverband angelegt.

Wichtig ist, dass die Haut dabei nicht verdreht wird, da sich sonst eine Deviation des Penischaftes entwickeln kann. Auch eine zu umfangreiche Beschneidung ist nachteilig, weil das Kind noch wächst. Lieber lässt man etwas zuviel Haut stehen. Bei entsprechendem Wunsch kann man die Vorhaut nachträglich dann noch kürzen, falls erforderlich. Aber auch ein Rezidiv (d.h. die Glans weist eine Teilbedeckung durch einen „nachgebildeten“ Vorhautanteil auf) veranlasst nicht unbedingt zu einer Revision. Grundsätzlich gilt hier: Beschnitten ist beschnitten. Ich stelle zum Beispiel entsprechende Bescheinigungen aus, damit in Zweifelsfällen die Beschneidung belegt werden kann.

Manche machen die Beschneidung freihändig, das sollte aber eigentlich nicht mehr die Regel sein, weil das Vorgehen komplikationsträchtiger ist. In diesem Zusammenhang sind dann zum Beispiel sogar Glansamputationen zu nennen. Aber natürlich geht eine freihändige Beschneidung schneller.

Die Durchführung nach der Plastibell-Methode ist aus meiner Sicht auf die Neugeborenen beschränkt, weil sonst die Haut für die Apparatur und Durchführung bereits zu fest ist.

Die Wundheilung geht bei Neugeborenen sehr schnell. Bis zur vollständigen Wundheilung vergehen dann so in etwa drei bis fünf Tage. Je älter das beschnittene Kind, desto länger dauert auch die Wundheilung, beim Erwachsenen bis zu 14 Tage.

Die Blutung selbst ist eigentlich ein Nebeneffekt. Allerdings hat sich die Einstellung dazu immer wieder geändert, auch unter zwischenzeitlicher Auseinandersetzung mit den Lehren des Christentums. Dabei wurde teilweise im Blutaustritt der Sinn der Beschneidung erblickt, Stichwort „das heilbringende Blut Christi“. Zunz hat vor 150 Jahren eine aus meiner Sicht gute Stellungnahme zu dem Thema Beschneidung gegeben und die Diskussion entschärft, indem er sagte, das Beschneiden selbst sei ein Ritus, Kern der Mitzwa sei das anschließende Beschnittensein.

#### **8. Wie häufig findet eine Anästhesie statt? Warum sind einige der Rabbiner der Meinung, eine solche widerspräche dem jüdischen Ritus?**

Deusel: Eine Anästhesie widerspricht nicht dem jüdischen Ritus. Zwar war Abraham nicht narkotisiert, aber er hat sich selbst beschnitten und hatte auf diese Weise nicht die Möglichkeit zur Narkose, mal abgesehen davon, dass man damals die Mittel, insbesondere zur Lokalanästhesie, nicht hatte. Auch im Talmud ist von Anästhesie nicht die Rede, es steht aber auch nicht geschrieben, dass eine solche nicht durchgeführt wurde oder werden durfte. Wirkliche Gegenargumente finden sich in den religiösen Schriften also nicht. Es ist eine Interpretationsfrage und Auslegungssache. Wäre eine Narkose aber nicht zulässig, wäre das sicherlich in den Quellen erwähnt. Die Gabe eines Tropfen Weines spricht zudem auch eher für die Durchführung einer Anästhesie.

Dazu kommt, dass Mohalim, die nicht zugleich Ärzte sind, beim Eingriff zwar EMLA-Salbe® verwenden können, aber zum Beispiel auf die Durchführung eines Peniswurzelblocks verzichten müssen, weil sie diesen gar nicht ausführen können.

#### **9. Sind Unterschiede zwischen den auftretenden Komplikationen zwischen ritueller und medizinischer Durchführung bekannt? Wie häufig wird eine ärztliche Kontrolle erforderlich? Wird die ärztliche Kontrolle generell empfohlen? Kann den Komplikationen in der Regel von den Eltern begegnet werden? Wie häufig sind Klinikeinweisungen notwendig?**

Deusel: Ich glaube nicht, dass es grundsätzlich zwischen medizinischer und ritueller Beschneidung Unterschiede im Hinblick auf die Komplikationen gibt. Am häufigsten sind hier sicherlich die Blutungen, wobei ich diese durchweg als beherrschbar bezeichnen würde.

Allerdings ist das Auftreten von Komplikationen sehr stark altersabhängig. Ältere Menschen leiden zum Beispiel oft an Nebenerkrankungen, die Kinder noch nicht haben, dafür würde man bei Neugeborenen nie eine Beschneidung unter Vollnarkose machen, weil das Narkoserisiko zu

groß ist. Die Unterschiede erklären sich also eher aus den Begleitumständen. Medizinische Beschneidungen können daher nur vergleichsweise herangezogen werden, wenn es sich hier auch um Neugeborenenbeschneidungen in Lokalanästhesie handelt.

Eine ärztliche Kontrolle würde ich immer anraten und zwar unter vorheriger Abklärung, welcher Arzt diese übernimmt, damit es im Nachhinein keine Schwierigkeiten gibt

**10. Ist die Denomination des Mohel gleichgültig hinsichtlich der Denomination des Beschnittenen oder erkennen beispielsweise orthodoxe Juden nur eine Beschneidung durch orthodoxe Mohalim an?**

Deusel: Die Denomination ist für die Beschneidung selbst völlig unerheblich, da es auch keine größeren Unterschiede hinsichtlich des Prozederes gibt. Allerdings ist sie wichtig für die jeweilige religiöse Gemeinschaft innerhalb des Judentums, der die Eltern des Kindes angehören.

**11. Wurden Sie als Urologin von Kindern/ Eltern konsultiert, weil eine rituelle Beschneidung vorgenommen wurde und die Kinder unter Komplikationen leiden?**

Deusel: Ja, das kommt durchaus vor. Mir fallen da aber in 24 Jahren nur zwei Fälle ein. In einem Fall ging es um eine Mutter, die ihr Neugeborenes von einem orthodoxen Mohel hatte beschneiden lassen, der die Nachsorge ablehnte. Sie hatte das Gefühl, es habe sich eine lokale Infektion herausgebildet und wendete sich an mich. Es stellte sich aber heraus, dass es sich abgesehen von einer leichten Rötung um einen unauffälligen Befund handelte.

In einem anderen Fall hatte ich einen 13-jährigen Patienten, der mit ausgeprägten Narben zu mir kam, nachdem er sich ein Jahr vorher anderweitig hatte beschneiden lassen. Wie sich herausstellte, litt der Patient unter vermehrter Narbenbildung. Er war mit dem optischen Outcome nicht zufrieden und wollte eine Revision, die ich dann auch vorgenommen habe. Solche Nebenwirkungen kommen bei älteren Patienten durchaus vor, gerade überschießende Narbenbildungen sollte man berücksichtigen.

**12. Bekommen Sie als jüdische Urologin auch von andersgläubigen Eltern z.B. Muslimen oder Christen Anfragen zu Beschneidungen? Sind häufig Beschneidungen ohne medizinische Indikation gewünscht?**

Deusel: Das kommt häufig vor. Gerade auch von einer Klinik bei mir in der Nähe, die von amerikanischen Mitbürgern oft frequentiert wird. Dort finden die Beschneidungen in der Regel aus hygienischen Gründen statt. Manchmal geht es dann nur um die Einholung eines Rates, denn

die Klinik nimmt Beschneidungen auch selbst vor. Auch sonst werde ich angesprochen, gerade wenn entsprechende Berichte in der Presse veröffentlicht wurden, dass die Beschneidung gesundheitliche, sexuelle oder andere Vorteile mit sich bringt. Dann kommen vermehrt junge Männer zu mir, die beschnitten werden wollen. Muslime kommen auch zu mir, allerdings habe ich in Bamberg einen muslimischen Kollegen, zu dem für die Muslime der Weg oft der direktere ist.

II. FRAGEN ZU ISLAM UND RITUELLEN BESCHNEIDUNGEN AN PROF. DR. ANDREAS FELDTKELLER, LEHRSTUHLINHABER DES LEHRSTUHLES FÜR RELIGIONS- UND MISSIONSWISSENSCHAFT SOWIE ÖKUMENIK AN DER HUMBOLDT UNIVERSITÄT ZU BERLIN, GESPRÄCH VOM 26.09.2012

**1. Wie viele Muslime leben in Deutschland/ in Berlin? Gibt es in Deutschland eine vorherrschende muslimische Glaubensrichtung? Ist in diesem Zusammenhang der Migrationshintergrund entscheidend?**

Feldtkeller: Es wird von ständig steigenden Zahlen berichtet, inzwischen haben wir mehr als 3,2-3,5 Mio. muslimische Mitbürger, davon leben in Berlin etwa 10%. Dabei spielt in Deutschland der türkische Migrationshintergrund mit ca. 60-70% die zahlenmäßig größte Rolle. Das bedeutet zum einen, dass die Gemeinschaft der Aleviten, die in der Türkei sehr stark vertreten ist, auch in Deutschland einen großen Teil der Migrationsbevölkerung ausmacht. Es ist allerdings umstritten, wie weit diese dem Islam überhaupt zugehörig sind. Diese Gruppe hat für sich allein etwa 400.000- 700.000 Mitglieder, also weit mehr als die gesamte jüdische Bevölkerung Deutschlands. Die übrigen türkischen Muslime sind fast ausschließlich sunnitisch orientiert, so dass den Schiiten in der deutschen muslimischen Bevölkerung zahlenmäßig eine geringere Bedeutung zukommt, als das weltweit der Fall ist.

Die Sunniten werden wiederum in vier Rechtsschulen unterteilt, die geographisch unterschiedlich verteilt sind. Im Bereich der heutigen Türkei, dem ehemaligen Osmanischen Reich, sind vor allem die Hanafiten verbreitet. Sie beziehen in ihre Rechtsfindung sehr ausgeprägt die eigene Urteilsfähigkeit der Rechtsgelehrten mit ein. Die Rechtsmeinung allgemein steht also nicht von vorneherein fest, sondern nur das, was eindeutig im Koran geregelt oder in den Lehrgesprächen des Propheten Mohammed überzeugend durch unterschiedliche Quellen belegt ist, wird als unumgänglich und unverrückbar akzeptiert. In allen anderen Bereichen ist immer das Urteil der Rechtsgelehrten ausschlaggebend, was dazu führt, dass Fragen auch im Kontext der jeweiligen Zeit beantwortet werden und moderne Strömungen Eingang in die Rechtsmeinung finden können. Eine Diskussion dieser Fragen ist damit zwischen den Rechtsgelehrten immer möglich und auch erwünscht. Dadurch ist diese Rechtsschule im Vergleich mit der traditionellen Rechtsgelehrsamkeit als eher offen zu bewerten. Die Anpassung dieser nach Deutschland emigrierten Muslime ist also in vielen Bereichen des alltäglichen Lebens und des deutschen Gemeinschaftslebens gut mit ihrem Glauben und Rechtsverständnis vereinbar und nicht von vorneherein aufgrund von Glaubensregeln ausgeschlossen. Die Prägung

der jüngeren Generationen durch die deutsche Gesellschaft und damit verbundener Werte ist damit ebenfalls möglich und wird auch gern im Sinne der Assimilierung angenommen. Eine aktive Auseinandersetzung mit den überlieferten Traditionen und deren Prüfung auf Vereinbarkeit mit denen des Gastlandes und des alltäglichen Lebens ist daher durchaus zu beobachten.

Allerdings gibt es in der jetzigen Generation kaum wirklich ausgebildete Rechtsgelehrte, der Trend geht aber dahin, hier auf einem universitären Niveau islamische eigene Lehrtraditionen zu entwickeln, die mit einem entsprechenden Wissenschaftsverständnis verknüpft werden können.

Andere Rechtsschulen haben sehr viel striktere Vorstellungen hinsichtlich dessen, was als richtig oder falsch bewertet wird. Diese machen aber in Deutschland eher die Minderheit der muslimischen Bevölkerung aus.

## **2. Sind die soeben angesprochenen Aleviten liberaler als die Sunniten und Schiiten?**

Feldtkeller: Unter westlichen Kategorien gefasst, ja. Sie haben zum Teil andere, zum Teil offenere Vorschriften. Zum Beispiel wird, im Gegensatz zu Sunniten und Schiiten, die religiöse Feier in der Moschee von Männern und Frauen gemeinsam begangen. Zentrum dieser Feier ist eine gemeinsame Mahlzeit, der Verzehr von Brot und Wein, letzteres wäre in anderen muslimischen Gemeinschaften undenkbar. Sie haben auch eine Reinkarnationsvorstellung. Sonst ist im Islam unbestritten, dass es dieses eine irdische Leben gibt, das nicht den Sinn hat, es zu genießen, sondern eine Prüfung ist, inwieweit der Gläubige bereit ist, dem Willen Gottes zu gehorchen. Das eigentlich Wesentliche spielt sich nach islamischer Vorstellung erst im jenseitigen Leben nach Gottes Gericht ab, das beurteilt, ob diese Bemühung ausreichend war.

## **3. Wie ist der muslimische Glaube strukturiert – Stichwort Koran, Sunna, Propheten?**

Feldtkeller: Die Sunna sind die Lehrüberlieferungen des Propheten Mohammed, wohingegen der Koran Gottes offenbarte Aussagen sind, die dem Propheten verkündet wurden. Der Koran gilt daher Wort für Wort als Gottesanordnung an die Menschen und ist daher absolut unantastbar; diese Auffassung gilt bei Sunniten und Schiiten gleichermaßen und unumstritten. Bei den Aleviten spielt der Koran nicht eine so ganz zentrale Rolle, da sie bezüglich der religiösen Erkenntnis eine etwas eigene Vorstellung haben. Es handelt sich um eine Glaubensrichtung, die muslimische, esoterische und gnostische Einflüsse verbindet. Ihrer Vorstellung zufolge gibt es einen inneren Erkenntnisweg, den man zu gehen hat. Dabei ist der Koran und die Einhaltung von Lebensregeln, die im Islam gelten, also die Scharia, das Eintrittstor auf dem Weg zur Weisheit,

das unterste Level der einzuhaltenden Regeln, aber auf diesem Weg begegnet man anderen Normen, Möglichkeiten und Einflüssen.

**4. Bei einem Gespräch mit einem türkischen Ehepaar wurde mir geschildert, dass die Beschneidung notwendig sei, um die erforderliche Reinheit vor dem Gebet ohne extremen Aufwand erreichen zu können. Ist die Beschneidung nun eine religiöse Pflicht, ein Gebot, das speziellen Hygienevorschriften des Islams zu dienen gedacht ist, oder lediglich ein Argument der Praktikabilität hinsichtlich der erforderlichen Hygiene vor dem Gebet, das fünfmal täglich gesprochen werden muss?**

Feldtkeller: Man muss unterscheiden zwischen Hygiene und Reinheit. Reinheit ist ein religiöses Konzept, Hygiene eher ein medizinisches, die sich in modernen Diskursen zum Teil überlappen. Dennoch ist Reinheit etwas anderes als Hygiene.

Im Islam gibt es, ebenfalls aus der Sunna, vorgegebene Regelungen darüber, wie Reinheit zustande kommt, verloren geht und wiederhergestellt werden kann. Dabei wird unterschieden zwischen Verunreinigungen, die nur durch eine Ganzkörperreinigung, also durch Untertauchen in einem Wasserbad beseitigt werden können, und solchen, bei denen eine rituelle Waschung ausreichend ist, die das Waschen von bestimmten Kopfparten und der Hände und Füße vorsieht und somit fast vollständig bekleidet durchgeführt werden kann. Auch nach letzterer gilt man aber als rein im Sinne der kultischen Vorschriften. Sind keine Verunreinigungen im kultischen Sinne eingetreten, kann eine Waschung auch unterbleiben, bevor das Gebet begonnen werden kann. Die kultische Reinheit ist jedenfalls Voraussetzung, für das Gebet, das als zentrale Pflicht im Islam unverrückbar fünfmal täglich durchgeführt werden muss, Spielräume und Ausnahmeregelungen einmal beiseitegelassen. Grundsätzlich erfordert zum Beispiel der Geschlechtsverkehr eine Ganzkörperreinigung, während der Toilettengang lediglich eine rituelle Waschung erfordert. Unausgesprochen statt tatsächlich in Quellen verbrieft scheint aber für dieses Vorgehen die Beschneidung als zusätzliche Reinheitsmaßnahme erforderlich zu sein, worauf sich möglicherweise das angesprochene Paar beruft. Das ist aber nur eine Vermutung meinerseits.

**5. Welchen Stellenwert hat die Beschneidung im Islam? Ist dieser mit dem jüdischen vergleichbar?**

Feldtkeller: Nein, definitiv nicht. Die islamische Überlieferung ist in dieser Hinsicht sehr viel vager, weil im Koran keine Regelung zur Beschneidung zu finden ist. In der Tradition wird aber vorausgesetzt, dass Abraham und Ismail, als Stammväter der Araber, beschnitten waren.

Rechtshistorisch ist es in der Sunna eine Überlieferung, also eine Praxis, von der bezeugt ist, dass sie auf die Stammväter zurückgeht. Es gibt auch überhaupt keine klare Aussage, dass ein Mann der nicht beschnitten ist, nicht Muslim sein kann.

Klare Definition zur Unterscheidung zwischen einem Muslim und einem Nichtmuslim ist das ausgesprochene Glaubensbekenntnis, das vor zwei männlichen Zeugen ausgesprochen werden muss, um religionsrechtlich als Muslim zu gelten. Auch ein Nichtbeschnittener kann vollumfänglich am religiösen muslimischen Leben und dessen Bräuchen, wie Pilgerfahrten etc. teilnehmen.

In den traditionell geprägten islamischen Herkunftsländern ist auch von Seiten der Theorie des islamischen Rechts klar, dass es sich bei diesem Eingriff um eine Tradition handelt, die auch nicht festlegt, zu welchem Alter diese zu erfolgen hat. Es ist wohl eine Tradition, mit der Eltern den Übertritt ihrer Kinder ins Erwachsenenalter feierlich begehen.

**6. Um nochmal die Thematik des im Islam recht variablen Beschneidungsalters aufzunehmen. Liegt das eher im freien Ermessen der Eltern oder geht es eher darum, das Kind mit dem Eingriff zu konfrontieren, wenn es schon eine Art bewusste oder sogar selbstbestimmte Entscheidung treffen kann?**

Feldtkeller: Selbstbestimmung ist ein moderner Gedanke, der nicht in der Tradition und Natur des Islams liegt. Es bietet sich aber für die Muslime an, die in unserer Kultur aufgewachsen und unter Umständen moderner geprägt sind, dieses Argument in ihre Überlegungen zu der Beschneidungstradition einzubeziehen. Als Grund würde ich eher die Überlieferung von Abraham und Ismail heranziehen. Nach der jüdischen und biblischen Darstellung war Ismail zum Zeitpunkt seiner Beschneidung 13 Jahre alt. Der Islam hat in der Regel nichts abgeändert, was in der gemeinsamen monotheistischen Tradition bereits vorhanden war. So mag hier Ismail mit seinem Beschneidungsalter Vorbild dafür geblieben sein, in welchem Altersbereich eine Beschneidung zu erfolgen hat. Hinzukommt, dass in vielen Regionen, in denen sich der Islam zunächst ausgebreitet hat, die Beschneidung bereits generelle Praxis war und das Beschneidungsalter der bisherigen Traditionen einfach übernommen wurde. Das mag wohl auch der Hauptgrund sein, warum das Beschneidungsalter zwischen den einzelnen islamisch geprägten Regionen so auffällig variiert.

**7. Hätte ein junger Muslim oder die Eltern eines muslimischen Jungen, die in einem sehr traditionsbewussten Umfeld leben, überhaupt eine reelle Chance, sich gegen die Beschneidung ihres Kindes bzw. die eigene Beschneidung zu wehren, ohne einen extremen innerfamiliären Disput heraufzubeschwören?**

Feldtkeller: Ich denke, das ist eine Frage des Preises, die man bereit ist für seine Entscheidung zu bezahlen, allgemeingültig lässt sich diese Frage aber nicht beantworten.

Nun ist es aber sicher so, dass die Regionen, in denen der Islam beheimatet ist schon vor dessen Auftreten stark patriarchalisch geprägt waren. In der bisherigen Geschichte der meisten islamischen Kulturen sind auch keine Entwicklungen eingetreten, dieses Verständnis grundsätzlich in Frage zu stellen. In Deutschland gibt es aber durchaus Familien, die die hier herrschenden Gepflogenheiten zu Lasten ihrer überlieferten Familientraditionen aufgeben, und für die inzwischen die deutschen Umgangsformen sehr viel wichtiger sind als die türkischen.

**8. Auffallend ist, dass im Vergleich zu den jüdischen Betroffenen die Muslime sich an der Beschneidungsdebatte recht wenig beteiligen. Gibt es dafür Gründe?**

Feldtkeller: Ich glaube, dass die Muslime sehr erschöpft von der Tatsache sind, dass sie ständig im Licht der allgemeinen Aufmerksamkeit stehen und froh sind, dass die Juden die Diskussion für sie mit geführt haben, weil sie auch noch stärker von dem Urteil betroffen sind. Das ist aber meiner Meinung zufolge kein Zeichen dafür, dass den Muslimen die Debatte oder die dahinterstehende Tradition weniger wichtig ist. Die Muslime haben auch durchaus eine ausreichende Lobby. Zwar ist das nicht, wie man vermuten würde, der Zentralrat der Muslime, der nur einer von mehreren Großverbänden ist und nur eine relativ kleine Zahl von Mitgliedern vertritt, sondern vielmehr der darüber stehende Dachverband, in dem sich die vier größten Verbände zusammengeschlossen haben. Dieser vertritt daher eine relativ breite Masse von Mitgliedern, obwohl er immer noch nicht die Mehrheit der Muslime repräsentieren kann.

**9. Die Beschneidung ist in den Sunna als Lebensregel des Propheten Mohammed verbrieft. Mit dieser Tradition folgt man seinem Beispiel. Wendet man sich dann automatisch und in zum Beispiel den Mohammedkarikaturen vergleichbarer Weise gegen ihn, wenn man die Beschneidung in Deutschland verbietet?**

Feldtkeller: Gegen den Propheten Mohammed würde man sich erst wenden, wenn man bestreiten würde, dass die Beschneidung zu den Sunna gehört.

Es ist darüber auch von der Stärke mit der Kränkung des Propheten durch Karikaturen nicht vergleichbar. Im Islam ist allen Propheten mit dem größten Respekt zu begegnen, den diese

Karikaturen eben vermissen lassen. Die Kränkung besteht aber in der Lächerlichmachung der Propheten und bedeutet aus muslimischer Sicht eine Beleidigung der gesamtgesellschaftlichen Werte. Über den Inhalt der Regeln, was also vorgeschrieben ist und was nicht, wird aber viel diskutiert auch in der islamischen Geschichte. Daran ist man gewöhnt und solange keine Verunglimpfung geschieht wird das auch nicht als schädlich betrachtet.

#### **10. Was bedeutet ein Leben nach den Regeln der Propheten?**

Feldtkeller: Der Inhalt des islamischen Strebens ist es, dem Weg Gottes zu folgen, und die Propheten bieten durch ihr Vorbild die Gewähr dafür, bei dessen Nacheiferung dieses Ziel sicher zu erreichen. Daher empfiehlt sich, an ihnen ein Beispiel für den eigenen Lebenswandel zu nehmen.

III. GESPRÄCH ÜBER BESCHNEIDUNG UND ISLAM MIT FAZLI ALTIN, RECHTSANWALT, PRÄSIDENT DER ISLAMISCHEN FÖDERATION IN BERLIN (IFB) UND MEHMET EROL, IN DER TÜRKEI AUSGEBILDETER MUFTI UND EHEMALIGER IMAM DER DITIB UND MILLI GÖRÜS IN BERLIN, 30.11.2012

**1. Gibt es Angaben, wie viele Beschneidungen in Deutschland jährlich mit rituellem islamischem Hintergrund durchgeführt werden?**

Altin / Erol: Uns liegen keine genauen Zahlen vor. Wahrscheinlich werden aber genauso viele Beschneidungen durchgeführt, wie es männliche Muslime in Deutschland gibt. Es werden nur sehr selten Ausnahmen – unabhängig von der Glaubensausrichtung: sunnitisch, schiitisch, alevitisch – gemacht. Bei der Anzahl (der Beschneidungen) würde ich mich streng an der Zahl der männlichen Muslime orientieren.

**2. In der Sitzung des Rechtsausschusses am Montag, den 26.11.2012, wurde von einem Vertreter des Zentralrates der Muslime in Deutschland die Zahl von 46000 Beschneidungen pro Jahr in Deutschland genannt. Ist das realistisch?**

Altin / Erol: Dazu kann ich nichts sagen. Ich weiß nicht, woher er diese Zahlen hat. Man könnte die Geburtenrate der männlichen Kinder mit Migrationshintergrund aus südlichen Ländern als Maßstab nehmen.

**3. Welche Auswirkung hat die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Glaubensrichtung auf die Einstellung zu religiösen Riten, Bräuchen und Traditionen? Wie ist das in Bezug auf die Beschneidung zu sehen?**

Altin / Erol: Man kann sagen, es gibt zwei große Glaubensrichtungen – die Sunniten und die Schiiten. Bei diesen gibt es bezüglich der Beurteilung der Beschneidung grundsätzlich keine Unterschiede. Innerhalb der sunnitischen Rechtschulen gibt es zwei Meinungen. Nach der malikitischen Rechtsschule ist es eine Pflicht (eine Wajib) für jeden männlichen Muslim. Nach den anderen drei Rechtschulen ist die Beschneidung als Sunna einzuordnen. Die Sunna ist nichts Verpflichtendes. Sie ist weiter in Kategorien unterteilt, wobei die Beschneidung - von den drei Rechtsschulen - als unverzichtbare Sunna angesehen wird. Die Beschneidung gilt als Zeichen des Bekenntnisses zum Islam bei männlichen Muslimen. Bei einem nicht beschnittenen Mann geht man davon aus, dass er nicht dem muslimischen Glauben angehört.

#### **4. Wie ist es bei den Aleviten? Wie sind die Aleviten in die islamischen Glaubensrichtungen einzugliedern?**

Altin / Erol: Die Eingliederung des Alevitentums ist relativ kompliziert. Herr Buschkowsky beschreibt die Aleviten in seinem Buch als Protestanten des Islam. Ich habe die Protestanten immer als Aleviten des Christentums bezeichnet. Die Überlieferung des Alevitentums erfolgte fast ausschließlich mündlich. Es gibt kaum schriftliche Quellen, daher fokussiert sich das Alevitentum auf ethische Verhaltensweisen und enthält viel von Riten und Gebräuchen. Da das Alevitentum besonders im anatolischen Raum verankert ist, hat man dessen muslimische Bräuche dort übernommen. Die Beschneidung ist ein fester Bestandteil des Alevitentums.

Im türkisch-anatolischen Raum wird die Beschneidung als Sünnet (= Sunna), im arabischen Raum als Chitan (= Beschneidung) bezeichnet. Dies soll aber nicht den Anschein erwecken, dass es sich um etwas Freiwilliges handelt. Es ist eine religiöse Pflicht.

In der Türkei wird man als Mann schwer eine Frau finden, wenn man nicht beschnitten ist. Es gilt als etwas Verwerfliches. Heutzutage ist das unabhängig von der Glaubensrichtung in der Türkei als eine Art gesellschaftlicher Brauch anerkannt.

#### **5. Wirkt sich die Tatsache auf nach Deutschland Zugewanderte aus? Gilt diese Tradition auch weiterhin, unabhängig in welcher Generation die Bürger mit Migrationshintergrund in Deutschland leben?**

Altin / Erol: Ja, natürlich. Die Beschneidung wird bei uns nicht einfach so im Krankenhaus durchgeführt, sondern ist ein Anlass für eine Feier als wichtiger Schritt im Leben eines Kindes, als Zeichen des Überganges zum Erwachsenwerden. Daher wird bei uns die Beschneidung auch in den wenigsten Fällen im Säuglingsalter durchgeführt, sondern wenn das Kind älter ist. Dann weiß das Kind: ich werde jetzt beschnitten. Das Bewusstsein über die körperliche Veränderung und das damit verbundene Erwachsenwerden ist ein wichtiger Bestandteil des Ritus.

#### **6. Gilt das für alle Muslime?**

Altin / Erol: Das gilt für die türkischen Muslime. Bei den arabischen, indischen, pakistanischen und indonesischen Muslimen gibt es einige, die ihre Kinder bereits im Säuglingsalter beschneiden lassen, damit sie sich nicht an den Schmerz oder die Angst erinnern. Die älteren Kinder haben zwar aufgrund der Betäubung eigentlich keinen Schmerz, aber zumindest die Angst vor diesem wird ihnen durch das frühe Alter genommen.

## **7. Sind denn alle Aleviten aus der Türkei?**

Altin / Erol: Nein. Es gibt auch Aleviten in Nord-Syrien und wenige im Nord-Irak. In Nord-Syrien und der Türkei sind sie besonders stark vertreten. In der Türkei findet sich eine regional unterschiedliche Verteilung der Aleviten.

## **8. Wenn man nach Deutschland schaut. Sind hier die meisten hier Aleviten, Sunniten oder Schiiten?**

Altin / Erol: Es ist schwierig, darüber etwas zu sagen, da es keine zuverlässigen Statistiken darüber gibt. Die meisten Muslime in Deutschland sind sunnitischer Glaubensrichtung, die schiitischen Muslime sind in der Minderheit und dazwischen liegen die Aleviten.

## **9. Wie ist der muslimische Glaube strukturiert – Stichwort Koran, Sunna, Hadithe, Propheten?**

Altin / Erol: Es gibt vier Hauptquellen des Islam. Die erste ist der Koran. Wenn man eine Rechtsfrage hat, schaut man als erstes dort nach. Findet man hier keine Antwort, schaut man in der Sunna. Als dritte Quelle kommt der Konsens der Gelehrten, wobei es hierbei auch Diskussionen gibt. Soll der Konsens der Gelehrten zu einer bestimmten Zeit, an einem bestimmten Ort oder zeitübergreifend verwendet werden? Wenn sich die Gelehrten einer bestimmten Zeit an einem Ort über eine Rechtsache einig sind, ist diese Rechtsmeinung für alle in dieser Region wohnhaften Muslime bindend. Viertens gibt es die Rechtsanalogie. Als Bezugspunkte gelten hier ein Koranvers oder ein Hadith, also ein Ausspruch des Propheten. Über diese vier Rechtssäulen sind sich alle Muslime weltweit einig, auch in dieser Reihenfolge. Danach gibt es sechs bis sieben weitere Rechtsquellen, bei denen es Unterschiede in der Beurteilung des Ranges gibt. Eigentlich ist auch der gesellschaftliche Brauch (ʿUrf) eine Rechtsquelle. D.h. wenn ein gesellschaftlicher Brauch nicht in Widerstreit mit den ersten vier Rechtsquellen steht, kann auch dieser Brauch eine bindende Wirkung entfalten. Ein wichtiger Hadith des Propheten: Es gibt fünf Dinge, die die Sunna der Natur sind, also von der Natur vorgegebene Verhaltensregeln. Erstens: Das Rasieren der Schamstelle. Zweitens: Die Beschneidung. Drittens: Das Rasieren des Schnurrbartes, so dass die Oberlippe zu sehen ist. Viertens: Das Rasieren der Achselhaare. Fünftens: Das Abschneiden der Fingernägel (Neylu'l-Evtar, 1/108; Wahba Zuhaylî, el-Fiqhu'l-İslamî, 1/306-308).

Die Beschneidung ist wahrscheinlich bis zu Adam, den Vater aller Menschen zurückzuführen. Sicher wurde sie aber bei Abraham durchgeführt.

## **10. Sind die Propheten in der Rangfolge gleich?**

Altin / Erol: Es gibt hierzu zwei Stellen im Koran. An einer steht: Wir unterscheiden nicht zwischen ihnen (den Gesandten Gottes), denn sie sind in ihrer Eigenschaft als Botschafter Gottes gleich (Koran 2 / 285). An einer anderen Stelle heißt es: Dies sind die Gesandten. Wir haben einigen von ihnen den Vorrang über andere gegeben. Unter ihnen sind welche, zu denen Allah gesprochen hat, und einige, die Er um Rangstufen erhöht hat. (Koran 2 / 252). Im Koran werden 25 Propheten namentlich erwähnt.

Nach einem Hadith des Propheten gibt es 250.000 Propheten in der gesamten Menschheitsgeschichte. Es wird also nur ein Promille der Propheten namentlich erwähnt. Von den 25 namentlich erwähnten Propheten werden wiederum fünf als Ulu`l-Azm bezeichnet (Koran 46/35 i.V.m. 33/7). Das Wort „Ulu“ bedeutet im Arabischen „der Inhaber einer Eigenschaft“. „Azm“ bedeutet das Streben nach etwas. Diese fünf Propheten waren also „ehrzeigige“ Propheten. Es sind: Noah, Abraham, Moses, Jesus und Mohammed und sie haben untereinander die gleiche Stellung. Mohammed hat von den anderen Propheten Riten und Bräuche übernommen, nach der Eingebung durch Gott. So hat er die Beschneidung als Ritus von Abraham, Moses und Jesus und das Fasten als Ritus von den anderen Propheten übernommen. Diese Übernahme resultiert daraus, dass sich der Islam als Folgereligion des Judentums und Christentums versteht. Diese Glaubensrichtungen sind somit auch fester Bestandteil des Islam. Im europäischen Kontext wird Abraham als Vater der Religionen bezeichnet. Er hatte zwei Söhne – Ismael und Jakob. Ismael ist ein direkter Vorfahre Mohammeds. Jakob wurde in der Region von Palästina angesiedelt und hatte zwölf Söhne, die die zwölf Stämme des Judentums bilden.

## **11. In Koran 3, 95 wird auf die abrahamitische Vorbildfunktion verwiesen. Ist das ein direkter Verweis auch auf die Beschneidungspraxis? Meines Wissens wird die Beschneidung sonst nicht im Koran, sondern in den Sunna und Hadithen beschrieben? Ist das richtig? Welche Textstellen sind das genau? Welche Stellung haben diese Quellen im Verhältnis zum Koran in Bezug auf Wertig-und Wichtigkeit?**

Altin / Erol: Von diesem Koranvers kann nicht die Pflicht zur Beschneidung abgeleitet werden. Er ist in Zusammenschau mit den vorausgehenden Versen zu betrachten, bei denen auf die Gläubigkeit von Abraham verwiesen wird, in welcher sein Handeln begründet ist.

Für die Hadithe gibt es unterschiedliche Quellen. Je öfter eine Quelle in den Büchern verwendet wird, desto höher ist ihr Rang. In acht von neun Hadithquellen wird diese Überlieferung zitiert und daher als authentisch angesehen.

**12. Bei einem Gespräch mit einem türkischen Ehepaar wurde mir geschildert, dass die Beschneidung notwendig sei, um die erforderliche Reinheit vor dem Gebet ohne extremen Aufwand erreichen zu können. Welchen Stellenwert hat die Beschneidung im Islam?**

Altin/ Erol: Sie haben nicht ganz unrecht. Sie kann aber nicht nur auf diesen Sinn und Zweck beschränkt werden. Der Hauptgrund ist die körperliche Gesundheit. Unter der Vorhaut, welche ja bei der Beschneidung entfernt wird, können Krankheitserreger, Urin, Spermien, etc. zurückbleiben und somit Krankheiten verursachen. Die Gesundheit im Islam ist ein religiöses Muss. Wenn die Durchführung eines Gebetes oder Gottesdienstes der Gesundheit schadet, dann darf dieses Gebet nicht ausgeführt werden. Wenn jemand Probleme mit den Knien oder dem Rücken hat, kann man von dieser Person nicht erwarten, dass sie sich vor Gott niederwirft. Diese Person darf dann im Sitzen oder Liegen beten. Die Beschneidung hat daher einen besonderen Stellenwert, da sie die Gesundheit schützt. Wenn die Vorhaut nicht entfernt wird, ist dies kein Hindernis für die Durchführung eines Gebetes. Es gibt kleine Verschmutzungen am Körper, die dafür noch hinnehmbar sind. In Moscheen wird häufig gepredigt, dass man die Beschneidung zur Reinheit des Gebetes durchführen muss. In den Überlieferungen wird dies unter dem Kapitel Sauberkeit erwähnt.

**13. Welche Auswirkungen hat es, wenn ein Muslim nicht beschnitten ist? Kann eine negative Entscheidung zu Ausgrenzung/ Diskriminierung innerhalb der Familie oder Glaubensgemeinschaft führen?**

Altin / Erol: Da die Schamstellen immer bedeckt bleiben, weiß man nicht wer beschnitten ist und wer nicht. Erst bei der Hochzeit und der folgenden Entblößung der Scham, wird dies offensichtlich. Wenn jemand nicht beschnitten ist, spricht dies dafür, dass er kein Muslim ist, ihm der rechte Glaube fehlt. Ihr Fehlen kann zu Diskriminierung führen, denn aufgrund dieses Makels kann es sein, dass diese Person nicht mehr als Muslim behandelt wird.

**14. Also ist die Beschneidung essentiell, um dazuzugehören.**

Altin / Erol: Ja, genau.

**15. In der öffentlichen Debatte wird häufig gesagt, dass die Beschneidung im Islam zwar irgendwie dazugehört, aber eigentlich doch gar nicht so wichtig sei.**

Altin / Erol: Nach den muslimischen Rechtslehren gibt es einige Regeln hinsichtlich der Todesfälle. Wenn jemand verstirbt und man sich nicht sicher ist, welchen Glaubens diese Person ist, soll nach Zeichen der Zugehörigkeit gesucht werden. Wenn diese Person nun beschnitten ist,

weiß man, dass sie wahrscheinlich muslimischen oder jüdischen Glaubens war. Betrachtet man nun noch die Herkunft der Person, kann man so auf die wahrscheinliche Religion Rückschlüsse ziehen. Im muslimischen Glauben, muss vor der eigentlichen Beerdigung ein Totengebet durch mindestens 40 gläubige Muslime gehalten werden, die bezeugen, dass der Tote ein guter Mensch gewesen ist. Dadurch kann der Tote Einzug ins Paradies erhalten.

**16. Als Nicht-Beschnittener darf man aber alle Rituale, Gebete, Bräuche genauso vollziehen, wie als Beschnittener.**

Altin/ Erol: Ja. Da die Entscheidung meist aber nicht von dem Muslim selbst, sondern von dessen Eltern getroffen wird, gibt es wahrscheinlich nur eine verschwindend geringe Zahl nicht beschnittener Muslime.

**17. Müssen sich Konvertiten beschneiden lassen?**

Altin / Erol: Sie werden nicht dazu gezwungen, aber es wird ihnen empfohlen und viele Konvertiten machen das. Im türkischen Raum sind das Aussprechen und der Glaube an das muslimische Glaubensbekenntnis ausreichend, um Muslim zu werden. Vor Abnahme des Glaubensbekenntnisses wird meistens die Beschneidung empfohlen. Sie ist keine Voraussetzung für die Annahme des Islam als Religion. Sie wird aber empfohlen.

Laut einer Überlieferung sagte der Prophet Mohammed zu Menschen, die zu ihm kamen und zum Islam konvertieren wollten: geh und rasiere deine Schamstellen. Er sagte nicht, lass dich beschneiden.

**18. Wäre es in Deutschland zu einem Beschneidungsverbot gekommen, wäre dies für muslimische Eltern katastrophal gewesen?**

Altin / Erol: Katastrophal nicht direkt. Wie sehr würden sich Christen an ein Gesetz gebunden fühlen, das die Taufe verbietet? Wahrscheinlich wäre es uns egal gewesen. Wir hätten unsere Kinder in der türkischen Botschaft oder im Urlaub beschneiden lassen. Die Beschneidung wäre so oder so durchgeführt worden. Wer hätte es denn kontrollieren sollen?

**19. Um die Thematik des im Islam recht variablen Beschneidungsalters aufzunehmen. Liegt das Alter eher im freien Ermessen der Eltern oder geht es eher darum, das Kind mit dem Eingriff zu konfrontieren, wenn es schon eine Art bewusste oder sogar selbstbestimmte religiöse/ traditionelle Entscheidung treffen kann? Das Höchstalter liegt bei 14 Jahren, ist das vielleicht im Kontext mit dem Alter Ismails als Abrahams Sohn zu**

**begründen? Gibt es dafür einen Grund? Stimmt es, dass in der Regel nicht am achten Lebenstag beschnitten wird, um sich von der jüdischen Tradition abzugrenzen?**

Altin / Erol: Bei den türkischen Muslimen wird die Beschneidung selten im Säuglingsalter durchgeführt. Meistens erfolgt die Beschneidung nach dem sechsten oder siebten Lebensjahr mit eingeschränkter Geschäftsfähigkeit des Kindes und dessen Fähigkeit Gut und Böse zu unterscheiden. Es geht aber eher um die Reife des Kindes. Über die rechtliche Regelung, ob Beschneidungen Pflicht sind oder nicht gab es divergierende Meinungen. Nach einer Überlieferung hat Mohammed seine Enkel am siebten Tag beschnitten, so dass einige Auffassungen sich darauf berufen, dass die Handlung des Propheten nachzuahmen sei. Die Zahl sieben hat eine wichtige Stellung im Islam. Sie taucht immer wieder auf. Es ist eine symbolische Zahl. Der Begründer der Rechtschule der Hanafiten sagt, die Beschneidung muss zwischen dem siebten und dem zwölften Lebensjahr stattfinden. Alle Rechtsmeinungen sind sich aber darüber einig, dass die Beschneidung vor dem Alter der Religionsmündigkeit stattfinden muss. Das Alter der Religionsmündigkeit liegt zwischen zwölf und 14 Jahren, so dass man als Sicherheit die untere Grenze nimmt.

**20. Den praktischen Vorgang der Beschneidung kann jeder durchführen der sachkundig ist? Also Ärzte?**

Altin / Erol: Wenn man in der Geschichte zurückblickt, gab es fast nie genug Ärzte, um alle Beschneidungen durchzuführen, so dass dann Männer bestimmt wurden, die darin sachkundig waren. Die Beschneidungen wurden mit eigenen Methoden und nicht immer nach den Regeln der Medizin durchgeführt. Die Menschen haben das damals geübt. Es gab unter anderem eine Methode, bei der der Penis abgebunden wurde, so dass kein Blut in den vorderen Teil mehr gelangen konnte und damit auch eine automatische Anästhesie stattfand. Zudem war die Prozedur dann unblutig. Die Männer wussten genau, wie sie mit dem Kind umgehen und haben die Beschneidung auch relativ schnell durchgeführt. Seit Beginn des Islam wurde die Beschneidung ohne Anästhesie durchgeführt.

**21. Spricht aus islamischer Sicht etwas gegen eine Anästhesie?**

Altin / Erol: Aufgrund der Risiken einer Vollnarkose, die auch mit dem Tod des Kindes enden kann, wird eine Vollnarkose als Anästhesieform abgelehnt. Eine lokale Anästhesie ist nicht abzulehnen, da die Risiken deutlich geringer sind.

**22. Wenn der einzige sachkundige Beschneider in der Nähe ein jüdischer Mohel ist. Darf dieser die Beschneidung auch durchführen?**

Altin / Erol: Nein. Die Begründung ist, dass die Beschneidung, wie ein Gottesdienst ist. Muslime sind verpflichtet Gottesdienste durchzuführen. Nach unserem Glaubensverständnis wurden die anderen Religionen im Laufe der Zeit verfälscht und sind keine wahren Religionen mehr, so dass deren Riten nicht als Gottesdienste im islamischen Kontext anzusehen sind. Der, der beschnitten wird, ist Muslim und der, der beschneidet, ist auch Muslim. Es sei denn die Beschneidung muss aus medizinischer Indikation durchgeführt werden. Dann gilt das Recht: „Not bricht Gebot“.

**23. Müssen die Beschneidung und das zugehörige Fest direkt aufeinander folgen?**

Altin / Erol: Nein, es ist wichtig, dass die Beschneidung in einer sterilen Umgebung stattfindet. Die Feierlichkeiten haben den Sinn, der Gesellschaft kundzutun, dass das Kind nun beschnitten ist und ein Muslim ist. Das Fest ist auch ein Zeichen, dass das Kind nun seine Religionsmündigkeit erhalten hat und nun zum Mann wird. Die Feierlichkeiten finden meist etwa zwei Wochen nach der eigentlichen Beschneidung statt, damit sich das Kind an die neue Situation gewöhnt und auch die Angst bzw. die Schmerzen verloren hat.

**24. Auffallend ist, dass im Vergleich zu den jüdischen Betroffenen die Muslime sich an der öffentlichen Beschneidungsdebatte recht wenig beteiligt haben. Gibt es dafür Gründe?**

Altin / Erol: Die Muslime haben eine schriftliche Stellungnahme abgegeben, die auch auf den Seiten der islamischen Föderation veröffentlicht wurde. Als weitere Gesprächspartner waren die Muslime in Deutschland weniger interessant, da ihr Einfluss auf die deutsche Rechtsprechung zu gering ist. Der Einfluss der jüdischen Gemeinde auf die deutsche Rechtsprechung ist sehr viel größer, so dass die Muslime diesen Einfluss auch für ihre Belange nutzen konnten.

IV. GESPRÄCHSNOTIZ ZUM TELEFONAT AM 07.09.2012 MIT PROF. DR. HEINER BIELEFELDT, LEHRSTUHLINHABER DES LEHRSTUHLES FÜR MENSCHENRECHTE UND MENSCHENRECHTSPOLITIK, FRIEDRICH- ALEXANDER- UNIVERSITÄT, ERLANGEN- NÜRNBERG, UN- SONDERBERICHTERSTATTER ÜBER RELIGIONS- UND WELTANSCHAUUNGSFREIHEIT

**Betreff: Abwägung und Vereinbarkeit im Rahmen des kollidierenden Verfassungsrechts bei rituellen Knabenbeschneidungen – Vereinbarkeit der Grundrechte von Eltern und männlichen Kindern; Kollision von Art. 4 Abs. 1 und 2 GG (Religionsfreiheit) und Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG (allgemeines Persönlichkeitsrecht) bzw. Art. 2 Abs. 2 GG (Recht auf körperliche Unversehrtheit).**

1. Zwischen den angesprochenen Grundrechten besteht ein vielleicht nicht absoluter, unüberwindbarer, jedenfalls aber ein beachtenswerter partieller Konflikt, bei dessen Lösung die Beantwortung der empirischen Frage im Vordergrund steht, wie stark der kindliche Rechtsanspruch durch die Bestätigung des elterlichen Grundrechts auf Glaubensfreiheit tatsächlich beeinträchtigt wird.

Anzumerken ist, dass international zum Beispiel durch den Kinderrechtsausschuss der UNO die Durchführung der rituellen Knabenbeschneidung selbst nie beanstandet wurde. Diskussionen fanden lediglich unter dem Aspekt von einzuhaltenden Hygienevorschriften oder zu beachtenden Begleitvoraussetzungen statt. Auch sonst wird international die Zulässigkeit des Eingriffs nicht angezweifelt, so findet sich zum Beispiel in Art. 18 Abs. 4 UN-Zivilpakt eine Betonung der Freiheit der Erziehungsberechtigten, die religiöse Erziehung nach ihrer Überzeugung zu übernehmen, wobei wohl auch die Beschneidung als deren Teilaspekt zu betrachten ist.

2. Abzuwägen sind die in Frage stehenden Grundrechte nach dem Prinzip der so genannten praktischen Konkordanz. Dabei ist eine detaillierte Verhältnismäßigkeitsprüfung unerlässlich.

2.1 Im Bereich der körperlichen Unversehrtheit, Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG, sind folgende vor allem medizinisch relevante Details zu berücksichtigen:

2.1.1 Gegen die Unverhältnismäßigkeit der Beschneidung spricht: geringfügige Schwere des Eingriffs, mangelnder Funktionsverlust des beschnittenen Gliedes, hygienischer Vorteil, mögliche Krankheitsprävention, Zugehörigkeit zu den jeweiligen Glaubensgemeinschaften.

2.1.2 Für einen möglicherweise unverhältnismäßigen Eingriff spricht: Komplikationsrisiko, Zufügung von – wenn auch vorübergehenden – Schmerzen, fragliche psychische Auswirkungen, herabgesetzte sexuelle Erregbarkeit, Folgeerkrankungen, Nebenwirkungen.

2.2 Im Rahmen des allgemeinen Persönlichkeitsrechts, Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 S. 1 GG, stehen zur Abwägung folgende Aspekte zur Verfügung:

2.2.1 Es stellt sich die Frage, inwieweit die Beschneideten von möglichen freien Entfaltungsoptionen im Laufe ihres Lebens durch die Beschneidung im Kindesalter wirklich ferngehalten werden, abgesehen von der freien Entscheidung für ein körperliches Bekenntnis zu einer Religion.

2.2.2 Im Vergleich zur Mädchenbeschneidung besteht bei der Knabenbeschneidung kein Angriff auf die Würde des Kindes, weil eine Demütigung und Unterwerfung mit dem Eingriff nicht beabsichtigt ist. Aus Sicht der Mehrzahl der betroffenen Religionsangehörigen ist die Zirkumzision vielmehr eine subjektiv interpretierte besondere Ausformung des Kindeswohls und zwar im positivsten Sinne. Die Motivation für die Knabenbeschneidung ist daher ein entscheidender Aspekt in der Abgrenzung zu Folter, Kindesmisshandlung und Genitalverstümmelung.

2.3 Aspekt der Religionsfreiheit, Art. 4 Abs. 1 und 2 GG

2.3.1 Bei der rituellen Knabenbeschneidung handelt es sich um eine seit Jahrtausenden sowohl in der jüdischen als auch in der muslimischen Religion praktizierte Tradition. Dabei ist festzuhalten, dass innerhalb dieser Glaubensgemeinschaften ein breiter Konsens hinsichtlich der religiösen Verständnisses und der Wertigkeit dieses Eingriffs besteht. In beiden Religionen handelt es sich um einen Kernbereich des Zugehörigkeitsgefühls und der Glaubensbestätigung und somit um eine tief verankerte Tradition. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass es innerhalb dieser Gemeinschaften Religionsangehörige gibt, die die Vornahme der Beschneidung aus unterschiedlichen Gründen ablehnen.

2.3.2 Auch aufgrund des jüdischen Zeiterfordernisses der Neugeborenenbeschneidung am 8. Tag würde ein Verbot dieser Maßnahme, jüdisches Leben in Deutschland geradezu unmöglich machen. Daher steht die Unverhältnismäßigkeit eines generellen gesetzlichen Verbotes der rituellen Knabenbeschneidung im Hinblick auf Art. 4 Abs. 1 und 2 GG außer Frage.

Festzuhalten ist dennoch, dass in diesem Kontext kein Sonderrecht auf Beschneidung für jüdische Religionsangehörige abgeleitet werden sollte und auch von deutschen Juden nicht gewünscht wird, sondern vielmehr die Bestätigung der Zulässigkeit der Beschneidung im Rahmen des universalen Menschenrechts der Religions-freiheit erfolgen muss und damit eine religionsübergreifende Betrachtung vorzunehmen ist. Eine gesetzliche Ausnahmeregelung vergleichbar mit der unter bestimmten Voraussetzungen anzunehmenden Strafflosigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen in §§ 218, 218a StGB darf daher nicht das Ergebnis sein. Mögliche Folge wäre nämlich, dass die muslimischen Glaubensangehörigen lediglich als Nutznießer des jüdischen Sonderrechts angesehen würden oder sich als solche verstehen, obwohl ein entsprechendes Beschneidungsverbot für sie vergleichbar weitreichende Folgen hätte.

2.3.3 Eine Bewertung der Wichtigkeit und des Ranges religiöser Vorschriften und Grundlagen für die Praxis dieser althergebrachten Tradition steht dem deutschen Gesetzgeber und der Jurisprudenz nicht zu. Vielmehr ist diese nach Glaubhaftmachung durch die Gläubigen und nach Feststellung der Plausibilität als gegeben anzunehmen. In diesem Rahmen ist auch die Kommunikation des verpflichtenden unabdingbaren Erfordernisses durch die Religionsangehörigen selbst zu fordern, um für einen für die Religionsausübung unabänderlichen Eingriff annehmen zu können.

## **Eidesstattliche Versicherung**

„Ich, Louisa Verena Kleine-Doepke, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema **„Knabenbeschneidung in Deutschland. Medizinische Aspekte und strafrechtliche Situation bei religiös- ritueller Motivation nach der aktuellen Gesetzeslage“** selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -[www.icmje.org](http://www.icmje.org)) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o.) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Betreuer/in, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o.) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.

Berlin, den

## **Lebenslauf**

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

## **Publikationsliste/ Anteilserklärung an erfolgten Publikationen**

Louisa Verena Kleine-Doepke hatte folgenden Anteil an den folgenden Publikationen:

Kleine-Doepke L, Oesterhelweg L. Komplikationen religiös-ritueller Zirkumzisionen von Knaben im Neugeborenenalter. *Rechtsmedizin* (in Bearbeitung)

Unterschrift, Datum und Stempel des betreuenden Hochschullehrers/der betreuenden Hochschullehrerin

Unterschrift des Doktoranden/der Doktorandin

## **Danksagungen**

Ich danke herzlichst Herrn Prof. Dr. med. Michael Tsokos für die Überlassung des Themas und Herrn Dr. med. Lars Oesterhelweg für seine Hilfsbereitschaft, Unterstützung und seine großartige Betreuung.

Des Weiteren gilt mein aufrichtiger Dank Herrn Fazli Altin, den Eheleuten Beier, Herrn Prof. Dr. Heiner Bielefeldt, Rabbinerin und Mohelet Frau Dr. med. Antje Yael Deusel, Herrn Jascha Dopp, Herrn Mehmet Erol und Herrn Prof. Dr. Andreas Feldkeller.

Meinem diskussionsbereiten Freundeskreis danke ich herzlich für viele interessante Gespräche und Anregungen.

Ohne die liebevolle Unterstützung, die immerwährende Ermunterung und den Rat und Beistand meiner Eltern wäre diese Arbeit ebenso wenig möglich gewesen, wie meine gesamte Ausbildung. Ihnen bin ich daher zu großem Dank verpflichtet.