

Stellungnahme zum Kapitel „Beschneidung bei Jungen“ von Heinz-Jürgen Voss im dritten deutschen Männergesundheitsbericht „Sexualität von Männern“, Psychosozial-Verlag, Gießen, 2017

Heinz-Jürgen Voss leitet aus dem oben genannten Artikel Handlungsempfehlungen ab. Handlungsempfehlungen könnten als Leitlinien aufgefasst werden, letztendlich als medizinische Leitlinien. Sie haben, in diesem Zusammenhang publiziert, eine beabsichtigt weite Verbreitung in den Medien und beeinflussen die Meinung in der Öffentlichkeit und in unterschiedlichen, interessierten und angesprochenen professionellen Gruppen. Sie haben auch Einfluss auf die politische Meinung und auf Entscheidungen im politischen Bereich.

Die Handlungsempfehlungen, so behauptet der Autor, seien Schlüsse von medizinischen Arbeitsgruppen und politischer Entscheidungsträger_innen. Wo und wie genau diese Beschlussfassung stattgefunden hat, bleibt im Dunkeln. Ebenso bleibt im Dunkeln, auf welche neueren Schlüsse medizinischer Arbeitsgruppen und politischer Entscheidungsträger nach 2012 sich der Autor bezieht. Aufgrund der Kapitelüberschrift betreffen die Handlungsempfehlungen explizit die Beschneidung von männlichen Kindern und Jugendlichen und nicht die Beschneidung von erwachsenen Männern.

Die Kommission für ethische Fragen der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin hat nach einem ausführlichem Diskussions- und Entscheidungsprozess andere Schlüsse gezogen als Heinz-Jürgen Voss und 2016 veröffentlicht (1). Auch die Arbeitsgruppe zur Erstellung der neuen S2K AWMF-Leitlinien „Phimose und Paraphimose“ kommt unter der Federführung von Prof. Maximilian Stehr in einem evidenz- und konsensbasierten Entwicklungsprozess zu anderen Schlüssen. Diese Leitlinien befinden sich derzeit im abschließenden Delphi- Verfahren.

Aus pädiatrischer, kinderurologischer, kinderchirurgischer und kinderpsychosomatischer Sicht sind die Handlungsempfehlungen des Männergesundheitsberichtes zur Beschneidung von Jungen nicht akzeptabel, weil sie wissenschaftlich nicht schlüssig begründet sind.

Voss behauptet, „dass die Zirkumzision

1. geeignet sei, die Häufigkeit von Harnwegsinfektionen zu reduzieren“ (zudem sei die Methode dabei kosteneffektiv).

Nach dieser Empfehlung wird die Zirkumzision als präventive Maßnahme angesehen. Generell muss die Indikation zu präventiven Maßnahmen besonders sorgfältig gestellt werden. Im Falle einer Beschneidung betrifft sie gesunde männliche Kinder. Es handelt sich um einen operativen Eingriff mit peri- und postoperativen Risiken und noch nicht vollständig geklärten physiologischen und psychologischen Folgen. Einschneidende Maßnahmen sind nur dann sinnvoll, wenn es keine weniger invasiven Methoden gibt, um dasselbe Ziel zu erreichen. Bei nicht einwilligungsfähigen Menschen muss zwingend nachgewiesen werden, dass die Prävention bereits in einem Alter vor der Einwilligungsfähigkeit notwendig ist. Derlei Abwägungen fehlen in der Handlungsempfehlung vollständig.

Voss bezieht sich im Wesentlichen auf die Metaanalyse von Singh-Grewal (2). Er verschweigt, dass dieser Autor explizit keine routinemäßige Beschneidung von gesunden Knaben empfiehlt, um die

Zahl der Harnwegsinfekte zu verringern. Nach den vorliegenden Daten wären rechnerisch 111 Beschneidungen erforderlich, um eine Harnwegsinfektion zu vermeiden, die in aller Regel leicht und bei ansonsten Gesunden meist folgenlos mit einer antibiotischen Behandlung überwunden wird. Eine Beschneidung soll, so Singh-Grewal, bei solchen Knaben erwogen werden, die bereits mehrere Harnwegsinfekte durchgemacht haben oder einen hochgradigen (Grad 3 oder mehr) vesikoureteralen Reflux haben. Nach einer neueren Cochrane Analyse gibt es keine validen randomisierten Studien, die belegen könnten, dass die Rate an Harnwegsinfektionen durch Zirkumzision gesenkt werden könnte (3). Es gibt hingegen Hinweise, dass eine frühe rituelle Beschneidung die Anzahl der Harnwegsinfekte bei Neugeborenen erhöht (4,5).

Für die Behauptung einer Kosteneffektivität, also eines ökonomischen Nutzens der Beschneidung, gibt es in Deutschland keine Berechnungen. Kostenrechnungen im Gesundheitswesen aus anderen Ländern sind grundsätzlich nicht übertragbar. Die von Voss angenommene Häufigkeit einer Komplikation von 0,2% - 2% (s. unten) würde, wenn sie zuträfe, bereits einen rechnerischen Unsicherheitsfaktor von einer Zehnerpotenz beinhalten. Diese Meinung des Autors ist daher allenfalls als manipulativ zu betrachten, um die Stimmung in Interessengruppen und im politischen Bereich für eine Beschneidung günstig zu beeinflussen, damit auch die rituellen Beschneidungen in den Katalog der Kassenleistungen aufgenommen werden.

Voss behauptet, „dass die Zirkumzision

2. gesundheitsfördernde Eigenschaften wie die Reduktion weiterer Erkrankungen mit sich bringe.“

Auch mit dieser Handlungsempfehlung wird die Zirkumzision als präventive Maßnahme empfohlen, die den oben dargestellten und nicht erfüllten Bedingungen unterliegt.

Bedenklich ist bereits das Versprechen, dass eine Beschneidung an sich gesundheitsfördernd sei. „Gesundheitsförderung“ ist ein sehr unbestimmter und populärer Begriff, und die Behauptung, dass die Vermeidung von Erkrankungen per se „gesundheitsfördernd“ sei, bedarf sicher einer soliden Begründung. Unter „weiteren Erkrankungen“ sind nach dem vorangehenden Text vermutlich Geschlechtskrankheiten gemeint. In den Handlungsempfehlungen sind sie nicht mehr spezifiziert. Wichtig ist jedoch, dass es in der Fachliteratur weltweit nicht einen einzigen Beleg dafür gibt, dass die Beschneidung eines nicht einwilligungsfähigen Knaben eine sinnvolle Prävention derartiger Erkrankungen darstellen würde. Es gibt für keine Altersgruppe einen Beleg dafür, dass Beschneidungen in der westlichen Welt in irgendeiner Weise präventiv für die Ansteckung oder Verbreitung von sexuell erworbenen Erkrankungen wären. Die Handlungsempfehlung, die Voss hier gibt, gilt allenfalls und nicht unwidersprochen für erwachsene Männer im subsaharischen Afrika.

Wie viele Autoren bezieht sich Voss auf die Stellungnahme der American Academy of Pediatrics (AAP) von 2012 (6). Er übernimmt die Kernaussage, dass die Vorteile einer Beschneidung von Knaben die Nachteile überwiegen würden. Ein aufmerksamer Leser der AAP- Stellungnahme wird feststellen, dass die AAP diese Kernaussage überhaupt nicht treffen konnte. Die AAP stellt nämlich richtigerweise in ihrem eigenen Text fest, dass ihr die genauen Risiken einer Beschneidung unbekannt sind. Dieser unglaubliche logische Bruch wurde vielfach thematisiert. Unter anderem auch in der Replik auf die Stellungnahme der AAP durch eine Gruppe von 38 Wissenschaftlern und Verbandspräsidenten aus Europa und Canada (7). Obwohl diese Replik eine zentrale Schrift zur Beschneidung von Kindern und

Jugendlichen ist, wurde sie von Voss nicht wahrgenommen oder gewertet, auch nicht die darauf folgende Antwort der AAP.

Voss behauptet, „dass die Zirkumzision

3. bei einer sterilen und fachlich geeigneten Ausführung unter Analgesie (Betäubung) ein Komplikations-Risiko von 0,2 bis 2% bedeute.“

In dieser Handlungsempfehlung sind zwei Themenkomplexe verbunden, die inhaltlich nichts miteinander zu tun haben. In der medizinischen Literatur gibt es keinen Hinweis darauf, dass die Analgesie einen Einfluss auf die Komplikationen einer Beschneidung hätte. Unbestreitbar ist allerdings, dass das mögliche Risiko für die spätere Entwicklung nach einer Vollnarkose, der effektivsten und damit zu fordernden Form einer Analgesie (8), zusätzlich zum Operationsrisiko berücksichtigt werden muss (9).

Von einem europäischen kinderchirurgischen Zentrum wird eine Komplikationshäufigkeit von 5,1% berichtet (10). Soweit sich Voss auf den Review von Helen A Weiss (11) bezieht, muss man feststellen, dass manche der darin eingeschlossenen Studien dringend auf ihre Plausibilität und Glaubwürdigkeit untersucht werden müssen. So behauptet eine Studie von Okafor et al, dass sie bei 102 Beschneidungen unmittelbar nach der Geburt in Nigeria und einem Nachbeobachtungszeitraum von 12 Monaten keine Komplikationen gesehen hätten (12).

Voss zeigt sich beruhigt, dass „die populär wiederholt angeführte These, dass ... der Penis verlorengelange“ sich weder bei Säuglingen noch bei Kindern und Erwachsenen bestätigt habe. Eine Suchanfrage in PubMed ergibt derzeit 85 Arbeiten zu Penisamputationen nach Beschneidungen und die großen Kinderchirurgischen und Kinderurologischen Zentren in Deutschland berichten trotz unserer niedrigen Beschneidungszahlen von Einzelfällen, beispielsweise auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin 2014 (13).

Voss stellt fest, „dass die Zirkumzision

4. erfordere, dass die Behandelten bzw. ihre Eltern entsprechend über Risiken, Nutzen und Methoden hinreichend aufgeklärt werden müssen.“

Diese Handlungsempfehlung wirkt auf den ersten Blick zustimmungsfähig. Erfolgt die Aufklärung jedoch anhand der vorangehenden Handlungsempfehlungen, dann würde den Eltern womöglich fälschlich bestätigt, dass der Nutzen einer Beschneidung das Risiko überwäge. Ärzte, die sich von den Handlungsempfehlungen von Heinz-Jürgen Voss leiten lassen, laufen Gefahr, insbesondere im Falle von Komplikationen oder späteren Klagen, in Haftung genommen zu werden.

Nützlich wäre in diesem Zusammenhang der Hinweis, dass den Jungen vor einer Beschneidung der Eingriff in einer alters- und entwicklungsgemäßen Weise erklärt werden muss. Wenn sie nach ärztlichem Urteil die Tragweite der Maßnahme begreifen und vor allem die Folgen in Grundzügen überblicken können, kommt ihnen das Grundrecht auf Selbstbestimmung zu. Das heißt auch, dass sie den Eingriff ablehnen können (14,15).

Wir fordern die Stiftung Männergesundheit auf, sich von diesen Handlungsempfehlungen zu distanzieren.

Wir fordern die Stiftung auf zu erklären, dass es nicht ihre Aufgabe ist, medizinische Handlungsempfehlungen zu geben.

Wir erwarten, dass die Stiftung in angemessener kurzer Zeit öffentlich erklärt, dass sie nicht der Meinung ist, dass der Nutzen einer Beschneidung von Jungen in Deutschland das Risiko überwiegt.

Wir erwarten, dass sie öffentlich erklärt, dass eine Beschneidung von gesunden Jungen in Deutschland aus medizinischen Gründen nicht erforderlich ist.

Wir gehen davon aus, dass die Stiftung Männergesundheit für diese Erklärungen denselben Umfang an Öffentlichkeit wählt, wie für die Vorstellung und Vermarktung des Männergesundheitsberichtes.

Dr. med. Christoph Kupferschmid
Kommission für ethische Fragen
Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin
Frauensteige 18
89075 Ulm

Prof. Dr. med. Hans-Ilko Huppertz
Generalsekretär
Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin
Chausseestr. 128/129
10115 Berlin

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Maximilian Stehr, FEAPU
Chefarzt für Kinderchirurgie und Kinderurologie
Cnopf'sche Kinderklinik
St.-Johannis-Mühlgasse 19
90419 Nürnberg

Prof. Dr. med. Matthias Franz
Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
Universitätsklinik Düsseldorf
Sektion Kinder- und Jugendpsychosomatik der DGPM
Moorenstraße 5
40225 Düsseldorf

Literatur

1. <http://dakj.de/stellungnahmen/beschneidung-von-minderjaehrigen-jungen/>
2. Singh-Grewal, D., Macdessi, J., Craig, J.: Circumcision for the prevention of urinary tract infection in boys: a systematic review of randomised trials and observational studies. *Arch Dis Child*. 2005 Aug;90(8):853-8.
3. Jagannath, V. A., Fedorowicz, Z., Sud, V., Verma, AK., Hajebrahami, S.: Routine neonatal circumcision for the prevention of urinary tract infections in infancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, issue 11*.
4. Toker O, Schwartz S, Segal G, Godovitch N, Schlesinger Y, Raveh D. A costly covenant: ritual circumcision and urinary tract infection. *Isr Med Assoc J* 2010; 12: 262-265 [PMID: 20929075]
5. Prais D, Shoov-Furman R, Amir J. Is ritual circumcision a risk factor for neonatal urinary tract infections? *Arch Dis Child*. 2009 Mar;94(3):191-4. doi: 10.1136/adc.2008.144063. Epub 2008 Oct
6. AAP's task force on circumcision: Circumcision policy statement. *Pediatrics*, vol.130, No 3. Sept. 2012.
7. Frisch, M., Aigrain Y., Barauskas, V., Bjarnason, R., Boddy, S. A., Czauderna, P., de Gier, R. P., de Jong T. P., Fasching, G., Fetter, W., Gahr, M., Graugaard, C., Greisen, G., Gunnarsdottir, A., Hartmann, W., Havranek, P., Hitchcock, R., Huddart, S., Janson, S., Jaszczak, P., Kupferschmid, C., Lahdes-Vasama, T., Lindahl, H., Macdonald, N., Markestad, T., Märtson, M., Nordhov, S. M., Pälve, H., Petersons, A., Quinn, F., Qvist, N., Rosmundsson, T., Saxen H., Söder, O., Stehr, M., von Lowenich, V. C., Wallander, J., Wijnen R.: Cultural Bias in the AAP's 2012 Technical Report and Policy Statement on Male Circumcision. *Pediatrics*. 2013 Apr;131(4):796-800.
8. Paix BR, Peterson SE (2012): Circumcision of neonates and children without appropriate anaesthesia is unacceptable practice. *Anaesth Intensive Care* 40: 511 – 516
9. Jevtovic-Todorovic V, Absalom AR, Blomgren K, Brambrink A, Crosby G, Culley DJ, et al. Anaesthetic neurotoxicity and neuroplasticity: an expert group report and statement based on the BJA Salzburg Seminar. *British journal of anaesthesia*. 2013;111(2):143–151.
10. Thorup, J., Thorup, S. C., Rasmussen Ifaoui, I. B.: Complication rate after circumcision in a paediatric surgical setting should not be neglected. *Dan Med J* 2013; 60(8): A4681.
11. Weiss et al.: Complications of circumcision in maleneonates, infants and children: a systematic review. *BMC Urology* 2010 10:2.
12. Okafor P, Orakwe J, Osuigwe A, Chianakwana G: Experience With Immediate Post-partum Circumcision. *Nigerian Medical Practitioner* 2005,47:9-11.
13. <http://www.egms.de/static/de/meetings/dgch2014/14dgch256.shtml>.
14. (§ 630e Abs. 5 BGB)
15. BGH vom 10.10.2006 – VI ZR 74/05