

**Stellungnahme Dr.med. Wolfram Hartmann,  
Präsident des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte,**

**zur Anhörung am 26. November 2012 zum**

**Gesetzentwurf der Bundesregierung:**

**„Entwurf eines Gesetzes über den Umfang der Personensorge bei einer  
Beschneidung des männlichen Kindes“**

**und**

**zum Gesetzentwurf der Abgeordneten Marlene Rupprecht, Katja Dörner, Diana  
Golze, Caren Marks, Rolf Schwanitz, weiterer Abgeordneter:**

**„Entwurf eines Gesetzes über den Umfang der Personensorge und die Rechte  
des männlichen Kindes bei einer Beschneidung“**

## **1. Vorbemerkung**

Diese Stellungnahme ist abgestimmt mit der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ), der Dachorganisation aller pädiatrischen Verbände in Deutschland (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin DGKJ, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte BVKJ, Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin DGSPJ) abgestimmt, der weitere Organisation kooptiert sind (s. auch unter [www.dakj.de](http://www.dakj.de)). Ich verweise auch auf die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (<http://www.dgkic.de/index.php/presse/204-pressemitteilung-oktober-2012>) zum Thema.

## **2. Medizinische Indikation**

Zunächst ist festzustellen, dass es aus medizinischer Sicht keinen Grund gibt, bei minderjährigen und nicht einwilligungsfähigen Knaben die intakte Vorhaut zu entfernen. Es gibt im Vorschulalter auch nur sehr selten eine echte medizinische Indikation zur Entfernung (Circumcision) der Vorhaut. In diesem Alter ist die Vorhaut (Praeputium) physiologischerweise mehr oder minder stark mit der Eichel (glans penis) verklebt. Entzündungen und schmerzhafte Einrisse entstehen oft durch Versuche des unsachgemäßen Zurückziehens der noch unreifen und verklebten Vorhaut.

Die männliche Vorhaut ist ein Teil des Hautorgans und erfüllt wichtige Funktionen zum Schutz der sehr empfindlichen Eichel. Sie bedeckt normalerweise die Eichel und schützt sie so vor Schadstoffen, Reibung, Austrocknung und Verletzungen. Sie beinhaltet apokrine Drüsen, die Cathepsin B, Lysozyme, Chymotrypsin, neutrophile Elastase, Zytokine, und Pheromone wie etwa Androsteron produzieren. Indische Wissenschaftler haben gezeigt, dass die subpräputiale Feuchtigkeit lytisches Material enthält, das eine antibakterielle und antivirale Wirkung aufweist. Die natürlichen Öle schmieren, befeuchten und schützen die Schleimhautbedeckung der Eichel und der inneren Vorhaut. Die Spitze der Vorhaut wird durch wichtige Gefäßstrukturen reichhaltig mit Blut versorgt. Die Vorhaut dient als Verbindungskanal für zahlreiche bedeutende Venen. Die Beschneidung kann zur erektilen Dysfunktion beitragen, indem sie diese Blutleitungen zerstören

kann. Ihre Entfernung kann, wie die Schilderungen vieler Betroffener zeigen, zu erheblichen Einschränkungen des sexuellen Erlebens und zu psychischen Belastungen führen.

Die immer wieder zitierte Stellungnahme der AAP (DOI: 10.1542/peds.2012-1989 *Pediatrics*; originally published online August 27, 2012) widerspricht früheren Stellungnahmen der gleichen Organisation, ohne sich auf neue Forschungsergebnisse berufen zu können. Diese Stellungnahme der AAP wird inzwischen von nahezu allen anderen pädiatrischen Gesellschaften und Verbänden der Welt als wissenschaftlich nicht haltbar eingestuft. Eine entsprechende Gegenstellungnahme ist verfasst und wird Anfang 2013 ebenfalls in der renommierten Zeitschrift *Pediatrics* publiziert. Ich habe eine Übersicht über die Autoren der internationalen gemeinsamen Stellungnahme und ein Abstract am Ende meiner Ausführungen angehängt. Diese Ausführungen sind durch umfangreiche Literatur belegt.

Der amerikanische Juristenverband für Kinderrechte (attorneys für the right of the child – [www.arclaw.org](http://www.arclaw.org)) hat die AAP-Stellungnahme ebenfalls in einem Leserbrief an die Zeitschrift *Pediatrics* kritisiert. Sie enthalte Fehler und Ungereimtheiten und verstoße sowohl gegen die eigenen Stellungnahmen der AAP zur Bioethik, als auch gegen mehrere zivil- und strafrechtliche Vorschriften in den USA.

Auch die Empfehlung der WHO zur prophylaktischen Beschneidung gilt nur für geschlechtsreife sexuell aktive Männer in Ländern mit niedrigen Hygienestandards und lässt sich als Begründung für die prophylaktische Beschneidung nicht einwilligungsfähiger minderjähriger Knaben nicht heranziehen. Die Verwendung von Kondomen zur HIV-Prophylaxe, zur Prophylaxe von Cancerosen (Hinweis auch auf HPV-Impfprophylaxe) und zur Verhütung genitaler Infektionen bei Männern und Frauen ist hier der effektivste Schutz.

Weltweit sieht keine medizinische Fachgesellschaft, auch nicht die AAP, einen so wesentlichen Vorteil der allgemeinen Beschneidung von kleinen Jungen, dass sie diese allgemein empfiehlt. Psychischen Folgen einer frühen Beschneidung (s. Boyle et al., Page et al., Taddio et al., Yilmaz et al.) blieben in den Stellungnahmen der medizinischen Fachgesellschaften bislang weitgehend undiskutiert und sind in deren Empfehlungen nicht eingearbeitet worden. Die Risiken einer Beschneidung können bislang nicht genau quantifiziert werden. Die Vermutung ihres prophylaktischen Nutzens stützt sich in großen Teilen auf Daten, die im subsaharischen Afrika erhoben wurden und erheblich angezweifelt werden. In dieser Situation ist bei fehlender medizinischer Indikation für eine Beschneidung eine fundierte Eingriffsaufklärung der Betroffenen oder ihrer Sorgeberechtigten vor einer „prophylaktischen“ oder religiös motivierten Beschneidung nicht in der gebotenen Form möglich.

### 3. Ethisch-medizinische Aspekte

In der Genfer Deklaration [(häufig auch als Genfer Gelöbnis bezeichnet) wurde im September 1948 auf der 2. Generalversammlung des Weltärztebundes in Genf, Schweiz verabschiedet. Sie soll eine zeitgemäße Version des Eids des Hippokrates darstellen und wurde mehrfach revidiert (1968, 1983, 1994, 2005 und 2006) ] heißt es:

*„Ich werde mich in meinen ärztlichen Pflichten meinem Patienten gegenüber nicht beeinflussen lassen durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder soziale Stellung.*

*Ich werde jedem Menschenleben von seinem Beginn an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit*

anwenden.“ Zitat Ende.

Religiöse Vorschriften dürfen Ärztinnen und Ärzte in ihrer Fürsorge für ihre Patienten – und unmündige Kinder verdienen hier unsere ganz besondere Fürsorge – nicht beeinflussen. Jungen haben nach unserem Rechtsempfinden den gleichen grundgesetzlichen Rechtsanspruch auf körperliche Unversehrtheit wie Mädchen, sie dürfen nicht wegen ihres Geschlechts (Art. 3 GG) benachteiligt werden. Das Erziehungsrecht der Eltern und auch die Religionsfreiheit enden dort, wo die körperliche Unversehrtheit eines unmündigen und nicht einwilligungsfähigen Kindes angetastet wird (Art. 2 GG), ohne dass dafür eine klare medizinische Indikation vorliegt. Das gilt nach Auffassung aller pädiatrischen Verbände in Deutschland auch für andere Verletzungen der intakten Körperoberfläche wie Piercing, Tätowierungen und Ohrlochstechen.

Im Gesetzentwurf der Bundesregierung ist von der Berücksichtigung des Kindeswillens die Rede, „sofern er schon gebildet werden kann ... insbesondere im Hinblick darauf, dass der Eingriff später nicht rückgängig gemacht werden kann“. Bei einem Kleinkind ist es angesichts der Tragweite des Eingriffs nicht möglich, das Kind umfassend über die Folgen des Eingriffs aufzuklären und seine Einwilligung einzuholen. Gerade über die Konsequenzen der kompletten Entfernung der Vorhaut kann ein noch nicht sexuell aktives Kind nicht korrekt aufgeklärt und um seine Einwilligung gebeten werden. Auch Eltern können hier ihre Einwilligung nicht stellvertretend für das Kind geben, da der Eingriff medizinisch nicht notwendig ist und die Eltern überhaupt nicht beurteilen können, welche Ansprüche an die Intaktheit seiner Körperoberfläche und seine sexuelle Erfüllung der Junge später hat oder nicht. Eigene Erfahrungen können hier kein Maßstab sein.

Ich zitiere in diesem Zusammenhang aus der **Stellungnahme der National Coalition für die Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention in Deutschland** vom September 2012:

*„Hinweisen möchte die National Coalition in diesem Zusammenhang jedoch auf die Vorgaben aus Artikel 3 Absatz 1 der UN-Kinderrechtskonvention [Wohl des Kindes], wonach sich die Vertragsstaaten dazu verpflichten, das Wohl des Kindes vorrangig zu berücksichtigen. Ein solcher Vorrang ist dem Regelungstext nicht zu entnehmen. Es entsteht vielmehr der Eindruck einer Nachrangigkeit der körperlichen und seelischen Unversehrtheit des Kindes mit Blick auf die Einwilligung zur Beschneidung. Damit steht der Vorschlag des Regelungstextes in der Tradition eines Verständnisses der Kinderrechte im Sinne eines Kinderschutzes, der der Subjektstellung von Kindern nicht ausreichend Beachtung schenkt. Orientierung könnten hier die Regelungen des Übereinkommens des Europarates über Menschenrechte und Biomedizin geben,<sup>2</sup> in denen zum Schutze einwilligungsunfähiger Personen festgehalten wird: „Bei einer einwilligungsunfähigen Person darf eine Intervention [im Gesundheitsbereich] nur zu ihrem unmittelbaren Nutzen erfolgen.“ Auch wenn die betroffenen Kinder mangels Einsichts- und Urteilsfähigkeit nicht selbst wirksam in den Eingriff einwilligen können, könnte so betont werden, dass die Eltern ihre Entscheidung im Sinne der best interests (so der englische Originaltext des Art. 3 UN-KRK) ihres Kindes abzuwägen haben. Die National Coalition verweist in diesem Zusammenhang auf den General Comment<sup>3</sup> Nr. 12 des UN Ausschusses zur Beteiligung von Kindern<sup>4</sup>, in dem der Ausschuss betont hat, dass Artikel 3 (Vorrang des Kindeswohls) und Artikel 12 (Berücksichtigung der Meinung des Kindes) als sich gegenseitig ergänzend zu verstehen sind. Der Ausschuss schließt in seinem Kommentar sogar die sachgemäße Erfüllung der Vorgaben aus Artikel 3 der UN-Kinderrechtskonvention aus, wenn nicht die Vorgaben aus Artikel 12 Berücksichtigung finden<sup>5</sup>. Bezüglich einer Berücksichtigung der Meinung des Kindes entsprechend seinem Alter und seiner Reife, betont der UN-Ausschuss darüber hinaus, dass die Reife des Kindes nicht an ein bestimmtes Alter gekoppelt werden darf, sondern von Fall zu Fall geprüft werden muss.“ (Zitat Ende)*

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung spricht von den Regeln der ärztlichen Kunst, die einzuhalten sind, erlaubt aber gleichzeitig für Säuglinge bis zum Alter von 6 Monaten eine Ausnahme und fordert hier nicht den Arztvorbehalt. Gerade bei Säuglingen ist aber der

Arztvorbehalt zu fordern. Wie die untenstehende Literaturliste (nur ein Ausschnitt aus einer umfangreichen Literatur) belegt, haben Säuglinge ein ausgeprägtes Schmerzempfinden und ein nachhaltiges Schmerzgedächtnis. Hier ist ein solcher Eingriff nur in Vollnarkose durchzuführen. Der Eingriff könnte nur in einem für operative Eingriffe zugelassenen Raum unter ärztliche Überwachung mit Notfallbereitschaft erlaubt werden. Ich weise aber darauf hin, dass wir bei einem 8 Tage alten Neugeborenen keinen Überblick darüber haben, ob bei dem Kind medizinische Kontraindikationen gegen einen solchen Eingriff vorliegen, wie z.B. eine angeborene Gerinnungsstörung, Hämoglobinopathien oder ein Antikörpermangelsyndrom. Diese Erkrankungen werden durch die routinemäßigen Untersuchungen von Neugeborenen (U1, U2, erweitertes Neugeborenen-Screening) nicht erfasst und können zu ganz erheblichen postoperativen Komplikationen führen. Die von Befürwortern der Neugeborenenbeschneidung zur Anästhesie immer wieder angeführte EMLA®-Creme, die die Schmerzempfindung der Neugeborenen auch nicht annähernd ausreichend ausschaltet, darf nicht auf die Genitalschleimhaut gelangen und bei Säuglingen mit Methämoglobinämie und G6PD-Mangel nicht angewendet werden. Auch aus diesem Grund ist der Regierungsentwurf strikt abzulehnen.

Zu den anästhesiologischen Aspekten verweise ich auch auf die Stellungnahme von Frau Dr. Birgit Pabst zu den Handlungsempfehlungen des Arbeitskreises Kinderanästhesie der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin (DGAI), die dem Rechtsausschuss des Deutschen Bundestages für diese Anhörung zugeleitet worden ist.

#### 4. Folgen der Beschneidung und Komplikationen

Leider werden in dieser Debatte die von den Folgen der Beschneidung betroffenen Männer nicht gehört. Ich verweise daher auf die Berichte Betroffener unter <http://mogis-verein.de> und <http://www.beschneidung-von-jungen.de/home/maennliche-beschneidung.html>. Dass es bei Beschneidungen doch weitaus mehr unangenehme Folgen und Komplikationen gibt, die zu Konsultationen in den Praxen der Kinder- und Jugendärzte führen, belegt eine Befragung der DAKJ aus den letzten beiden Monaten. Bei einer internetbasierten Befragung haben etwa 10% der Kinder- und Jugendarztpraxen in Deutschland anhand ihrer Aufzeichnungen seit dem 01.01.2010 folgende Komplikationen als Folge der Beschneidung gemeldet:

#### Umfrage der DAKJ zu Komplikationen bei Beschneidungen männlicher Kinder und Neugeborener (Zeitraum 01.01.2010 bis 10. November 2012) (458 Kinder- und Jugendarztpraxen haben auswertbare Ergebnisse geliefert)

|   |      |
|---|------|
| <i>Frage 1</i>  |      |
| <i>Wie viele Neugeborene sind seit 01.01.2010 mit Komplikationen einer Zirkumzision in Ihrer Praxis vorgestellt worden?</i>                             | 298  |
| <i>Frage 2</i>  |      |
| <i>Wie viele Säuglinge sind seit 01.01.2010 mit Komplikationen einer Zirkumzision in Ihrer Praxis vorgestellt worden?</i>                               | 351  |
| <i>Frage 3</i>  |      |
| <i>Wie viele Kinder jenseits des Säuglingsalters sind seit dem 01.01.2010 mit Komplikationen einer Zirkumzision in Ihrer Praxis vorgestellt worden?</i> | 1209 |

|   |      |
|---|------|
| <i>Frage 4</i>  |      |
| <i>Wie häufig haben Sie in all diesen Altersgruppen lokale Infektionen (mit Erfordernis einer lokalen Therapie) gesehen?</i>            | 1204 |
| <i>Frage 5</i>  |      |
| <i>Wie häufig haben Sie in all diesen Altersgruppen systemische Infektionen (mit Erfordernis einer systemischen Antibiose) gesehen?</i> | 628  |
| <i>Frage 6</i>  |      |
| <i>Wie viele Fälle mit Wunddehiszenz (Trennung der Vorhautblätter mit schlechtem kosmetischen Ergebnis) haben Sie gesehen?</i>          | 737  |
| <i>Frage 7</i>  |      |
| <i>In wie vielen Fällen war eine Re-Zirkumzision erforderlich?</i>  | 249  |
| <i>Frage 8</i>  |      |
| <i>Wie viele lokale Blutungen haben Sie erlebt?</i>   | 470  |
| <i>Frage 9</i>  |      |
| <i>Wie viele dieser Kinder wurden durch einen nicht-ärztlichen Beschneider zirkumzidiert?</i>   | 82   |
| <i>Frage 10</i>   |      |
| <i>Wie viele dieser Kinder wurden durch einen Arzt zirkumzidiert?</i>   | 695  |

Diese Ergebnisse sprechen für sich und widerlegen eindrucksvoll die immer wieder geäußerte Behauptung, es handele sich um einen völlig harmlosen Eingriff ohne wesentliche Komplikationen. Auch der Arztvorbehalt schützt nicht unbedingt vor Komplikationen.

## 5. Zusammenfassung

Der Entwurf der Bundesregierung ist aus kinder- und jugendärztlicher Sicht strikt abzulehnen. Die Gründe sind oben dargestellt. Der fraktionsübergreifende Alternativentwurf der Abgeordneten Marlene Rupprecht, Katja Dörner, Diana Golze, weiterer Abgeordneter stellt unter Berücksichtigung der hohen politischen Brisanz des Themas in Deutschland einen Kompromissvorschlag dar, der die vielfach bereits geübte Praxis sowohl innerhalb der jüdischen als auch der islamischen Religionsgemeinschaften berücksichtigt, dass man bei Neugeborenen und kleinen Kindern nur einen symbolischen Akt der Beschneidung ohne Körperverletzung durchführt und mit der eigentlichen Beschneidung wartet, bis ein Jugendlicher aufgrund seiner geistigen und körperlichen Reife in der Lage ist, eigenverantwortlich darüber zu entscheiden, ob er nach umfassender ärztlicher Aufklärung über die bleibenden Folgen dieses Eingriffs dieser Veränderung seiner Körperoberfläche zur Aufnahme als vollwertiges Mitglied in die Religionsgemeinschaft zustimmen möchte.

In vielen Ländern der Erde, auch in Israel, wird diese Praxis gepflegt und führt nicht dazu, dass unbeschneitene Kinder vom religiösen Leben ausgeschlossen werden oder dass jüdisches oder muslimisches Leben in diesen Ländern nicht mehr möglich ist.

Die Debatte über die rituelle Beschneidung weist fundamentalistische Züge auf. Die Befürworter der

Beschneidung bagatellisieren diese Form der Körperverletzung, bei der es auch zu lebenslangen körperlichen und vor allem seelischen Verletzungen kommen kann, und werfen den Verfechtern des Kindeswohls immer wieder Antisemitismus vor.

Das ist nicht hinnehmbar und ich erwarte vom Zentralrat der Juden in Deutschland, dass er sich von solchen Vorwürfen distanziert. Gerade Kinder- und Jugendärzte haben sich bereits vor vielen Jahren lange vor der Bundesärztekammer mit dem Unrecht an jüdischen Kolleginnen und Kollegen während des Nazi-Regimes auseinandergesetzt, sich öffentlich entschuldigt und die Hinterbliebenen um Verzeihung gebeten. Dies ist in einer ausführlichen Dokumentation niedergelegt und entspricht der aktuellen Haltung aller pädiatrischen Verbände in Deutschland.

Auch Muslime werden von uns nicht diskriminiert, sie stellen einen ganz erheblichen Teil unserer Patienten dar und wir wissen, dass die Eltern uns ihre Kinder gern anvertrauen und mit unserer medizinischen Versorgung sehr zufrieden sind. Im kommenden Jahr widmet sich der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte in seinem Jahresschwerpunkt ausführlich den Problemen der Migrantenkinder in unserer Gesellschaft. Hier stellen muslimische Migrantenkinder die größte Gruppe dar.

Es muss uns als Anwälten für das Kindeswohl aber erlaubt sein, Jahrtausende alte religiöse Riten und Gebräuche, die die körperliche Unversehrtheit eines minderjährigen und nicht einwilligungsfähigen Kindes dauerhaft beeinträchtigen, aufgrund neuer Erkenntnisse im 21. Jahrhundert zu hinterfragen und ein Nachdenken darüber anzuregen, ob es nicht auch für Jungen möglich ist, in der religiösen Tradition seiner Eltern erzogen zu werden ohne dass ihnen die Vorhaut entfernt wird.

Der derzeitige Gesetzesentwurf der Bundesregierung über den Umfang der Personensorge bei einer Beschneidung des männlichen Kindes ebnet ungewollt den Weg für Forderungen zur Legalisierung der Beschneidung von Mädchen. Auf diese Gefahr hat die Zentralstelle für Weltanschauungsfragen der evangelischen Kirche in Deutschland im September 2012 in einer Dokumentation hingewiesen ([http://www.ekd.de/ezw/Publikationen\\_2762.php](http://www.ekd.de/ezw/Publikationen_2762.php)). Tatsächlich fordert Mohamed Kandeel (auch ‚Kandil‘ geschrieben), Professor für Gynäkologie und Geburtshilfe an der Universität Menofiya, Ägypten, eine weltweite Legalisierung der weiblichen Genitalverstümmelung (FGM) Typ Ia und Ib. Das heißt einer Entfernung der Klitorisvorhaut alleine (Typ Ia) oder zusammen mit der Klitoris (Typ Ib). Er behauptet, dass negative Folgen für die betroffenen Frauen nicht nachweisbar seien. Es sei deswegen nicht einzusehen, dass die Beschneidung von Jungen erlaubt sein soll und die von Mädchen dagegen weltweit geächtet würde. Die männliche Beschneidung sei grundsätzlich vergleichbar mit der in der schafiiitischen islamischen Rechtsschule vertretenen FGM Typ Ia und Ib (<http://f1000research.com/articles/female-genital-cutting-is-a-harmful-practice-where-is-the-evidence/#reflist>). Kandeel war bislang Mitglied der Genfer Stiftung für Medizinische Ausbildung und Forschung, die eng mit der WHO zusammenarbeitet.

## 6. Literaturhinweise

### **Internationale Stellungnahme zu den Ausführungen der AAP von 2012:**

#### ***Cultural Bias in AAP's 2012 Technical Report and Policy Statement on Male Circumcision***

*Morten Frisch*<sup>1</sup>, MD, PhD, *Yves Aigrain*<sup>2</sup>, MD, PhD, *Vidmantas Barauskas*<sup>3</sup>, MD, PhD, *Ragnar Bjarnason*<sup>4</sup>, MD, PhD, *Su-Anna Boddy*<sup>5</sup>, MD, *Piotr Czuderna*<sup>6</sup>, MD, PhD, *Robert P. E. de Gier*<sup>7</sup>, MD, *Tom P. V. M. de Jong*<sup>8</sup>, MD, PhD, *Günter Fasching*<sup>9</sup>, MD, *Willem Fetter*<sup>10</sup>, MD, PhD, *Manfred Gahr*<sup>11</sup>, MD, *Christian Graugaard*<sup>12</sup>, MD, PhD, *Gorm Greisen*<sup>13</sup>, MD, PhD, *Anna Gunnarsdottir*<sup>14</sup>, MD, PhD, *Wolfram Hartmann*<sup>15</sup>, MD, *Petr Havranek*<sup>16</sup>, MD, PhD, *Rowena Hitchcock*<sup>17</sup>, MD, *Simon Huddart*<sup>18</sup>, MD, *Staffan Janson*<sup>19</sup>, MD, PhD, *Poul Jaszczak*<sup>20</sup>, MD, PhD, *Christoph Kupferschmid*<sup>21</sup>, MD, *Tuija Lahdes-Vasama*<sup>22</sup>,

MD, Harry Lindahl<sup>23</sup>, MD, PhD, Noni MacDonald<sup>24</sup>, MD, Trond Markestad<sup>25</sup>, MD, Matis Märtson<sup>26</sup>, MD, PhD, Solveig Marianne Nordhov<sup>27</sup>, MD, PhD, Heikki Pälve<sup>28</sup>, MD, PhD, Aigars Petersons<sup>29</sup>, MD, PhD, Feargal Quinn<sup>30</sup>, MD, Niels Qvist<sup>31</sup>, MD, PhD, Thrainn Rosmundsson<sup>32</sup>, MD, Harri Saxen<sup>33</sup>, MD, PhD, Olle Söder<sup>34</sup>, MD, PhD, Maximilian Stehr<sup>35</sup>, MD, PhD, Volker C.H. von Loewenich<sup>36</sup>, MD, Johan Wallander<sup>37</sup>, MD, PhD, Rene Wijnen<sup>38</sup>, MD, PhD

**Affiliations:** 1Consultant, Statens Serum Institut, Copenhagen, and Adjunct Professor of Sexual Health Epidemiology, Faculty of Medicine, Aalborg University, Aalborg, Denmark; 2Professor of Pediatric Surgery, Hôpital Necker Enfants Malades, Université Paris Descartes, Paris, France; 3Professor and President of the Lithuanian Society of Paediatric Surgeons, Lithuania; 4Professor of Pediatrics, Landspítali University Hospital, Reykjavik, Iceland; 5Consultant in Pediatric Surgery and Chairman of the Children's Surgical Forum of the Royal College of Surgeons of England, UK; 6Professor of Pediatric Surgery, Medical University of Gdansk, Gdansk, Poland; 7Consultant in Pediatric Urology and Chairman of Working Group for Pediatric Urology, Dutch Urological Association, The Netherlands; 8Professor of Pediatric Urology, University Children's Hospitals UMC Utrecht and AMC Amsterdam, The Netherlands; 9Professor and President of the Austrian Society of Pediatric and Adolescent Surgery, Austria; 10Professor and President of the Paediatric Association of the Netherlands, The Netherlands; 11Professor and General Secretary of the German Academy of Paediatrics and Adolescent Medicine, Germany; 12Professor of Sexology, Aalborg University, Faculty of Medicine, Denmark; 13Professor of Pediatrics, Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark; 14Consultant in Pediatric Surgery, Landspítali University Hospital, Reykjavik, Iceland, and Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden; 15President of the German Association of Pediatricians, Germany; 16Professor of Pediatric Surgery, Thomayer Hospital, Charles University, Prague, Czech Republic; 17Professor and President of the British Association of Paediatric Urologists, UK; 18Professor and Honorary Secretary of the British Association of Paediatric Surgeons, UK; 19Professor and Chairman of Committee on Ethics and Children's Rights, Swedish Paediatric Society, Sweden; 20Vice President and Chairman of the Ethics Committee of the Danish Medical Association, Denmark; 21Practicing Pediatrician and Member of Ethics Committee of the German Academy of Pediatrics, Germany; 22Consultant in Pediatric Surgery and President of The Finnish Association of Pediatric Surgeons, Finland; 23Associate Professor of Pediatric Surgery, Helsinki University Children's Hospital, Helsinki, Finland; 24Professor of Pediatrics, IWK Health Centre, Dalhousie University, Halifax, Canada; 25Professor of Pediatrics, Chairman of the Ethics Committee of the Norwegian Medical Association, Oslo, Norway; 26Consultant in Pediatric Surgery and President of the Estonian Society of Paediatric Surgeons, Tallinn, Estonia; 27Consultant in Pediatrics and President of The Norwegian Paediatric Association, Norway; 28Chief Executive Officer of the Finnish Medical Association, Finland; 29Professor and President of the Latvian Association of Pediatric Surgeons, Latvia; 30Consultant in Pediatric Surgery, Our Lady's Children's Hospital, Dublin, Ireland, 31Professor of Pediatric Surgery, Odense University Hospital, Odense, Denmark; 32Chief of Pediatric Surgery, Landspítali University Hospital, Reykjavik, Iceland; 33Associate Professor of Pediatrics, Helsinki University Children's Hospital, Helsinki, Finland; 34Professor and President of the Swedish Pediatric Society, Stockholm, Sweden; 35Professor of Pediatric Surgery, Dr. v. Haunersches Kinderspital, Ludwig-Maximilians Universität, Munich, Germany; 36Professor and Chairman of the Commission for Ethical Questions, German Academy of Pediatrics, Frankfurt, Germany; 37Professor and Chairman of the Swedish Society of Pediatric Surgery, Sweden; 38Professor and Chairman of the Dutch Society of Pediatric Surgery, The Netherlands

**Abstract** (236 words)

The American Academy of Pediatrics (AAP) recently released its new technical report and policy statement on male circumcision, concluding that current evidence indicates that the health benefits of newborn male circumcision outweigh the risks. The technical report is based on the scrutiny of a large number of complex scientific articles. Therefore, while striving for objectivity, the conclusions drawn by the eight task force members reflect what these individual doctors perceived as trustworthy evidence. Seen from the outside, cultural bias reflecting the normality of non-therapeutic male circumcision in the US seems obvious, and the report's conclusions are different from those reached by doctors in other parts of the Western world, including Europe, Canada, and Australia. In this commentary, a quite different view is presented by non-US-based doctors and representatives of general medical associations and societies for pediatrics, pediatric surgery and pediatric urology in Northern Europe. To these authors, there is but one of the arguments put forward by the AAP that has some theoretical relevance in relation to infant male circumcision, namely the possible protection against urinary tract infections in infant boys, which can be easily treated with antibiotics without tissue loss. The other claimed health benefits, including protection against HIV/AIDS, genital herpes, genital warts and

*penile cancer, are questionable, weak and likely to have little public health relevance in a Western context, and do not represent compelling reasons for surgery before boys are old enough to decide for themselves.*

### **Literatur zur Schmerzempfindung und -Verarbeitung bei Neugeborenen:**

Benrath J, Sandühler J (2000): Nozizeption bei Früh und Neugeborenen. Schmerz 14: 297-301

Bowmeester NJ, Hop WCJ, van Dijk M, Anand KJS, van den Anker JN, Tibboel D (2003): Postoperative pain in the neonate: age-related differences in morphine requirements and metabolism. Intensive Care Med (2003) 29:2009 · 2015

Boyle G J, Goldman R., Svoboda J St , Fernandez E (2002): Male Circumcision: Pain, Trauma and Psychosexual Sequelae. J Health Psychology 7:329-343

Boyle GJ (2003): Issues associated with the introduction of circumcision into non-circumcised society. Sex. Transm. Infect. 79: 427-428

Brady-Fryer B, Wiebe N, Lander JA (2004): Pain relief for neonatal circumcision. Cochrane Database Syst Rev. 2004 Oct 18;(4):CD004217

Cyna AM, Middleton P: Caudal epidural block versus other methods of postoperative pain relief for circumcision in boys (Review) Reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in *The Cochrane Library* 2010, Issue 11

Fitzgerald M, Koltzenburg M (1986): The functional development of descending inhibitory pathways in the dorsolateral funiculus of the newborn rat spinal cord. Brain Res. 389:261-270

Page, GG (2004): Are There Long-Term Consequences of Pain in Newborn or Very Young Infants? J Perinat Educ. 13(3): 10–17

Paix BR, Peterson SE (2012): Circumcision of neonates and children without appropriate anaesthesia is unacceptable practice. Anaesth Intensive Care 40(3): 511-516

Rosen M (2010): Anesthesia for ritual circumcision in neonates. Paediatr Anaesth.20(12):1124-1127

Sorrells L , Snyder JL, Reiss MD et al. (2007): Fine-touch pressure thresholds in the adult penis. British Journal of Urology International; 99:864–69.

TaddioA, Katz J, Illersich AL, Koren G (1997): Effect of neonatal circumcision on pain response during subsequent routine vaccination. Lancet 349(9052):599-603

Yilmaz E, Batislam E, Basar MM, Basar H (2003): Psychological trauma of circumcision in the phallic period could be avoided by using topical steroids. Int. J. Urology 10: 651-656

Bücher:

Friedrich Manz: Wenn Babys reden könnten! Hier: pp. 477 ff.  
Dortmund 2011, Fördergesellschaft Kinderernährung e.V.

**Weitere Literatur** beim Deutsches Kinderschmerzszentrum und Kinderpalliativzentrum Datteln  
Herrn Prof. Dr. Boris Zernikow, Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln, Universität Witten/Herdecke Dr.-Friedrich-Steiner-Str. 5, 45711 Datteln