



Psychodynamische
Psychotherapie

Forum der tiefenpsychologisch
fundierten Psychotherapie



Kinder- und Jugend- lichenpsychotherapie und -psychosomatik

DFT

Deutsche Fachgesellschaft für
Tiefenpsychologisch fundierte
Psychotherapie / Psychodynamische
Psychotherapie (DFT) e.V.

 **Schattauer**

www.pdp-online.info
© Klett-Cotta Verlag, J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart

Herausgegeben von Carsten Spitzer,
Annegret Boll-Klatt, Sebastian Euler,
Thomas H. Loew, Rainer Richter

Bei der Beschneidung hört das Nachdenken auf

Kulturhistorische und psychoanalytische Aspekte, Risiken und Auswirkungen der Jungenbeschneidung¹

Matthias Franz

Zusammenfassung

Die Thematisierung der Jungenbeschneidung löst starke Ängste und reflexhafte Wahrnehmungswiderstände aus. Hierdurch ist die faktenbasierte kritische Auseinandersetzung mit diesem traumatischen Ritual erschwert. Dabei stellt die rituelle Verletzung kindlicher Genitalien in jedem Fall einen irreversiblen Verlust der genitalen Integrität und sexuellen Selbstbestimmung dar. Die Beschneidung führt zum Verlust des sexuell sensibelsten Anteils des Gliedes mit weiteren negativen Folgen für die sexuelle Empfindsamkeit. Es existiert aus ärztlicher Sicht kein Grund dafür, einem gesunden Jungen seine gesunde Vorhaut abzuschneiden. Ausgehend von klinischen Fallbeispielen werden mögliche entwicklungspsychologische Auswirkungen der medizinisch nicht indizierten Jungenbeschneidung sowie deren somatische und psychische Komplikationen und Risiken dargestellt. Aus kulturhistorischer und psychoanalytischer Sicht wird die Beschneidung als eine archaische Form ritueller Gewalt beschrieben, die patriarchalische Loyalität transgenerational unter Nutzung der Kastrationsangst und des Abwehrmechanismus der Identifikation mit dem Aggressor erzeugt. Sie formatiert, repliziert und kontrolliert männliche Identität und gruppenfunktionale Funktionalität unter patriarchalischen Bedingungen.

Abstract

Addressing circumcision stops thinking. Cultural-historical and psychoanalytic aspects, risks and impact of boys' circumcision: Addressing circumcision produces intensive fears and automatic denial. Therefore, the perception of facts and the critical discussion concerning this traumatic ritual is corrupted. In any case, the ritual injury of children's genitalia represents an irreversible loss of genital integrity and sexual self-determination. Circumcision leads to the loss of the most sensitive part of the penis and other restrictions of sexual pleasure. From a medical point of view there exists no reason to cut a healthy boys healthy foreskin. Based on clinical cases, possible effects of ritual circumcision on psychological development as well as physical or psychological complications and risks are reported. From a cultural-historical and psychoanalytic perspective, circumcision can be seen as an archaic type of ritual violence which induces a strong transgenerational patriarchal loyalty by using fear of castration and identification with the aggressor. Circumcision designs, replicates and controls male identity and functionality of groups under patriarchal conditions.

¹ Dieser erweiterte und aktualisierte Beitrag basiert auf: Franz, M. (2017). Beschneidung in Deutschland. Eine Zwischenbilanz aus ärztlicher Sicht. In: Barz, H. & Spellen, K. (Hg.). Islam und Bildung. Wiesbaden: Springer VS, S. 199–218.

Schlüsselwörter

medizinisch nicht indizierte Beschneidung; Jungen; Komplikationen; psychoanalytische Aspekte

Keywords

medically not indicated circumcision; boys; complications; psychoanalytic aspects

Einleitung

Fast sieben Jahre nachdem der Deutsche Bundestag ein Gesetz verabschiedete, das die Beschneidung des nicht einwilligungsfähigen männlichen Kindes aus jeglichem Grunde ausdrücklich erlaubt, ist die Auseinandersetzung um die Jungenbeschneidung erstarrt in einem Minenfeld aus Desinteresse, Unwissen, patriarchalischer Loyalität, religiösen Machtansprüchen, traditionalistischem Gruppenzwang, Kastrationsangst, historischer Schuld und politischer Korrektheit – mit dem Ergebnis fast völliger Denk- und Diskussionsunfähigkeit. Politik und Medien wollen dieses Thema nicht und die leidvoll betroffenen Jungen und Männer bleiben auf der Strecke. Beschneidungsopfer werden nicht gehört, beschneidungskritische Ärzte und Juristen stoßen auf hermetisches Schweigen oder gar persönliche Diffamierungen. Dabei ist nichts wirklich geklärt und verstanden.

Ein Patient

In der Sprechstunde erscheint ein 30-jähriger lediger Mann. Die Eltern waren in den 1970er Jahren aus der Türkei eingewandert, einige Jahre später wurde er in Deutschland geboren; im beruflichen Bereich mehrere Abbrüche, jetzt in fester Anstellung in einem sozialen Beruf. Er berichtet unter großem Leidensdruck von depressionstypischen Beschwerden und Erektionsstörungen, die seit der Pubertät bestünden. Selbstbefriedigung sei nur mit Schwierigkeiten möglich, eine partnerbezogene Sexualität könne er aufgrund der Erektionsprobleme nicht erleben. In der Genitalregion bestün-

den »Erregungsbarrieren«. Organisch sei mit seinem Glied alles in Ordnung, es bestünden aber eine reduzierte Empfindsamkeit und an der Beschneidungsnarbe auch Missempfindungen.

Aufgrund dieser Beschwerden habe er sich schon als Jugendlicher zurückgezogen. Als Kind habe er an einer Hundephobie und Dunkelängsten gelitten. Auf Nachfragen berichtet der Patient von seiner Beschneidung, die im Alter von sechs Jahren stattfand. Der Patient wurde damals unter Versprechungen schöner »Überraschungen« in ein Krankenhaus gefahren, nicht informiert, was dort passieren würde. In einen Raum habe er sich auf eine Liege legen müssen, dann sei ihm eine Maske aufgesetzt worden. Währenddessen habe er große Angst gehabt, sei festgehalten worden. Anschließend sei er mit schmerzdem, verbundenem Glied wach geworden, habe überhaupt nicht verstanden, was vor sich gegangen sei. Es sei etwas geschehen, was er auf keinen Fall gewollt habe. Besonders von der Mutter, die die Beschneidung gewollt habe, habe er sich nachher verraten und betrogen gefühlt. Seine Beziehung zu ihr sei durch diesen Vertrauensbruch bis heute schwer beschädigt und manchmal hasse er sie dafür. Nach der Beschneidung sei es zu Nachblutungen gekommen, er habe deshalb einen Rock anziehen müssen und sei von den Cousins »als Mädchen« gehänselt worden. Der Kontakt zur Mutter habe danach etwas ekelhaft Sexuelles gehabt, vor Berührungen durch andere sei er lange Zeit ängstlich zurückgeschreckt. Als er in der Pubertät dann andere Jungen mit unbeschädigtem Penis gesehen habe, habe er seine Eltern konfrontiert und wis-

sen wollen, warum sie ihm das angetan hätten. Sie hätten ihm keinen nachvollziehbaren Grund nennen können, er sei unglaublich wütend auf sie geworden und habe die Mutter sogar einmal mit einem Messer bedroht. Heute schäme er sich für den unreflektierten Traditionalismus seiner Eltern und deren Einfühlungsarmut. Er selbst würde seinen Sohn auf keinen Fall beschneiden lassen.

Der Patient kommentiert im Rückblick: »Man wird vergewaltigt und kann es nicht vergessen.« Hierzu passend berichtet er von wiederkehrenden Alpträumen und intrusiven, szenisch ausgestalteten Angstphantasien. In panischen Kinderträumen sei er von Riesen verfolgt worden. Im Alter von etwa zehn Jahren habe er abends im Bett liegend plötzlich einen hohen Pfeifton vernommen, Todesängste erlebt und sich nicht mehr bewegen können. Dann habe er vier hell leuchtende Punkte wahrgenommen und wie Außerirdische aussehende Wesen seien auf ihn zugekommen. Unmittelbar vor seinem Bett hätten sie sich aufgelöst. Plötzlich sei alles weg gewesen. Derartige szenische Wahrnehmungen, verbunden mit völliger Hilflosigkeit und Bewegungsunfähigkeit, habe er auch später noch, zuletzt mit etwa Mitte zwanzig erlebt, einmal mit dem Gefühl, im Kopfkissen ersticken zu müssen. »Ich dachte, ich müsste sterben.« Der Patient selbst bringt diese Erlebnisse mit seiner Beschneidung und der erzwungenen Narkose in Verbindung.

Die Geschichte dieses beschneidungstraumatisierten erwachsenen Mannes ist kein untypischer Einzelfall. Es lassen sich an diesem Fallbeispiel mögliche Komplikationen und Spätfolgen zeigen, die mit einer Genitalbeschneidung im Vorschulalter einhergehen können. In dieser psychosexuellen Entwicklungsphase der kindlichen Identitätsentwicklung sind die Ängste des Jungen um sein libidinös und narzisstisch hoch besetztes Genital sehr groß. Diese (Kastrations-)Ängste können nicht nur durch äußere

Bedrohungen, sondern auch durch die lebhaften kindlichen Fantasien und auch durch ein infrage gestelltes Sicherheitsversprechen der Eltern verstärkt werden.

Man kann einiges aus dieser Fallgeschichte lernen. Zum einen, dass ein Kind in diesem Alter durchaus bemerkt, wenn es manipulativ von Erwachsenen und sogar seinen Eltern betrogen wird. Der Patient hat durchaus einige, sicherlich angstverzerrte, aber trotzdem auch faktische Erinnerungen an die traumatische Situation der Beschneidung, in der er nicht nur seine Vorhaut, sondern auch das Vertrauen in seine Eltern verlor. Er erinnert in Alpträumen bis heute die Zwangssituation auf der OP-Liege, das Zerplatzen der Lüge einer erfreulichen Überraschung, die Übermacht der fremden Männer (»Außerirdische«), die Atemmaske. Der kindliche Horror des Erlebens der Narkosevorbereitungen, die Bewegungslosigkeit, die Atemnot unter der Maske, das blendende vierstrahlige Licht der OP-Lampe, die genitalen Schmerzen sind in den szenischen dissoziativen Intrusionen, in den wiederkehrenden Alpträumen des Patienten kaum verhüllt konserviert. Er erinnert den anschließenden Schrecken über sein schmerzendes und blutendes Glied, die Komplikation der Nachblutung und dass er aus diesem Grund ein rockartiges Gewand tragen musste und deshalb in seiner Männlichkeit lächerlich gemacht wurde. Er beschreibt auch den tiefen Riss in seiner Beziehung zu seinen Eltern, insbesondere zu seiner Mutter, die für den Jungen im Alter zwischen etwa fünf und sieben Jahren – der Konsolidierungsphase der psychosexuellen Identität – eine besonders begehrenswerte Bezugsperson darstellt. Der Patient ist bis heute voller Groll und aggressiver Verachtung gegenüber seiner als betrügerisch-verführerisch empfundenen Mutter, die ihn als Jungen auf dem Höhepunkt dessen kindlicher Verliebtheit in sie der Beschneidung, tiefer Verängstigung und Demütigung auslieferte. Er schildert weiterhin erhebliche Spätfolgen der Beschneidung in Form einer herabgesetzten Empfindsamkeit des Genitalbereichs und Missempfindungen im Bereich der Beschneidungsnarbe.

Aufgrund seiner Verunsicherung und seiner Ängste habe er über Jahre hinweg auf körperliche Berührungen schreckhaft reagiert, sich von Beziehungen zurückgezogen. Die partnerbezogenen Erektionsstörungen des Patienten könnten einem sexuellen »Totstellreflex« zur Verhütung weitergehender Verletzungen entsprechen. Die wiederkehrend erlebte Hilflosigkeit mit existenziellem Bedrohungserleben, intrusive Alpträume, impulsive Schreckhaftigkeit und Gewalthandlungen im Zusammenhang mit starken Stimmungsschwankungen und Depressivität formen ein klinisches Bild, das wesentlichen Kriterien einer posttraumatischen Störung entspricht (Ramos et al 2001).

Kulturgeschichtlicher Hintergrund

Die Beschneidung der männlichen Vorhaut ist der älteste und wohl der am häufigsten durchgeführte operative Eingriff überhaupt (Alanis et al. 2004; Zampieri et al. 2008). In afrikanischen, vorderasiatisch-orientalischen Kulturen oder auch bei australischen Ureinwohnern und anderen indigenen Ethnien wurde und wird die männliche Genitalbeschneidung praktiziert, was die möglicherweise weltweite Verbreitung dieser Ritualpraxis bereits in prähistorischen Zeiten nahelegt. Altägyptische Quellen belegen die Jünglingsbeschneidung schon vor 5000 Jahren (vgl. Alanis et al. 2004).

Der Begründungsdiskurs der rituellen Jungenbeschneidung wird heute beherrscht von vorgeblichen hygienisch-medizinischen Vorteilen, vor allem aber von religiösen Vorstellungen, zuweilen noch juristisch untermauert mit dem Grundrecht auf freie Religionsausübung. Der Ritus wird mit kollektiv verbindlichen Gesetzen und Traditionen begründet, welche auf die Absicherung der kulturellen Identität und ein gottgefälliges Verhalten zielen. Referenziell verbindliche Vorbilder, beispielsweise im Judentum und Islam, sind dabei der beschnittene religiöse Erzvater Abraham oder der angeblich bereits

vorhautlos geborene Prophet Mohammed. Denen, die diesen Vorbildern folgen und dem Beschneidungsritual unterworfen werden, werden außerordentliche religiöse Gratifikationen, im Weigerungsfalle jedoch schreckliche Strafen in Aussicht gestellt.

Demgegenüber soll hier eine kulturhistorisch-psychoanalytische Sichtweise auf die Entstehung und Funktion sakraler Ritualhandlungen eingenommen werden. Aufgrund fehlender prädiktiver Realitätsmodelle war das Dasein vorgeschichtlicher Menschen durch den alltäglichen Terror unvorhersehbarer und unerklärlicher Naturerscheinungen und tödlicher Gefahren gekennzeichnet. Die Bewältigung der im Alltagserleben ständig präsenten Gefahr eines frühen unvorhersehbaren Todes und der damit verbundenen existenziellen Angstzustände war im Rahmen eines animistisch-magischen Realitätsverständnisses lediglich mit Hilfe zwanghaft wiederholter Ritualhandlungen möglich. Das mit diesen Bedrohungen und Katastrophen einhergehende Grauen soll durch die Wendung des Schreckens in einen Modus aktiven rituellen Gestaltens bewältigt, eingegrenzt oder zumindest erträglicher gestaltet werden (Burkert 1997; Türcke 2012).

In Anlehnung an den Verhaltenswissenschaftler Norbert Bischof (1973, 2009) beginnt der Lebenszyklus eines Rituals unter derartig angst-erzeugenden Umweltbedingungen oder unbeherrschbar erscheinenden Naturgewalten zunächst als vorsprachlich-intuitive Inszenierung. Diese Inszenierung greift einerseits Elemente der befürchteten Bedrohung auf, dient andererseits gleichzeitig als zunächst funktionaler Organisator dem Schutz sozialer Bindungen und Übergänge angesichts der im Ritual thematisierten verunsichernden Bedrohungen. So könnte beispielsweise die patriarchalisch erzwungene Beschneidung heranwachsender Jungen der Kontrolle aggressiver und sexueller Triebimpulse in prähistorischen Jägerkulturen mit hoher alltäglicher Gewalt- und Tötungsbereitschaft gedient haben. Derartige initial anpassungsfördernde Verhaltensmuster werden im Weiteren in einem

Bei der Beschneidung hört das Nachdenken auf

normativen und legitimierenden Mythos verdichtet. So schließt der Urvater einen Pakt mit der Gottheit, die bei Wohlverhalten beschenkt, bei Ungehorsam allerdings grausame Strafen androht. Diese Drohung zielt auf eine der stärksten Ängste von Männern: die Angst vor Kastration und dem Verlust der genitalen Integrität². Die ultimative Strafe für Illoyalität – die Kastration – wird im symbolischen Beschneidungsakt thematisiert: Sexualität und Fortpflanzung ja – aber nur unter dem strafbewehrten Primat patriarchalischer Triebkontrolle: eine klare Kastrationsandrohung. Aggression und Tötungsbereitschaft nach außen ja – aber nicht innerhalb der vom patriarchalischen Führer und seinen Drohungen dominierten Bezugsgruppe (Burkert 1997, S. 88ff). Die Botschaft der Beschneidung, die sich an die Initianden (und an die zuschauende Gruppe) richten würde, wäre dann in etwa:

»Deine Sexualität und dein Genital gehören nicht dir – sondern uns. Wir machen damit, was wir wollen. Schau her, ich schneide einen Teil deines Gliedes ab, weil du nur unserer Jagdbeute und unseren Feinden, aber nicht mir, dem Vater oder unserer Gruppe gefährlich werden darfst, wenn du nun zum Mann und Jäger wirst und lernen musst, zu töten. Weil du aber diesen Teil deines Gliedes dahingegeben hast, darfst du auf der Jagd und im Kampf gegen unsere Feinde ohne bleibende Schuld töten. Solltest du später aber auf den Gedanken kommen, deinen Vater oder andere Mitglieder deiner Gruppe anzugreifen, wirst du wieder die große Angst um dein Glied erleben, die du während deiner von der Gruppe gewollten und durchgeführten Beschneidung erlitten hast. Und du wirst dir mit

großer Unsicherheit und Angst die Frage stellen: »Wird mir der Rest vielleicht auch noch abgeschnitten, wenn ich nicht gehorche und tue, was von mir gefordert wird?«

Ursprünglich besitzen Rituale eine bindungssichernde und impulskontrollierende Funktion insbesondere in Übergangssituationen, die mit der Aktualisierung heftiger Affektimpulse einhergehen könnten. Sie dienen der magischen Bewältigung existenzieller Ängste und Gefahren durch aktiv wiederholende symbolische Inszenierung des primär passiv erlittenen, angst-erzeugenden Vorgangs (Türcke 2012). Insofern besitzen religiöse Traditionen und die mit ihnen verbundene rituelle Gewalt einen sozial regulativen, sanktionierenden, magisch-archaischen Kernaspekt und stellen – ähnlich wie Mythen – veränderungsträge Archive frühgeschichtlicher sozialer und rechtlicher Organisation dar.

Das uralte und schon lange vor allen abrahamitischen monotheistischen Religionen praktizierte Ritual der Jungenbeschneidung enthält dementsprechend eine elementare Botschaft der Gewalt – mit dem Ziel die Gewalt innerhalb der Bezugsgruppe einzuhegen. Es basiert aus psychoanalytischer Sicht auf manipulativ genutzten Kastrationsängsten der betroffenen Jungen und Männer. Kulturgeschichtliche und psychoanalytische Betrachtungen legen also mächtige archaische Gestaltungsmotive des Beschneidungsrituals nahe:

- die patriarchalische Reglementierung der Sexualität durch Kastrationsandrohung,
- der Schutz der Gruppe und ihrer Ordnung vor impulsiver Aggression junger Männer,
- die Kanalisierung der Aggression nach außen (Jagd, territoriale Absicherung),
- die transgenerationale Festigung der männlichen Rolle und der Gruppenidentität durch Weitergabe der Beschneidungspraxis vom Vater auf den Sohn,
- die magische Beherrschung existenzieller Gefahren durch Opfer für salvatorisch zuständige Götter.

² Die mit der Beschneidung immer auch thematisierte Kastrationsangst ist wohl auch aus evolutionsbiologischen Gründen die vielleicht stärkste Angst, die Männer überhaupt empfinden können. Eine Absicherung des arterhaltenden, aber bei Jagd und Kampf gefährlich exponierten männlichen Genitales durch eine starke Angstbereitschaft erscheint sinnvoll. Die Kastrationsangst erzeugt, gerade weil sie so schwer zu ertragen ist, eine reflexhafte Wahrnehmungshemmung und bewirkt so eine eher angstverzerrte und weniger faktenbasierte Verhaltenssteuerung. Männer, die mit der Diagnose Prostatakrebs konfrontiert sind, weisen beispielsweise eine erhöhte Suizidrate auf (Fang et al. 2010).

Es geht bei der Beschneidung – als einem archaischen Rechtsinstitut zur Sicherung gruppaler Funktionalität und Identität – in erster Linie also um die im späteren Verlauf religiös dogmatisierte Aufrechterhaltung des Rechts des Stärkeren auf Kosten des Schwächeren durch körperliche und psychische Bedrohung seiner Sexualität. Die verinnerlichte patriarchalische Botschaft des Rituals lautet dementsprechend: Der Stärkere darf, weil er stärker ist, dem Schwächeren, weil er schwächer ist, Körperteile abschneiden, so die patriarchalische Loyalität innerhalb der Gruppe absichern und dies mit göttlichen Forderungen begründen. Insofern kann die Beschneidung als das normative Kernritual des Patriarchats angesehen werden.

Dies mag in grauer Vorzeit dem Schutz der eigenen Gruppe vor der – zur Jagd und Verteidigung nach außen hin erforderlichen – Aggression ihrer männlichen Mitglieder und der Kontrolle sexueller Impulse gedient haben. Es ist aber fraglich, ob ein solcher Entstehungszusammenhang noch heute zur Rechtfertigung dieser schweren Körperverletzung herangezogen werden darf. Die Wirkmächtigkeit dieses Rituals liegt in der Größe der in ihm angesprochenen Ängste und in seiner expliziten wie auch impliziten Gewalt, in deren Kern der Junge sich von den eigenen Eltern an zentraler Stelle angegriffen und verlassen erlebt. Überlebt der Junge körperlich, kann er dieses Dilemma psychisch nur dadurch bewältigen, indem er die Eltern und deren Handlungen idealisiert und sich mit ihnen identifiziert (Franz 2014).

Transgenerationale Weitergabe traumatischer Kindheitserfahrungen

Die Erfahrung elterlicher Gewalt während der Kindheit kann affektive Abspaltungen und Brüche in der emotionalen Wahrnehmungs- und Empathiefähigkeit des später erwachsenen Kindes und wiederholende eigene Gewalthandlungen bewirken (Duke et al. 2010). Kindheitlich

von den Eltern erlittene Traumata können verinnerlicht und später selbst reinszenierend wiederholt werden. Stabilisiert werden entsprechende destruktive Wiederholungstendenzen durch die Identifikation des Kindes mit dem elterlichen Aggressor. Kollektiv rituell tradierte traumatische kindliche Erfahrungen können daher auch zu kollektiven Empathiebrüchen führen und zu religiösen Überzeugungen mit Abwehrfunktion organisiert werden.

Kollektiv verbindliche Rituale werden besonders dann unreflektierbar tradiert, wenn der Gewaltaspekt des ausgeübten Rituals aufgrund eigener Betroffenheit und Abwehrbedürfnissen von den Eltern ebenfalls verleugnet werden muss. Aufgrund der aus der Verstrickung in das eigene Beschneidungstrauma resultierenden zirkumskripten Empathiestörung kann das emotionale Erleben von Angst und Schmerz des kindlichen Opfers von den ritualgesteuert handelnden Erwachsenen nicht mehr empathisch erfasst und die Einfühlung in das Erleben der nächsten kindlichen Opfergeneration beeinträchtigt werden. Letztlich kann sich dann eine Täter-Opfer-Kette transgenerational über historische Zeiträume hinweg etablieren. Dies vermag zu erklären, wie es möglich ist, dass Eltern und Angehörige fröhlich feiern, während ihr Kind unter der Beschneidung extreme Schmerzen und Ängste erleidet.

Je nach dem Alterszeitpunkt seiner Beschneidung erlebt der Junge den verletzenden Akt, den ihm seine Eltern zufügen, bereits unmittelbar bewusst oder – im Fall der Neugeborenenbeschneidung – mittelbar über die fortgesetzte Gewaltzeugenschaft im Rahmen der ritualisierten Tradition. So wird er keineswegs – wie zuweilen bagatellisierend von einem nur kleinen Schnitt die Rede ist – nur einmalig verletzt. Vielmehr wird der beschnittene Junge täglich mit der Realität (und der mithin grundsätzlich gegebenen Möglichkeit) eines Angriffs auf sein Genitale konfrontiert, im Falle von Komplikationen umso schlimmer. Das so körperlich eingeschriebene Trauma, die hierdurch bedingte Normalisierung schneidender Gewalt (und deren kindlich-phan-

tasmatische Fortschreibung) bewirken den konstitutiven Ewigkeitscharakter der Beschneidung und nicht selten – wie im Fallbeispiel eingangs beschrieben – auch einen tiefgründigen Vertrauensverlust in die Eltern.

Die Identifikation des Jungen mit den Glaubens- und Handlungsbedürfnissen der allmächtig phantasierten elterlichen Aggressoren ermöglicht ihm das seelische Überleben in der Beziehung zu seinen Eltern: »Ich mache künftig alles, was ihr wollt, und ich denke sogar auch alles, was ihr braucht. Vorwürfe braucht ihr von mir nicht zu befürchten.« Ihr Verweis auf religiös-normative Rechtfertigungsgründe macht die Eltern schließlich endgültig unangreifbar. Der Junge und später der Mann reden sich die Wirklichkeit sozusagen (den Eltern zuliebe) schön.

Aus der angstgetriebenen Identifikation des Jungen mit den Glaubensbedürfnissen und Handlungsmotiven seiner Eltern – insbesondere seines Vaters – erwächst schließlich seine patriarchalische Loyalität mit den dazu gehörigen sozialen Rollenausformungen. Dies dient letztlich der Sicherung der Bindung des Kindes an seine Eltern und an deren soziale Bezugsgruppe – und macht jegliche spätere Kritik an ihnen zu einem fast unmöglichen Schritt.

Zudem bewirkt diese Loyalität die ausagierende replikative Reinszenierung des Beschneidungstraumas in der nächsten Generation und eine individuelle wie gruppale Einfühlungsstörung in das Leid und die Angst der eigenen Söhne, die nun die nächsten manipulierten Opfer sind. Unbewusster und kollektiv tradiert Beweggrund ist die durch die Kastrations- und Trennungsangst bewirkte Phantasie, bei Illoyalität endgültig kastriert und aus der Bezugsgruppe ausgestoßen zu werden. Kritisches Nachdenken über das Gewesene ist so nicht möglich – oder wird mit Todesdrohungen verfolgt. Es rührt an zu große Ängste (Möglichkeit der Kastration) und an tabuisierte Realitäten (Aggression der Eltern). Stattdessen erfolgt die Sanktionierung der elterlichen Aggression durch deren Wiederholung:

»Jetzt beschneide ich meinen Sohn auch und damit beweise ich (mir), dass die Beschneidung, die ich durch meine Eltern erfahren habe, in Ordnung geht und ich über meine Ängste und Schmerzen und meinen Vertrauensverlust nicht mehr nachzudenken brauche.«

Die transgenerational wirksame Opfer-Täter-Transformation ermöglicht so über das Zufügen des ehemals selbst Erhaltenen einen individuellen wie gruppalen Stabilisierungsgewinn und eine zudem normativ gerechtfertigte Ausblendung der traumatischen Aspekte des Geschehenen. Handeln im Tätermodus erspart das Leiden im Opfermodus.

Bezogen auf das traditionell motivierte Beschneidungsritual halten also zwei sich ergänzende und durch Konformitätsdruck vermittelte Mechanismen die wiederholende Reinszenierung des Rituals aufrecht: zum einen die durch das eigene Beschneidungstrauma bewirkte Empathie- und Wahrnehmungsstörung der Eltern und Beschneider gegenüber den Schmerzen, Ängsten und Gefahren, denen sie ihre Kinder aussetzen; zum anderen eben die daraus folgende unbewusste Identifikation der betroffenen Kinder mit dem elterlichen Aggressor. Dies mündet konklusiv in die transgenerationale Agenda: »Es kann und darf nicht schlecht gewesen sein, was meine Eltern damals mit mir gemacht haben. Deshalb tue ich es jetzt mit meinen Kindern auch. Und wenn ich es ihnen dann auch angetan habe, kann ich nicht mehr zurück und einsehen, dass das unter anderem auch ein schlimmer Gewaltakt war. Dafür festigt sich aber der Zusammenhalt und die Loyalität innerhalb unserer Gruppe.«

Replikative Loyalität statt individueller Selbstbestimmung sind die Folge. Aufgrund der hohen emotionalen Eigenbetroffenheit der Ritualausübenden und der religiösen Referenzialität des Rituals entziehen sich solche Zusammenhänge in der Regel einer argumentativ-rationalen und faktenbasierten Auseinandersetzung.

Soll aber das Verletzen des Gliedes kleiner Jungen durch Erwachsene wirklich auch noch heute und auf alle Zeit als der Kern der kollektiven Identität religiöser Gruppierungen begriffen und toleriert werden? Können die religiösen Überzeugungssysteme und die dahinter stehenden Glaubensbedürfnisse von Erwachsenen wirklich nur durch eine derartige Gewalthandlung an Kindern stabilisiert werden? Sollten nicht auch Jungen im Geltungsbereich des Deutschen Grundgesetzes und der UN-Kinderschutzkonvention geschützt vor Verletzungen aller Art aufwachsen, bis sie selbst volljährig und rechtswirksam entscheiden können?

Im Gegensatz zu archaischen Ritualen, die eine bleibende Verletzung kindlicher Genitalien bewirken, ist der Schutzanspruch des Kindes vor jeglicher Misshandlung, Verletzung und Vernachlässigung sowie die Achtung seiner Würde und körperlichen Integrität als ethischer Standard juristisch und wissenschaftlich heute gut begründbar. Was den menschenrechtlich zu fordernden Schutz kleiner Kinder vor jeglichen Übergriffen auf deren genitale Integrität angeht, wissen wir heute aus der Gewaltopferforschung und aus entwicklungspsychologischer Sicht mit Gewissheit zwei Dinge: Erstens, man tut Kindern nicht weh, macht ihnen keine Angst und beschädigt sie nicht, weil jeglicher Schmerz Spuren hinterlässt. Zweitens, Erwachsene haben an den Genitalien von Kindern nichts zu suchen. Das gilt auch für Jungen. Warum fällt es so vielen Erwachsenen und auch Psychotherapeuten immer noch so schwer, diese elementaren Grundsätze des Kinderschutzes auch im Bereich der Jungenbeschneidung vorbehaltlos zu akzeptieren?

Medizinische Aspekte

Ähnlich wie bei anderen Gesundheitsrisiken, die mit dem männlichen Geschlecht assoziiert sind (z.B. die dreifach erhöhte Suizidrate, der frühe Herztod oder die um fünf Jahre verringerte Lebenserwartung), besteht auch in Bezug auf die leidvollen Aspekte der medizinisch nicht in-

dizierten Genitalbeschneidung von Jungen eine verstörend geringe öffentliche Anteilnahme und Aufmerksamkeit. Demgegenüber erfährt jegliche Form der rituellen Verletzung weiblicher Genitalien zu Recht eine erhebliche Aufmerksamkeit und strafrechtliche Ahndung. Eine Ursache für diese Ungleichbehandlung von Kindern in Abhängigkeit von ihrem Geschlecht und die Ausblendung des Gewaltaspektes bei der Genitalbeschneidung von Jungen besteht auch in der, verglichen mit einigen Formen der weiblichen Genitalbeschneidung, weniger verstümmelnden männlichen Beschneidung. Allerdings sind manche traditionelle Varianten der weiblichen Genitalbeschneidung in ihrem verletzenden Ausmaß geringfügiger als der mit der Vorhautamputation des männlichen Genitales einhergehende erhebliche Gewebeschaden (z.B. die oberflächliche Inzision der großen Schamlippen ohne Gewebeverlust, Typ IV WHO). Trotzdem genießen Mädchen auch hinsichtlich dieser vergleichsweise weniger verletzenden Varianten des Female Genital Cutting den vollständigen strafrechtlichen Schutz der Unversehrtheit ihrer Genitalien, während »das männliche Kind« gesetzlich ausdrücklich rechtlos gestellt ist.

Die fachgerecht ärztlich durchgeführte Zirkumzision ist bei einem volljährigen, einwilligungsfähigen Mann aus medizinischen Gründen, aber auch aufgrund persönlicher Präferenzen nach vollständiger Aufklärung über mögliche Risiken und ausführlicher Befunddokumentation, ethisch unproblematisch.

Es existiert aber aus medizinischer und erst recht aus ärztlicher Sicht kein Grund dafür, einem gesunden kleinen Jungen seine gesunde Vorhaut unter großen Schmerzen und Gefahren abzuschneiden und dadurch seine sexuelle Selbstbestimmung und genitale Integrität irreversibel schwer zu beschädigen.

Behauptungen zur medizinischen Rechtfertigung der Jungenbeschneidung sind heute sämtlich unhaltbar und widerlegt (Stehr et al 2008). Sie dienen einer medikalisierenden Rechtferti-

gungsstrategie zur Verschleierung der patriarchalischen Hintergründe und Gewaltaspekte dieses Rituals. Deshalb zahlen die gesetzlichen Krankenkassen zu Recht nicht für diesen Eingriff. Die unberechtigte Kostenübernahme einer eigentlich rituell motivierten Beschneidung durch die Krankenkassen über die inflationäre Stellung der Scheindiagnose einer Phimose – wo eigentlich nur die physiologische und spontan sich lösende Vorhautverklebung des Jungen vorliegt (Eckert et al. 2017) – wird durch die ärztliche AWMF S2k-Leitlinie zur Phimosebehandlung künftig erschwert (<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/006-052.html>).

Trotzdem werden zur Rechtfertigung der rituellen Jungenbeschneidung eine Fülle nachgeschobener, pseudorationaler oder scheinmedizinischer Begründungen angeführt. Diese beziehen sich auf angebliche hygienische oder gesundheitliche Risiken (vergl. Franz 2014). Ein Beispiel hierfür ist die höchst tendenziöse und interessengeleitete Stellungnahme »Task Force on Circumcision« der »American Academy of Pediatrics« (2012), die von renommierten internationalen Experten massiv kritisiert wurde (Frisch et al. 2013).

Angeführt werden – zuweilen auch von medizinischen Laien³ – beispielsweise als angebliche medizinische Vorteile der Beschneidung die Vorbeugung von (sehr seltenen) Entzündungen der kindlichen Harnwege (vergl. dazu Kupferschmid 2014) und von (extrem seltenen und erst in hohem Lebensalter auftretenden) Peniskarzinomen. Die prophylaktische Wirkung der Beschneidung des gesunden Jungen auf diese Krankheitsbilder ist nicht belegt und ihre Eintrittswahrscheinlichkeiten sind so gering, dass sie deutlich unterhalb der Komplikationsrate des Beschneidungseingriffs liegen (Stehr et al. 2001; Kupferschmid 2014). Im Übrigen käme kein Arzt auf die Idee

einem gesunden Mädchen die gesunden Brustdrüsen zu amputieren, um einen eventuell später auftretenden Brustkrebs zu verhindern.

Weiterhin wird auf die in Untersuchungen in afrikanischen Ethnien durch die Zirkumzision erschwerte Übertragung von HIV hingewiesen (Auvert et al. 2006; Bailey et al. 2007; Gray et al. 2007; Siegfried et al. 2009). Allerdings können diese Studien nicht auf die Verhältnisse in westlichen Industriestaaten übertragen und schon gar nicht zur Rechtfertigung einer generellen Beschneidung sexuell noch gar nicht aktiver Jungen oder gar Neugeborener herangezogen werden. Außerdem ist das Abschneiden der Vorhaut keine hinreichend wirksame Präventionsmaßnahme zur Vorbeugung von HIV-Infektionen (Hallett et al. 2011). Die HIV-Infektionsrate zählt in den USA trotz der dort hohen Beschneidungshäufigkeit bei Erwachsenen zu den höchsten überhaupt. Kondome und Impfungen schützen demgegenüber weitaus zuverlässiger vor einer Infektion mit sexuell übertragbaren Krankheiten wie auch vor Gebärmutterhalskrebs (Crum et al. 2006). Für die immer wieder fälschlicherweise behauptete Senkung der Prävalenz von Gebärmutterhalskrebs durch die Beschneidung existieren keine methodisch anspruchsvollen Langzeit- oder gar Interventionsstudien (Terris et al. 1973; Menczer 2003).

Die pseudomedizinischen Begründungsfiguren wechseln mit dem Zeitgeist. Heute nicht mehr übliche Argumentationen bezogen sich auf die gesundheitsförderliche Verhütung von Masturbation, Hysterie oder Epilepsie. Sehr illustrativ – auch zum Verständnis des sexualfeindlichen Aspekts der Beschneidung – ist hier die Person und Handlungsweise des christlich-freikirchlich erzogenen Arztes John Harvey Kellogg, der in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts maßgeblich und obsessiv daran beteiligt war, in Nordamerika die bis heute – mit allerdings abnehmender Tendenz – weit verbreitete protestantische Variante der Jungenbeschneidung zu etablieren. Kellogg begründete diese Maßnahme mit sexualhygienischen Argumenten, die sich insbesondere auf

³ Ein besonderes Negativbeispiel gibt der Sozialwissenschaftler Voß. Er empfiehlt unter Bezugnahme auf längst widerlegte angebliche medizinische Vorteile die allgemeine Beschneidung aller neugeborenen Jungen in Deutschland auf Krankenkassenkosten (Voß 2017). Kritik des Autors an dem Beitrag von Voß unter www.jungenbeschneidung.de

die Verhinderung der kindlichen Masturbation richteten. Heimliche Masturbation sah er als zentrale Ursache zahlreicher Krankheiten an (Kellogg 1877) und empfahl deshalb zu ihrer Verhinderung die Beschneidung, möglichst auch ohne Schmerzbetäubung. Kellogg war sexualneurotisch schwer beeinträchtigt, sehr wahrscheinlich übertrug er eigene sexuelle Ängste in sein pseudomedizinisches Lehrgebäude.

Ein weiterer, auch heute noch verbreiteter medizinischer Begründungsmythos ist die angebliche Vorhautverengung oder Phimose. Eine pathologische Vorhautverengung als echte Erkrankungsfolge liegt nur bei etwa zwei Prozent aller Jungen vor. Übersehen wird häufig, dass die innere Vorhautfalte bei jedem neugeborenen Jungen physiologischerweise mit der Eichel fest verklebt ist. Diese normale Fixierung der Vorhaut hat eine Schutzfunktion und bewirkt, dass die Vorhaut zunächst noch nicht hinter die Eichel zurückgezogen werden kann. Das Aufreißen dieser Verklebung bei der Beschneidung verursacht schon bei Neugeborenen extreme Schmerzen (Jones et al. 2017) und eine obligatorische Entzündungsreaktion, die mit dafür verantwortlich sind, dass beschnittene Babys noch Monate später eine stärkere Stressreaktion auf Impfschmerzen zeigen als unversehrte Babys (Taddio et al. 1997). Diese natürliche Vorhautverklebung löst sich fast immer spontan bis zur Pubertät. Wird sie vorher durch ein zu frühes und gewaltsames Zurückziehen oder elterliche Manipulationen an der Vorhaut aufgesprengt, und das geschieht leider nicht selten sogar auch in Arztpraxen, kommt es zu Mikroeinreißen im Vorhautgewebe mit der Folge bindegewebiger Vernarbungen. Diese können sich dann tatsächlich zu einer parentogenen bzw. iatrogenen pathologischen und behandlungsbedürftigen Phimose entwickeln.

Man sollte das Genitale von Jungen deshalb in Ruhe lassen, die übliche Hygiene beim Baden beachten, es gelegentlich einmal kinderärztlich auf echte Erkrankungen inspizieren lassen und im Übrigen abwarten, bis es sich von selber entwickelt.

Es ist bemerkenswert, dass die bei der (Er)Findung von angeblichen medizinischen Vorteilen der rituellen Frühbeschneidung aufgebrauchte Akribie und Kreativität durch Befürworter der Beschneidung die Bemühungen um Einfühlung in die Ängste und Risiken des Kindes bei Weitem zu übersteigen scheinen. Die biologische Bedeutung des Vorhautgewebes für die sexuelle Funktion und Empfindungsfähigkeit wird von den Verfechtern der Beschneidung dabei einfach verleugnet, wenn die Vorhaut des Jungen zu einem überflüssigen, störenden, ja sogar krankmachenden Stück Haut erklärt wird. Dies sind phantasmatische Konstruktionen, die Risiken der Beschneidung sind Realität. Und im Übrigen bringt die Evolution keine überflüssigen Körperteile hervor.

Komplikationen der Beschneidung

Zunächst bedeutet die Beschneidung den irreversiblen Verlust funktionalen Körpergewebes. Die Vorhaut ist aufgrund der dort zahlreich vorhandenen spezialisierten Nervenendigungen der sexuell sensibelste Teil des männlichen Gliedes. Sie besitzt eine wichtige Funktion bei der Vermittlung der Gleitbewegung während der Penetration. Sie schützt darüber hinaus die Eichel, die nach der Beschneidung austrocknet, verhornt und zunehmend lustunempfindlicher wird (Sorrells et al. 2007). Die Beschneidung erschwert darüber hinaus die Masturbation (Kim et al. 2006). Die Auswirkungen der Beschneidung tragen so zu einer erhöhten Prävalenz partnerschaftlicher Störungen der sexuellen Zufriedenheit bei. Heterosexuelle Paare, bei denen der männliche Partner beschnitten ist, geben in epidemiologischen Untersuchungen deutlich häufiger sexuelle Störungen und Unzufriedenheit an als Paare, bei denen der Mann nicht beschnitten ist (Frisch et al. 2011; O'Hara et al. 1999).

Auch unter gut kontrollierten chirurgischen Bedingungen liegt die Rate der Komplikationen der Jungenbeschneidung mit 5,1 Prozent (Thorup et

al. 2013) hoch. Pieretti et al. (2010) berichteten für ebenfalls an einer spezialisierten kinderchirurgischen Klinik an fast 9000 Neugeborenen ärztlich durchgeführte Beschneidungen eine Komplikationsrate von sogar 7,4 Prozent. Zu den Komplikationen zählen u.a. Blutungen, Wundinfektionen, Wundheilungsstörungen, Penisdeviationen durch asymmetrische Nahtanlage oder Narbenbildung, Harnröhrenfisteln, Amputation weiteren Penisgewebes, Defektheilungen mit Revisionsbedarf. Insbesondere die Neugeborenenbeschneidung geht sehr häufig mit einer narbigen Verengung der äußeren Harnröhrenöffnung einher (van Howe 2006; Joudi et al. 2011). Durch diese Meatusstenose steigt das Risiko von Blasenentleerungsstörungen und Harnwegsinfektionen. In einer Arbeit von Park et al. (2016) finden sich zudem Hinweise auf ein speziell nach einer Neugeborenenbeschneidung gestörtes Längenwachstum des Penis. Es kommen auch Todesfälle durch Beschneidungen vor (vergl. hierzu Schäfer et al. 2014, S. 119f). Erfolgt die Beschneidung im Säuglingsalter können sich Schmerzen und postoperative Komplikationen auch negativ auf die frühe affektgesteuerte Abstimmung zwischen Mutter und Kind auswirken und beispielsweise das Stillen zumindest vorübergehend erschweren (Marshall et al. 1982) oder den Schlaf-Wach-Rhythmus beeinträchtigen (Anders et al. 1974). Die persistierende Einschreibung der mit der Neugeborenenbeschneidung verbundenen Schmerzen in das präverbale körperliche Schmerzgedächtnis des Kindes wurde bereits erwähnt (Taddio et al. 1997). Erfolgt die Beschneidung später im Vorschulalter können sich auf die Integrität des Genitales bezogene Ängste in Form psychischer Symptome oder kindlicher Verhaltensauffälligkeiten bis hin zu posttraumatischen Störungsbildern auswirken (Ramos et al. 2001). Darüber hinaus können selbstverständlich auch Erwachsene seelisch an den Spätfolgen ihrer kindheitlich erlittenen Beschneidung leiden (Boyle et al. 2002), wie auch im anfangs erwähnten Fallbeispiel oder an entsprechenden Schilderungen leidvoll betroffener Erwachsener (Bergner 2016) deutlich wird.

Über diese möglichen Komplikationen müssten Eltern vor einer Beschneidung aufgeklärt werden. Erfolgt dies – wie es häufig der Fall ist – nicht, stellt das insbesondere im Fall der medizinisch nicht indizierten Beschneidung einen Verstoß gegen die in BGB § 1631d geforderten »Regeln der ärztlichen Kunst« dar.

Die Beschneidung in religiösen Kontexten

Die jüdische Tradition der Beschneidung des neugeborenen Kindes am achten Lebenstag hat für die Einschreibung in das implizite körperliche Schmerz- und Angstgedächtnis andere entwicklungspsychologische Konsequenzen als die Beschneidung von Jungen im Alter von etwa fünf bis sieben Jahren, wie sie in weiten Bereichen des Islam praktiziert wird.

Das Kind im Vorschulalter verfügt über eine schon differenziertere Wahrnehmung von Beziehungen, Fakten und Vorgängen in seiner Umgebung. Andererseits ist es aber noch bestimmt von kindlich-triebhaften Phantasien und Projektionen, Grandiosität, magischem Denken und frühen Ängsten. Es ist deshalb auf den empathischen Schutz durch Sicherheit gebende erwachsene Bezugspersonen angewiesen. Gegenüber aggressiven Zumutungen und Übergriffen – gerade durch diese Bezugspersonen – ist das Kind immer ein ohnmächtiges und passives Opfer, da sich Kinder aus Loyalität auch an neurotische Bedürfnisse oder destruktive Verhaltensweisen ihrer Eltern anpassen, um die lebensnotwendige Beziehung zu ihren Bezugspersonen nicht zu gefährden.

Kinder lassen aus Bindungstreue fast alles, bis hin zu inzestuösem Missbrauch, mit sich machen, wenn es ihre Bezugspersonen von ihnen fordern. Ihnen zuliebe simulieren Kinder sogar noch Zustimmung zum Schrecklichen, wenn sie bemerken, dass ihre Bezugspersonen auch dies noch benötigen. Ihre Einsamkeit ist dann unvorstellbar. Diese Zusammenhänge sind grundsätz-

lich auch bedeutsam für das traumatische Erleben der eigenen Beschneidung auf dem Höhepunkt der von Ängsten um das eigene Genitale bestimmten Konsolidierungsphase der sexuellen Identitätsentwicklung des Jungen.

Die Zurüstung von Jungen im Vorschulalter für das islamische Beschneidungsfest besteht zuweilen in ihrer demonstrativ überbetonten Ausstaffierung mit phallisch-patriarchalischen Attributen. Die Jungen treten entweder einzeln oder auch in Gruppen während dieser von der Familie oder Gemeinde oft festlich ausgestalteten Zeremonie auf – manchmal als kleine Sultane, Generäle oder soldatische Kämpfer mit entsprechender Bewaffnung verkleidet. Der Gewaltaspekt unterliegt dabei wiederum einer weitgehenden Verleugnung. Er wird kleingeredet und rationalisiert als Männlichkeitsritus. Den Jungen werden große Geschenke versprochen und es wird ihnen völlig kontrafaktisch zugesagt, dass sie nun zu einem richtigen Mann werden würden. Manche Kinder erfahren aber überhaupt nicht, was ihnen bevorsteht. Und wenn sie es erfahren, verstehen sie die Gründe genauso wenig wie die Erwachsenen. Die Festgemeinde der Erwachsenen begleitet den Vorgang gelegentlich auch noch mit einer eindrucksvollen Kulisse aus Freudengesängen und Tänzen, deren manipulativer Macht sich ein Kind im Vorschulalter nicht entziehen kann. Aber auch bei der islamischen Beschneidung handelt es sich um eine durch traditionelle Forderungen motivierte rituelle Veranstaltung letztlich zur Befriedigung der Bedürfnisse von Erwachsenen auf Kosten des Kindes. Viele Jungen spüren, dass sie hier mitspielen müssen, um die bewussten und unbewussten Wünsche der Erwachsenen zu erfüllen.

Die genitale Beschneidung des Jungen auf dem Höhepunkt der infantilen Sexualentwicklung bringt jedenfalls besondere Entwicklungsrisiken mit sich. Im Alter von etwa fünf Jahren erreichen die auf die Mutter und den eigenen Penis lustvoll zentrierte infantile Sexualität des Jungen und die damit verbundenen Ängste um sein Genitale ihren Höhepunkt. Dazu wird in patriarchalisch

geprägten Kulturen der Junge von Müttern in bevorzugter Weise erwartet und geliebt, er ist für das Selbstwertgefühl der Mutter deshalb auch hoch bedeutsam. Diese durch die patriarchalische Idealisierung des Jungen verstärkten frühen zärtlichen Gefühle für die Mutter werden durch die traumatische Beschneidung abrupt beschädigt, was aus Sicht des Jungen wie eine schwere Bestrafung oder Enttäuschung erlebt werden kann. Lässt die Mutter also trotz dieser wechselseitig idealisierenden Liebesbeziehung die Beschneidung des ödipal verliebten Jungen zu, kann dies von ihm als abgrundtiefer weiblicher Verrat erlebt werden: »Erst verführt sie mich und dann liefert sie mich der Beschneidung/Kastration aus.«

So erlebte es auch der eingangs geschilderte Patient. Diese einschneidende Erfahrung und die nach diesem abrupten Bruch auf die geliebte (und verräterische) Mutter gerichtete Enttäuschungswut bewirkt sicher nicht selten später tiefgreifende Ängste vor einer unkontrollierbar erscheinenden Weiblichkeit und einer unverhüllten, wieder gefährlich verführerischen und selbstbestimmten weiblichen Sexualität.

Durch die von den Eltern des Kindes gewollte und dann auch noch real vollzogene Beschneidung kann es zur Internalisierung der Gewalt kommen, gefolgt von der trotzigem Unterordnung unter die bedrohliche väterliche Autorität und zu einer tiefen Enttäuschung am Verrat der Mutter. Schließlich resultiert als Ausweg eine prononcierte Identifikation mit den aggressiven und maskulin-patriarchalischen Aspekten der männlichen Rolle und Ehre, verbunden mit den entsprechenden latenten Ängsten hinsichtlich deren Gefährdung. Die Identifikation mit dem schneidenden väterlichen Aggressor kann sich auch in der Ausbildung eines hochkränklichen männlichen Ehrbegriffes niederschlagen, der im späteren Leben insbesondere bei impliziter Thematisierung des Beschnittenwordenseins eine heftige, auch aggressiv-narzisstische Stabilisierungsreaktion bewirken kann, um so die Wiederbewusstwerdung eigener realtraumatisch

erlittener Kastrationsängste abzuwehren. Handeln im Tätermodus erspart dann das Erinnern im Opfermodus.

Aus tiefenpsychologischer Sicht erscheint die im fundamentalistischen Islam bis heute propagierte Trias aus maskulin-phallischer Demonstration, rigider Kontrolle der weiblichen Sexualität und dem Interesse an verstümmelnden und schneidenden Strafmaßnahmen jedenfalls als bemerkenswert.

Religion kann nicht auf Dauer ein Freibrief zur Anwendung von ritueller Gewalt gegenüber Kindern sein. Das Grundrecht der Religionsfreiheit muss langfristig in Deutschland an der Körpergrenze von Kindern enden und deren Recht auf negative Religionsfreiheit außerhalb der Traditionen ihrer Eltern einschließen. Klar ist: Der gewaltfreie Umgang mit Kindern ist zentral für die Entwicklung sich zivilisierender und empathiefähiger Gesellschaften. Frühkindlich erlittene Gewalt verletzt ein Leben lang und führt oft zu neuer Gewalt. Wenn wir neue Männer haben wollen, müssen die alten aufhören, die jungen zu beschädigen. Der staatlich garantierte Schutz der genitalen Sphäre kann nicht nur exklusiv den Mädchen zugute kommen. Bei der Jungenbeschneidung hat der deutsche Gesetzgeber jedoch bisher gründlich versagt. Die endlich erfolgte Abschaffung des elterlichen Züchtigungsrechtes in Deutschland im Jahr 2000 – übrigens gegen den erheblichen Widerstand zahlreicher Parlamentarier des Bundestages – ist jedoch ein großartiges Beispiel dafür, dass das Recht von Kindern auf eine gewaltfreie Erziehung gegen jahrtausendealte, übrigens auch biblisch begründete Traditionen durchgesetzt werden kann, wenn die Zeit reif dafür ist.

Natürlich ist das Thema angesichts der entsetzlichen historischen Abgründe des Antisemitismus und des Holocaust hochbelastet. Auch deshalb ist der Blick vieler deutscher Politikerinnen und Politiker auf die problematischen und leidvollen Aspekte der Beschneidung verhangen. 2012, nach dem berühmten Kölner Urteil, wurden

die Kritiker samt der leidvoll betroffenen Beschneidungsoffer von der Bundeskanzlerin als »Komiker« abgetan. Höchste Repräsentanten staatlicher Verfassungsorgane sahen sie in der Nähe zu einem »Vulgärrationalismus«. Ein trotz zahlreicher Skandale immer noch prominenter Angehöriger der Grünen, der es in der Vergangenheit schon schwer hatte, sich auf die Seite pädosexuell missbrauchter Kinder zu stellen, bestritt im Bundestag – gegen alle Evidenz – die Möglichkeit beschneidungsbedingter gesundheitlicher Schädigungen und rückte Beschneidungskritiker sogar in die Nähe von Antisemiten. Und Deutschlands bekannteste Frauenrechtlerin befürwortete aus feministischer Sicht die Jungenbeschneidung mit schrecklichen Argumenten.

Eine Veränderung kann wohl am ehesten aus der Gruppe der Praktizierenden erwachsen. Aufgrund der geschilderten Zusammenhänge entzieht sich das Ritual aber weitgehend der kritischen Reflexion, es wird zum Tabu, an dem das Nachfühlen, aber auch das Nachdenken erlischt. Die Ängste, die mit dem Aufgeben oder der kindgerechten Transformation des Rituals verbunden sind, sind jedenfalls überaus groß. Für die destruktive kulturelle Tiefenwirkung und die individuell möglichen sexualneurotischen Ausformungen dieser kollektiven Gewalterfahrung besteht weithin kein intellektuelles Bewusstsein. Man wagt nicht, zu wissen, und duckt sich vor der Wucht und der ausagierten Aggressivität radikalreligiöser Phantasmen. Kritiker werden verfolgt, bedroht und diffamiert.

Es bleibt zu hoffen, dass endlich eine kritische Diskussion innerhalb der islamischen Gemeinden über die Ursachen und Folgen von Gewalt (Mönninger 2006) unter der Perspektive einer kindgerechten, einfühlsamen Lösung der Beschneidungsproblematik beginnt. Ein Beispiel geben die mutigen Beiträge von Necla Kelek (2006; 2012), auch zu den deformierenden Aspekten der patriarchalisch-traditionellen Sozialisation. Es existiert im Islam keine verbindliche Festlegung des Zeitpunktes wie im Judentum. Die symbolische Beschneidung des Jungen und

die Verschiebung des Zeitpunktes der Beschneidung bis zur Volljährigkeit könnten also diskutiert werden. Im Interesse des Kindes und seines Rechtes auf eine unbeschädigte körperliche Integrität und Sexualität wären der gänzliche Verzicht auch auf die männliche Genitalbeschneidung im Kindesalter und die freie Entscheidung des Erwachsenen sicherlich die beste Variante.

Im jüdischen Bereich ist man vielleicht etwas weiter. Nicht nur der entschiedene Religionskritiker und Gründer der Psychoanalyse Sigmund Freud ersparte seinen Söhnen die Beschneidung. Auch der Wegbereiter des Staates Israel, Theodor Herzl, ließ seinen Sohn Hans nicht beschneiden. Abraham Geiger, prominenter Vertreter des Reformjudentums in Deutschland, bezeichnete Mitte des 19. Jahrhunderts die Beschneidung als einen »barbarischen blutigen Akt«. Man sollte – so formuliert es heute auch der jüdische, in Wien arbeitende Kulturwissenschaftler Jérôme Segal (2014) – Jungenbabys nicht mehr mit dem Messer begrüßen. Und manche jüdischen Eltern wagen die kritische Frage: »Was tue ich da meinem Sohn eigentlich an? Sollte er nicht später selbst entscheiden dürfen, was er tun möchte?« So gewinnt die Bewegung Ben Schalem – das heißt intakter Sohn – in Israel langsam aber stetig Zulauf. Mittlerweile verweigern in Israel etwa zwei Prozent der Eltern die Beschneidung. Sie feiern für ihr Jungenbaby ein Begrüßungsfest – den Brit Shalom – ohne Beschneidung. Und in Haaretz erschien am 23.8.2017 ein Gastbeitrag von Rani Kasher, in dem kritisiert wurde, dass die Debatten in Europa zur Jungenbeschneidung zu einseitig durch religiöse Interessenvertretungen bestimmt würden (<http://www.haaretz.com/opinion/.premium-1.808557>).

Ausblick

Der jetzige § 1631d BGB wurde 2012 unter enormem Druck religiöser Lobbygruppen durchs Parlament gedrückt. Dabei wurde explizit verhindert, in der Sitzung des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages auch leidvoll be-

troffene Beschneidungsoffer zu Wort kommen zu lassen. Erlaubt ist nun die Beschneidung des nicht einsichts- und urteilsfähigen männlichen Kindes aus jeglichem Grund. Die medizinische Fachkunde des Durchführenden, Fragen der Befunddokumentation, der Aufklärung und der meistens nicht erfolgenden Schmerzbetäubung⁴ blieben auf der Strecke. Jungen können jetzt auf Wunsch der Eltern auch aus anderen als religiösen Gründen sowie gegen ihren offensichtlichen Willen beschnitten werden. Der Verfassungsrechtler Reinhard Merkel kritisiert, dass Eltern heute in Deutschland ihren Jungen nicht mehr schlagen dürfen, um seine Selbstbefriedigung zu unterbinden. Sie dürfen ihn aber straflos beschneiden lassen, um dieses Ziel zu erreichen. Derzeit zeigt keine der in der Deutschen Bundesregierung vertretenen Parteien Bereitschaft, sich mit den Folgen dieser die Opfer beschämenden Gesetzgebung für die einzig davon Betroffenen – die Jungen – auseinanderzusetzen. In den dafür zuständigen Ministerien werden darauf abzielende Initiativen betroffener Beschneidungsoffer zurückgewiesen, sogar wenn es nur um eine Evaluation der Gesetzesfolgen geht.

Demgegenüber verabschiedete die Parlamentarische Versammlung des Europarates 2013 auf Initiative der SPD-Politikerin Marianne Ruprecht eine Resolution gegen die Beschneidung. Ein ermutigendes Beispiel geben auch die Erklärungen der sexualtherapeutischen Fachverbände Skandinaviens, die die Jungenbeschneidung klar ablehnen. Auch die aktuelle Initiative isländischer Parlamentarier, die Beschneidung von Jungen ebenso unter Strafe zu stellen wie die von Mädchen, zeigt das wachsende kritische Po-

⁴ Nach derzeitigem Forschungsstand existiert kein hinreichend sicheres und wirksames Verfahren zur Bekämpfung der enormen Schmerzen bei der Beschneidung von Jungen, abgesehen von einer Vollnarkose. Diese darf aber nur bei vorliegender medizinischer Indikation und von einem Arzt durchgeführt werden. In der Praxis erfolgt die Beschneidung daher – häufig durch Nichtärzte – nicht nach den Regeln der ärztlichen Kunst, ohne Befunddokumentation und auch nicht nach den Vorgaben des Ethikrates. Diese traurige Befundlage wurde von renommierten Juristen in zahlreichen Stellungnahmen kritisiert, z. B.: <https://www.giordano-bruno-stiftung.de/meldung/eschelbach-franz-scheinfeld-beschneidung>.

tenzial in der Durchsetzung der Kinderrechte auf körperliche Unversehrtheit. Dass dies religiösen Hardlinern nicht gefällt, liegt auf der Hand. Es bleibt zu hoffen, dass sich die Beschneidungsopfer weiter formieren, öffentlich einmischen, Gehör bei Politikerinnen und Politikern finden und vielleicht eines Tages zu rechtlichen Mitteln greifen, um die Kompensation des erfahrenen Leides auch haftungsmäßig durchzusetzen. Rechtlich gesehen handelt es sich bei der Beschneidung jedenfalls um eine Körperverletzung, bei Minderjährigen mit potenziell bedrohlichen medizinischen Komplikationen (Putzke 2008; Stehr et al. 2008; Herzberg 2009).

Das Kölner Urteil von 2012 signalisierte den männlichen Beschneidungsopfern zum ersten Mal, in der Öffentlichkeit gehört zu werden. Es ist – zumal in Deutschland – relativ selten, dass die empathische Avantgarde im Bereich der Jurisdiktion lokalisierbar ist. Hier war das aber offensichtlich der Fall. Anschließend⁵ an dieses international für Aufsehen sorgende Urteil kam es zunehmend und kontinuierlich zu Solidaritätsbekundungen und Kooperationen zum Beispiel durch Frauenrechtsorganisationen wie TERRE DES FEMMES, (I)NCONTACT, TABU sowie durch pädiatrische Verbände und Fachgesellschaften. Die Kritik von Frauenverbänden an der Jungenbeschneidung erfolgte auch aus der nicht unberechtigten Sorge, dass die gesetzliche Erlaubnis der Jungenbeschneidung zu rückschrittlichen Forderungen nach einer Gleichbehandlung von Mädchen im Sinne traditioneller Beschneidungsbefürworter führen könnten.

Während die Verletzung der Genitalien von Mädchen momentan im Zusammenhang mit der Ankunft vieler Menschen aus entsprechenden Kulturen thematisiert wird, bleibt das, was Jungen an Verletzungen zugefügt wird, weiter tabuisiert. So wird männlichen Betroffenen signalisiert, dass ihre Rechte weniger zählen, dass man ihretwegen nicht bereit ist, sich schwierigen

gesellschaftlichen Debatten zu stellen. Das Wegschauen und Verschweigen wird in den Printmedien mittlerweile wenigstens gelegentlich durchbrochen. Es existiert Fachliteratur und es finden sich zunehmend erschütternde Fallberichte in der Betroffenenliteratur (Bergner 2016; Franz 2014). Leider aber besteht weithin eine Unkultur des Wegschauens, was das alltägliche, durchaus auch ärztlich dokumentierte Leid von Jungen in Deutschland angeht. Dabei würde schon eine einfache Recherche in einer kinderchirurgischen Krankenhausabteilung ausreichen, um von den zahlreichen (allein in Deutschland ca. 400 pro Jahr) notwendigen Nachoperationen beschneidungstraumatisierter Jungen berichten zu können (vgl. Zöllner et al. 2014).

Am 8. Mai 2017 richtete das Klinische Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsklinik Düsseldorf zusammen mit der Sektion Kinder- und Jugendpsychosomatik der DGPM und der Betroffenenorganisation MOGiS e.V. als Praxispartner die wissenschaftliche Fachtagung »Jungenbeschneidung in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme« aus. Religiöse Gruppierungen versuchten diesen wissenschaftlichen Kongress mittels erbitterter Diffamierungen und Gewaltandrohungen zu verhindern und erreichten sogar, dass einzelne, rein empirische Studien von Wissenschaftlern nicht als Tagungsbeiträge eingebracht werden durften. Dieser universitäre, von der zuständigen Ärztekammer Nordrhein als Fortbildungstagung zertifizierte Kongress, fand aufgrund des Themas sowie der Referentinnen und Referenten nationale und internationale Beachtung und löste unter Fachleuten eine weit überwiegend positive Resonanz aus. Der Kongress hat Abschlussforderungen an die verantwortliche Politik formuliert (<http://www.jungenbeschneidung.de/material/Abschlussforderungen.pdf>).

Die deutschen pädiatrischen Fachverbände treten kontinuierlich für das Recht von Jungen auf genitale Unversehrtheit ein und sind sehr aktiv um Aufklärung bemüht, um die in Deutschland im internationalen Vergleich viel zu häufigen

⁵ Für Hinweise auf die Reaktionen von Verbänden und Organisationen auf das Kölner Beschneidungsurteil von 2012 danke ich Viktor Schiering von Mogis.

Vorhautamputationen aufgrund nur vorgegeblicher kindlicher Phimosen zu reduzieren. Unter Leitung der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie und der Beteiligung weiterer medizinisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften wurde am 15.09.2017 die AWMF – S2k-Leitlinie Phimose und Paraphimose verabschiedet. Diese Leitlinie setzt neue Standards zur medizinischen Indikationsstellung und Durchführung der Beschneidung und wird Beschneidungen ohne medizinisch begründete Indikationen entgegenwirken.

Demgegenüber verharren psychoanalytische und psychotherapeutische Fachgesellschaften in Deutschland in beklommener Ratlosigkeit und Schweigen, obwohl gerade sie am besten wissen, wie beeinträchtigend sich kindheitlich erlittene Gewalt lebenslang auswirkt. Ausgerechnet bei der Erstellung der S3-Leitlinie zum Kinderschutz lehnten die Verantwortlichen die Thematisierung der medizinisch nicht indizierten Jungenbeschneidung ab.

Der Schutz kindlicher Genitalien gehört aber zu den Entwicklungsaufgaben einer sich in Richtung empathischer Vernunft und Gewaltfreiheit zivilisierenden Gesellschaft. Hier können Ärzte mit einer klaren Haltung einen wichtigen Beitrag liefern. Sie sollten ihre erwachsenen Patienten routinemäßig nach kindheitlich vorgenommenen Beschneidungen sowie eventuellen Komplikationen und deren Verarbeitung fragen. Sie sollten keine abrechnungsrelevanten Gefälligkeitsdiagnosen stellen und ohne medizinische Indikation nicht beschneiden. Und sie sollten ihre Patienten vor einer Beschneidung umfassend aufklären und dies auch dokumentieren. Alles andere ist unärztlich und ethisch dubios. Die aus nicht medizinischen Gründen vorgenommene Beschneidung vermittelt dem Jungen letztlich: So wie Du bist, bist Du nicht in Ordnung. Sei so, wie Deine Eltern sind und wie sie Dich brauchen. Und hör auf, darüber nachzudenken.

Dass Nachdenken dann auch später Angst macht, macht die Auseinandersetzung mit ver-

letzenden Bräuchen und Ritualen wie der Kindesbeschneidung und deren Überwindung zu einem langwierigen zivilisatorischen Projekt, das möglicherweise gerade erst begonnen hat. Hierzu müssten auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten noch wahrnehmbarer beitragen.

Literatur

- Alanis, M. C. & Lucidi, R. S. (2004). Neonatal circumcision: A review of the world's oldest and most controversial operation. *Obstetrical & Gynecological Survey* 59(5), 379–395. DOI 10.1097/00006254-200405000-00026.
- American Academy of Pediatrics (AAP) (2012). Technical report: Male Circumcision. *Pediatrics* 130, e757–e785. Abrufbar unter: <http://pediatrics.aappublications.org/content/130/3/e756.full> (zuletzt geprüft am 13.03.2017).
- Anders, T. F. & Chaleman, R. J. (1974). The effects of circumcision on sleep-wake states in human neonates. *Psychosom Med* 36, 174–179. DOI 10.1097/00006842-197403000-00009.
- Auvert, B., Taljaard, D., Lagarde, E., Sobngwi-Tambekou, J., Sitta, R. & Puren, A. (2006). Randomized, Controlled Intervention Trial of Male Circumcision for Reduction of HIV Infection Risk: The ANRS 1265 Trial. *PLoS Medicine* 3(5), e298. DOI 10.1371/journal.pmed.0030226.
- Bailey, R. C., Moses, S., Parker, C. B., Agot, K., Maclean, I., Krieger, J. N., Williams, C. F., Campbell, R. T. & Ndinya-Achola, J. O. (2007). Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *Lancet* 369(9562), 643–656.
- Bergner, C. (2016). Ent-hüllt! Die Beschneidung von Jungen – Nur ein kleiner Schnitt? Betroffene packen aus über – Schmerzen – Verlust – Scham. Hamburg: Tredition.
- Bischof, N. (1973). Die biologischen Grundlagen des Inzestabus. In: Reinert, G. (Hg.). Bericht über den 27. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Göttingen: Hogrefe, 115–142.
- Bischof, N. (2009). Psychologie: Ein Grundkurs für Anspruchsvolle. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Boyle, G. J., Goldman, R., Svoboda, J. S. & Fernandez, E. (2002). Male circumcision: pain, trauma and psychosexual sequelae. *J Health Psychol* 7(3), 329–343. DOI 10.1177/135910530200700310.
- Burkert, W. (1997). *Homo Necans. Interpretation altgriechischer Opferriten und Mythen*. Berlin: De Gruyter. DOI 10.1515/9783110808476.
- Duke, N. N., Pettingell, S. L., McMorris, B. J. & Borowsky, I. W. (2010). Adolescent Violence Perpetration: Associations With Multiple Types of Adverse Childhood Experiences. *Pediatrics* 125(4), e778–786. DOI 10.1542/peds.2009-0597.
- Eckert, K., Janssen, N., Franz, M., & Liedgens, P. (2017). Die nicht-retrahierbare Vorhaut bei beschwerdefreien Jungen. *Urologe* 56(3), 351–357.
- Fang, F., Keating, N. L., Mucci, L. A., Adami, H. O., Stampfer, M. J., Valdimarsdóttir, U. & Fall, K. (2010). Immediate risk of suicide and cardiovascular death after a prostate cancer diagnosis: cohort study in the United States. *J National Cancer Institute* 102, 307–314. DOI 10.1093/jnci/djp537.
- Franz, M. (2014). Beschneidung ohne Ende? In: Franz, M. (Hg.). *Die Beschneidung von Jungen. Ein trauriges Ver-mächtnis*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 130–189. DOI 10.13109/9783666404559.130.

Bei der Beschneidung hört das Nachdenken auf

- Frisch, M., Lindholm, M. & Grønbaek, M. (2011). Male circumcision and sexual function in men and women: a survey-based, cross-sectional study in Denmark. *Int J Epidem* 40, 1367–1381. DOI 10.1093/ije/dyr104.
- Frisch, M., Aigrain Y., Barauskas, V., Bjarnason, R., Boddy, S.A., Czauaderna, 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., Markesstad, 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. (2013). Cultural Bias in the AAP's 2012 Technical Report and Policy Statement on Male Circumcision. *Pediatrics*. 131(4), 796–800. DOI 10.1542/peds.2012-2896.
- Gray, R.H., Kigozi, G., Serwadda, D., Makumbi, F., Watya, S., Nalugoda, F., Kiwanuka, N., Moulton, L.H., Chaudhary, M.A., Chen, M.Z., Sewankambo, N.K., Wabwire-Mangen, F., Bacon, M.C., Williams, C.F., Opendi, P., Reynolds, S.J., Laeyendecker, O., Quinn, T.C. & Wawer, M.J. (2007). Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. *Lancet* 369(9562), 657–666. DOI 10.1016/S0140-6736(07)60313-4.
- Hallett, T.B., Baeten, J.M., Heffron, R., Barnabas, R., de Bruyn, G., Cremin, I., Delany, S., Garnett, G.P., Gray, G., Johnson, L., McIntyre, J., Rees, H. & Celum, C. (2011). Optimal Uses of Antiretrovirals for Prevention in HIV-1 Serodiscordant Heterosexual Couples in South Africa: A Modelling Study. *PLoS Medicine* 8(11), e1001123. DOI 10.1371/journal.pmed.1001123.
- Herzberg, R.D. (2009). Rechtliche Probleme der rituellen Beschneidung. *JuristenZeitung (JZ)* 7, 332–339.
- Jones, L., Fabrizi, L., Laudiano-Dray, M., Whitehead, K., Meek, J., Verriotti, M. & Fitzgerald, M. (2017). Nociceptive Cortical Activity Is Dissociated from Nociceptive Behavior in Newborn Human Infants under Stress. *Curr Biol* 27, 3846–3851. DOI 10.1016/j.cub.2017.10.063.
- Joudi, M., Fathi, M., & Hiraifar, M. (2011). Incidence of asymptomatic meatal stenosis in children following neonatal circumcision. *J Pediatr Urol* 7(5), 526–528.
- Kelek, N. (2006). Die verlorenen Söhne. Plädoyer für die Befreiung des türkisch-muslimischen Mannes. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Kelek, N. (2012). Akt der Unterwerfung. *Der Spiegel*, 51, S. 74–75. Abrufbar unter: <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-90157564.html> (zuletzt geprüft am 13.03.2017)
- Kellogg, J.H. (1877). Plain facts for old and young: embracing the natural history and hygiene of organic life. Abrufbar unter: <http://web.archive.org/web/20081005104925/http://etext.lib.virginia.edu/toc/modeng/public/KelPlai.html> (zuletzt geprüft am 13.03.2017).
- Kim, D., & Pang, M.G. (2007). The effect of male circumcision on sexuality. *BJU international* 99(3), 619–622. DOI 10.1111/j.1464-410X.2006.06646.x.
- Kupferschmid, C. (2014). Die Beschneidung von Knaben aus kinder- und jugendärztlicher Sicht. In: Franz, M. (Hg.). Die Beschneidung von Jungen. Ein trauriges Vermächtnis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 82–108. DOI 10.13109/9783666404559.82.
- Marshall, R.E., Porter, F.L., Rogers, A.G., Moore, J., Anderson, B. & Boxerman, S.B. (1982). Circumcision II: effects upon mother-infant interaction. *Early Hum Dev* 7, 367–374. DOI 10.1016/0378-3782(82)90038-X.
- Menczer, J. (2003). The low incidence of cervical cancer in Jewish women: has the puzzle finally been solved? *IMAJ-RAMAT GAN*-5(2), 120–123.
- Mönninger, M. (2006). Interview mit Abdelwahab Meddeb. »Dem Islam ist die Gewalt in die Wiege gelegt.« Ein Gespräch mit dem französischen Schriftsteller Abdelwahab Meddeb über die Quellen des Fanatismus und die überfällige Neuinterpretation des Korans. *Die Zeit*, 39, vom 21.09.2006.
- O'Hara, K. & O'Hara, J. (1999). The effect of male circumcision on sexual enjoyment of female partner. *BJU Int* 83(1), 79–84. DOI 10.1046/j.1464-410x.1999.0830s1079.x.
- Park, J.K., Doo, A.R., Kim, J.H., Park, H.S., Do, J.M., Choi, H. & Kim, Y.G. (2016). Prospective investigation of penile length with newborn male circumcision and second to fourth digit ratio. *Canadian Urol Assoc J* 10(9–10). DOI 10.5489/auaj.3590.
- Pieretti, R.V., Goldstein, A.M. & Pieretti-Vanmarcke, R. (2010). Late complications of newborn circumcision: a common and avoidable problem. *Pediat Surg Int* 26(5), 515–518. DOI 10.1007/s00383-010-2566-9.
- Putzke, H. (2008). Rechtliche Grenzen der Zirkumzision bei Minderjährigen. *Zur Frage der Strafbarkeit des Operateurs nach §223 des Strafgesetzbuches. Medizinrecht* 26, 268–272. DOI 10.1007/s00350-008-2165-0.
- Ramos, S. & Boyle, G.J. (2001). Ritual and Medical Circumcision among Filipino Boys. In: *Understanding Circumcision*. Springer, Boston, MA, 253–270. DOI 10.1007/978-1-4757-3351-8_14.
- Schäfer, M. & Stehr, M. (2014). Zur medizinischen Tragweite einer Beschneidung. In: Franz, M. (Hg.). Die Beschneidung von Jungen. Ein trauriges Vermächtnis. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 111–131. DOI 10.13109/9783666404559.109.
- Segal, J. (2014). Die Beschneidung aus jüdisch-humanistischer Perspektive. In: Franz, M. (Hg.). Die Beschneidung von Jungen. Ein trauriges Vermächtnis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 211–227. DOI 10.13109/9783666404559.211.
- Siegfried, N., Müller, M., Deeks, J.J. & Volmink, J. (2009). Male circumcision for prevention of heterosexual acquisition of HIV in men. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD003362. DOI 10.1002/14651858.CD003362.pub2.
- Sorrells, L., Snyder, J.L., Reiss, M.D. et al. (2007). Fine-touch pressure thresholds in the adult penis. *Brit J Urol Int* 99, 864–869. DOI 10.1111/j.1464-410X.2006.06685.x.
- Stehr, M., Schuster, T., Dietz, H.G. & Joppich, I. (2001). Die Zirkumzision – Kritik an der Routine. *Klinische Pädiatrie* 213(2), 50–55. DOI 10.1055/s-2001-12876.
- Stehr, M., Putzke, H. & Dietz, H.-G. (2008). Zirkumzision bei nicht einwilligungsfähigen Jungen: Strafrechtliche Konsequenzen auch bei religiöser Begründung. *Deutsches Ärzteblatt* 105(34–35), A-1778/B-1535/C-1503.
- Taddio, A., Katz, J., Ilersich, L. & Koren, G. (1997). Effect of neonatal circumcision on pain response during subsequent routine vaccination. *Lancet* 349 (9052), 599–603. DOI 10.1016/S0140-6736(96)10316-0.
- Terris, M., Wilson, F. & Nelson, J. H. (1973). Relation of circumcision to cancer of the cervix. *Am J Obstetrics Gynecol* 117(8), 1056–1066.
- Thorup, J., Thorup, S.C. & Rasmussen Ifaoui, I.B. (2013). Complication rate after circumcision in a paediatric surgical setting should not be neglected. *Dan Med J* 60(8), A4681.
- Türcke, C. (2012). *Hyperaktiv! Kritik der Aufmerksamkeitsdefizitkultur*. München: Beck.
- Van Howe, R.S. (2006). Incidence of meatal stenosis following neonatal circumcision in a primary care setting. *Clin Pediatr* 45(1), 49–54. DOI 10.1177/000992280604500108.
- Voß, H.-J. (2017). Beschneidung bei Jungen. In: *Stiftung Deutscher Männergesundheitsbericht. Psychosozial-Verlag*, 113–126. DOI 10.30820/9783837973037-113.
- Zampieri, N., Pianezzola, E. & Zampieri, C. (2008). Male circumcision through the ages: the role of tradition. *Acta Paediatrica* 97, 1305–1307. DOI 10.1111/j.1651-2227.2008.00917.x.

Zöller, C., Fernandez, G., Ludwikowski, B., Petersen, C., & Ure, B. (2014). Stationäre Behandlung bei Komplikationen nach männlicher Beschneidung: Retrospektive Analyse eines deutschen Referenzzentrums. In Deutsche Gesellschaft für Chirurgie. 131. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Berlin 25 (28.03.2014).

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Matthias Franz
Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Moorenstraße 5
40225 Düsseldorf
E-Mail: matthias.franz@med.uni-duesseldorf.de