



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Männliche Beschneidung:
“A Treatment in Search for a Disease?”

Verfasserin

Petra Pfnadschek

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 307

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Kultur- und Sozialanthropologie

Betreuer:

Univ. Prof. DDr. Armin Prinz

Danksagung

Ich möchte diese Diplomarbeit meinen Eltern Cajetana Eckert und Prof. Dr. Orhan Süren widmen, die immer großes Interesse für meine Arbeit zeigten, und stets ohne wenn und aber hinter mir standen.

An dieser Stelle möchte ich mich auch besonders bei Prof. Dr. Dr. Armin Prinz bedanken, der während der Diplomarbeit immer für mich da war und mir bei Bedarf mit Rat und Tat zur Seite stand. Danke!

Ein weiteres Dankeschön geht an alle meine Freunde, die mich bei der Erstellung meiner Diplomarbeit unterstützt haben. Für ihr unermüdliches Korrekturlesen, Literaturhinweise geben, Kaffeekochen und ihre Engelsgeduld möchte ich mich bei Dr. Eva Ernst, Laudi Laudenbach, Dzana Sorlija, Michael Hollunder und Mag. Lukas Meus herzlich bedanken.

Abschließend möchte ich mich noch bei allen meinen Interviewpartnern bedanken, die mir ihre Zeit zu Verfügung stellten und bereitwillig und offen meine Fragen beantworteten.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	6
1.1. Themenfindung und Fragestellungen	6
2. Geschichte der Zirkumzision	8
2.1. Religion und Masturbation	9
2.2. Geschichte der Zirkumzision in Großbritannien	11
2.2.1. Medizin und Masturbationsphobie	11
2.2.2. Exkurs: Europäische Geschlechtermodelle	15
2.2.3. Die 'Dämonisierung' der Vorhaut	17
2.2.4. Kindliche Sexualität und die Entstehung der Kongenitalen Phimose	19
2.2.5. Die Keimtheorie: Die Vorhaut als 'Kloake' für Krankheiten	22
2.2.6. Exkurs: Hygienebewegungen und die 'Säuberung' des Körpers	24
2.2.7. Der Glaube gerät ins Wanken	25
2.3. Geschichte der Zirkumzision in Kontinentaleuropa	26
2.4. Geschichte der Zirkumzision in den Vereinigten Staaten	28
2.4.1. Das koloniale Erbe	28
2.4.2. Zirkumzision und der „Summer of Love“: Die aufkeimende Kritik	30
3. Der transatlantische medizinische Diskurs	34
3.1. Anatomie und Physiologie der Vorhaut: Der Stand der Wissenschaft	34
3.1.1. Die Folgen der Beschneidung	36
3.2. Der 'Culture Clash' im medizinischen Diskurs	39
4. Empirische Untersuchung	45
4.1. Zielsetzung Methode und Aufbau der Studie	45
4.1.1. Forschungsdesign	47
4.1.2. Gruppenzusammensetzung	46
4.1.3. Methoden	46

4.1.4. Qualitative Datenerfassung	48
4.1.5. Datenanalyse	48
4.1.6. Limitationen der Untersuchung	49
4.1.7. Zur Rolle des Interviewers	50
4.2. Erhobene Daten	50
4.3. Ergebnisse der empirischen Befragung	56
4.3.1. Argumentationsstrategien	56
4.3.2. Interpretation der Resultate	57
4.3.3. Kernaussagen	59
5. Globale Auswirkungen und Relevanz	62
5.1. Zirkumzision und die HIV-Politik der WHO	62
6. Schlussfolgerungen	69
7. Literaturverzeichnis	73
7.1. Internetquellen	73
7.2. Literatur	77
8. Abstract	91

1. Einleitung

Als langjähriger Benutzer eines vorwiegend von Europäern und Nordamerikanern frequentierten Internetforums bin ich vor einiger Zeit auf ein Thema gestoßen, das heftige Kontroversen mit sich brachte.

Das Stichwort Beschneidung bei Männern führte zum Aufeinanderprallen völlig entgegengesetzter Meinungen, die entlang Nationalitätsgrenzen verliefen. Auf der einen Seite die Europäer, welche die Vorhautbeschneidung als unnütze Verstümmelung einstufen, auf der anderen Seite die US-Amerikaner, die sie heftig als wesentliche gesundheitliche Maßnahme verteidigten. Besonders interessant schien mir bei dieser Auseinandersetzung nicht nur der bei einer hygienischen Maßnahme mit ungewöhnlich starker Emotionalität gehaltene Ton der Auseinandersetzung, sondern auch die Berufung beider Seiten auf anerkannte wissenschaftlich-medizinische Erkenntnisse.

1.1. Themenfindung und Fragestellungen

Die westliche Medizin versteht und verkauft sich stets als universale Wissenschaft jenseits kultureller, religiöser oder ethnischer Schranken. Dadurch grenzt sie sich von traditionellen Medizinsystemen ab und erhebt sich in den Rang einer abseits jeglicher kultureller Wertvorstellungen operierenden Wissenschaft. Für mich als Kulturanthropologin warf diese Debatte damit einige durchaus interessante Fragen auf. Auch lohnt es sich meines Erachtens in einer Zeit, in der die Thematik der weiblichen Beschneidung in aller Munde ist, einen genaueren Blick auf die männliche Beschneidung zu werfen. Unter anderem auch, um der interessanten Tatsache nachzugehen, dass die eine von allen ‚aufgeklärten‘ Nationen verworfen wird, die andere von einer international agierenden Organisation wie der WHO empfohlen wird.

Aus diesem Grund habe ich mich mit drei Fragestellungen auseinandergesetzt:

1. Welche historischen und kulturellen Gründe führten zu dieser unterschiedlichen Herangehensweise und Interpretation der Zirkumzision in der Medizingeschichte Europas und der Vereinigten Staaten?

2. Die Debatte wird auch von Nicht-Wissenschaftlern im Internet breit diskutiert. Welche über die rein wissenschaftlichen und medizinischen hinausgehenden Pro- und Kontra-Argumente, Formulierungen, Floskeln und Assoziationen werden dabei verwendet?

3. Welche möglichen Folgen und Konsequenzen können sich aus den momentan dominierenden medizinischen Meinungen zur Zirkumzision global ergeben und welche Relevanz kommt heutzutage dem Thema der männlichen Beschneidung überhaupt zu?

In der vorliegenden Arbeit gehe ich im ersten Kapitel der Entstehung und dem Verlauf der männlichen Beschneidung aus medizinischer Sicht nach. Dabei werde ich mich vorwiegend im englischen Sprachraum aufhalten, da Großbritannien die Nation ist, in der die Zirkumzision ihren Einzug in die Medizingeschichte hielt und werde Kontinentaleuropa insbesondere den deutschsprachigen Raum eher nur kurz streifen. Weiters werde ich ihrem medizingeschichtlichen Verlauf in den Vereinigten Staaten als heutige Hauptbefürworter des Eingriffs und momentane letzte Hochburg neonataler männlicher Beschneidung nachgehen.

Im zweiten Kapitel werfe ich einen Blick auf die Bewertung und Beurteilung der männlichen Beschneidung in medizinischen Fachkreisen. Das dritte Kapitel, der empirische Teil der Arbeit, geht der Diskussion jenseits der Fachzirkel und Fachjournale nach: Welche Begründungen, Floskeln, Begrifflichkeiten und Assoziationen existieren bei Männern in Bezug auf die männliche Beschneidung?. Im vierten und letzten Kapitel werden die momentanen globalen Auswirkungen und die Relevanz der gesamten Thematik aufgezeigt.

2. Geschichte der Zirkumzision

„Every single warm-blooded, fur-bearing, lactating critter on the face of the planet has a foreskin...both male and female. Every man, every woman, every bull, bitch and skunk has a prepuce. But for some reason known only to religious types, and medicalized capitalism, the only mammal to be benefited by summarily putting this omnipresent organ through the surgical Veg-O-Matic is the human male mammal.“¹

Rio Cruz

“For millennia the male’s preputial cavity has acted as a cesspool for infectious agents transmitting diseases, although amenable to prophylactic surgery ... More than half the people on this globe live in fear of plagues, often unaware of means of prevention. ... The very anatomy, gross and microscopic, of the preputial sac speaks of the nature of a cesspool.”²

Gerald N. Weiss

“The study of auto-erotism is far from being an unimportant or merely curious study.”³

“In this particular field the evil of ignorance is magnified by our efforts to suppress that which never can be suppressed, though in the effort of suppression it may become perverted.”⁴

Havelock Ellis

Diese Sätze, die Havelock Ellis vor über 80 Jahren geschrieben hat, haben bis heute ihre Gültigkeit behalten. Für zwei Jahrhunderte haben die intelligentesten und informiertesten Ärzte im Glauben gelebt, dass Selbstbefriedigung, besonders bei Kindern und

¹ Cruz 2001: URL.

² Weiss 1997: 727.

³ Ellis 2001: 112.

⁴ Ellis 2001: 4.

Jugendlichen,⁵ eine Vielzahl von Krankheiten nach sich zieht. In ihrem Bemühen, ein Heilmittel gegen solchen Selbstmissbrauch und solche Selbstverunreinigung zu finden, wurde eine Reihe von chemischen⁶ bis chirurgischen⁷ Therapien angewandt und zahlreiche mechanische Gerätschaften erfunden, um den Zugang zu eigenen oder fremden Genitalien zu erschweren. Aus heutiger Sicht stellt sich uns unweigerlich die Frage, wie Ärzte und Eltern so überzeugt sein konnten von der Gefährlichkeit der Masturbation? Wie wurde aus einer religiös und symbolisch besetzten Operation eine hygienische, oder um mit Mary Douglas zu fragen *“are our ideas hygienic, where theirs are symbolic?”*⁸

2.1. Religion und Masturbation

Haben auch zwei der drei großen monotheistischen Religionen des Abendlandes, Judentum und Christentum Masturbation immer schon ausdrücklich abgelehnt und Sexualität nur unter dem Aspekt der Fortpflanzung befürwortet, so dauerte es doch bis zum 17. Jahrhundert bis die nicht religiös begründete Idee aufkam, dass Masturbation physisch schädlich sein könnte.

Sah Augustinus (354–430) sexuelles Vergnügen noch einfach als Beweis für die Schwäche, den eigenen Körper durch den eigenen Geist zu beherrschen und damit als inhärent sündig, so verstärkte sich im Laufe der Jahrhunderte die Bedeutungsschwere der Handlung. Unter dem Einfluss von Thomas von Aquin (1225–1274) klassifizierte die mittelalterliche Kirche Masturbation bereits als Sünde gegen die Natur und damit als Todsünde gegen Gott.

⁵ Diese Einstellung gegenüber Masturbation reflektierte und beeinflusste die Entwicklung der Konzepte von Kindheit und Jugend maßgeblich. Die Folgen dieser Asexualisierung von Kindern und Jugendlichen zeigen sich bis heute, wie zum Beispiel in der anhaltenden Diskussion für oder gegen Sexualunterricht an US-amerikanischen Schulen (National Public Radio 2004: URL).

⁶ Kauterisation der Urethra mit Silbernitrat galt im 19. Jahrhundert als beliebte Therapiemöglichkeit bei Spermatorrhoe (Darby 2005: 176).

⁷ Weiters berichtet Darby von eigens gegen nächtliche Samenergüsse oder absichtliche Selbstbefriedigung bei Jugendlichen entwickelte, mit Zacken und Spitzen versehene Penisringe (Darby 2005: 178).

⁸ Douglas 2002: 43.

Im Judentum wurde Sex ausschließlich als Mittel zur Fortpflanzung gesehen und daraus abgeleitet Geschlechtsverkehr während der Menstruation verboten.⁹ Obwohl im Alten Testament keine spezifischen Vorgaben gegeben sind, wurde bereits in der frühen jüdischen Theologie Masturbation als eine nur von Götzendienern und Unbeschnittenen ausgeübte Abscheulichkeit angesehen.¹⁰

Bei Moses Maimonides (1138–1204), einem bekannten Rabbiner und Arzt des 12. Jahrhunderts, lässt sich die Beziehung zwischen der jüdischen Beschneidung und männlicher Selbstbefriedigung gut nachverfolgen:

*“As regards circumcision, I think that one of its objects is to limit sexual intercourse, and to weaken the power of generation as far as possible, and thus cause man to be moderate. The bodily injury caused to that organ is exactly that which is desired; it does not interrupt any vital function, nor does it destroy the power of generation. Circumcision simply counteracts excessive lust ...”*¹¹

Diese Kenntnis um die Lust fördernden Eigenschaften der Vorhaut wird sich mit fortschreitender Neuzeit verlieren.

Trotz der heute weit verbreiteten männlichen Beschneidung im islamischen Raum kommt keine spezifische Erwähnung der Beschneidung im Koran vor.¹² Sie wird jedoch in der islamischen Rechtsprechung erwähnt und empfohlen und gilt heute als integraler Teil der islamischen Identität.

⁹ Biale 1992: 28.

¹⁰ Diese „Penisfeindlichkeit“ im Judentum veranlasste im 2. Jahrhundert Rabbi Eliezer Männern die Berührung ihres eigenen Penis beim Urinieren zu verbieten und führte zu einem bis heute erhaltenen Sprichwort: *“Better a bad aim than a bad habit“* (Darby 2005: 45).

¹¹ Maimonides 1904: URL.

¹² Eine mögliche Interpretation ihres Ursprungs in der islamischen Religionsgemeinschaft wäre es, die männliche Beschneidung als Fortsetzung vorislamischer Bräuche zu sehen.

2.2. Geschichte der Zirkumzision in Großbritannien

2.2.1. Medizin und Masturbationsphobie

“It may be asked then, is the loss of semen, or rather the drain of that fluid from the system, which spermatorrhea is supposed to produce, the cause of so much mischief? I am inclined to think that when the system suffers, and when the constitution becomes shattered, as it often does, that the mischief arises in great part from the exhaustion on the nervous system, rather than from the mere evacuation of so much semen.”¹³

William Acton

In der Mitte des 18. Jahrhunderts bekommt die Religion Hilfe von Seiten der Wissenschaft. Es beginnt die systematische Pathologisierung der Sexualität und im Speziellen die der Masturbation.¹⁴ Der im Jahre 1716 anonym erschienene Text *“Onania: Or the Heinous Sin of Self Pollution”*¹⁵ wird zu einem der einflussreichsten Texte der Medizingeschichte, der einen guten Überblick über die zu diesem Zeitpunkt kursierenden religiösen und moralischen Argumente gegen Masturbation bietet und der zeitgenössischen Leserschaft zum ersten Mal genügend medizinische Begründungen lieferte, um nicht nur die spirituelle Gefahr für die Seele sondern auch die durch Selbstbefriedigung entstehenden körperlichen Schäden vor Augen zu führen. Wachstumshemmung, Paraphimose,¹⁶ Epilepsie, Ohnmachtsanfälle, Schwindsucht,¹⁷ schmerzhaftes Harnlassen, Priapismus¹⁸ und

¹³ Acton 1853: 162.

¹⁴ Eine Entwicklung, die vor dem Hintergrund der Verschiebung epistemologischer Paradigmen von Religion zu Wissenschaft nicht verwunderlich erscheint.

¹⁵ Darby 2005: 47.

¹⁶ Bei der Paraphimose klemmt eine verengte Vorhaut die Eichel ein, und es kommt es zu einer ödematösen Schwellung. Wird die Vorhaut nicht zurückgestreift, kann es zu einer Nekrose der Eichel kommen.

¹⁷ Tuberkulose wurde früher umgangssprachlich als Schwindsucht bezeichnet.

¹⁸ Unter Priapismus wird eine schmerzhafte Dauererektion des Penis verstanden. Abgeleitet wird der Name von dem Sohn der Aphrodite und des Fruchtbarkeitsgottes Dionysos, der bildlich oft mit übergroßem und erigiertem Penis dargestellt wurde.

Gonorrhoe¹⁹ werden bis ins 20. Jahrhundert als Folgeschäden von Masturbation gelten.²⁰ Noch erfolgreicher auf diesem Gebiet (mit Neuauflagen bis 1905) wird die zum ersten Mal 1760 erschienene Abhandlung *“L’Onanisme: Dissertation sur les Maladies produites par la Masturbation“* vom Schweizer Arzt Samuel-August Tissot (1728–1797), die mit ihrer Betonung medizinischer Objektivität dem Zeitgeist der Aufklärung genau entspricht.²¹

Zu einem wichtigen Schlagwort der im Entstehen begriffenen Masturbationsphobie wird die aus Hippokrates Humoralpathologie²² entnommene Vorstellung, dass Samenverlust den Körper schädigt. Das daraus hergeleitete Wort Spermatorrhoe²³ wird zum Angelpunkt masturbationsfeindlicher Vorstellungen. Es erhält besonderen Nachdruck und Akzeptanz durch den Franzosen Claude-Francois Lallemand (1790–1853), Professor für Medizin der Universität Montpellier und dessen dreibändiges Werk *“Des pertes seminales involontaires“*. Die darin enthaltene Identifikation der Vorhaut als Hauptverantwortliche gesundheitlicher Probleme bei Männern, fällt eine maßgebliche Wegbereiterrolle bei den späteren englischen Massenbeschneidungen des ausgehenden 19. Jahrhunderts zu:

“ ... the irritating action of the sebaceous matter may arise either from its too long retention, from a local affection, or from a general disposition. In the first case excision of the prepuce is indispensable, and when there is simply a natural

¹⁹ Umgangssprachlich Tripper genannt ist sie eine der häufigsten sexuell übertragbaren Krankheiten.

²⁰Darby 2005.

²¹ Sich auf traditionelle Werte zu besinnen und christliche Verbote ins Gedächtnis zu rufen, sieht man bereits bei *“Onania“*, dass man auch als eine unermüdliche Tirade gegen den Libertinismus des Gregorianischen Zeitalters lesen kann. Neu war hingegen die ‘wissenschaftliche, objektive’ Untermauerung - bei Tissot bedankte sich angeblich sogar die Priesterschaft, zeigte er doch mit seinen Schilderungen die physischen Auswirkungen psychischer Sünden auf.

²²Krankheitslehre, die die unausgewogene Mischung der vier Körpersäfte (Blut, gelbe Galle, schwarze Galle und Schleim) für alle Krankheitszustände verantwortlich macht und Leitkonzept medizinischer Vorstellungen bis weit in die Neuzeit hinein ist. Noch Carl von Rokitansky (1804–1878) verwendet in seiner Blutpathologie säftepathologische Konzepte.

²³Unter Spermatorrhoe wird heute in der Medizin Samenausfluss aus der Harnröhre ohne geschlechtliche Erregung verstanden. In früheren Jahrhunderten wurde die Bezeichnung weniger einheitlich und deutlich großzügiger verwendet und auch bei nächtlichen Samenergüssen oder anderweitigem Samenverlust durch sexuelle Erregung angewandt. Dabei wurde alleine Samenverlust im Rahmen heterosexueller Kopulation nicht als pathologisch klassifiziert.

phimosis, this is generally sufficient. But when the prepuce is excessively long, after its removal, and even after cauterization of the prostatic surface, we have still to combat the natural debility of the organs ... In cases of superabundant secretion of sebaceous matter, of herpes preputialis, or other skin affections, having a tendency to fix themselves on the prepuce, it is more prudent to circumcise the patient than to trust to the most careful cleanliness; there is no comparison between this trifling operation and the importance of the involuntary discharges which may return with a return of the preputial irritation,“²⁴

Hier werden nicht nur die durch *“preputial irritations“* erzeugten *“involuntary discharges“* angesprochen, sondern auch bereits die Krankheiten erzeugende Rolle von Smegma geschildert. Weiter heißt es bei Lallemand:

“We shall see, by and by, that herpetic eruptions on the penis and prepuce may produce the same effects, and I shall show, also, that an accumulation of sebaceous matter between the prepuce and glans may have a similar influence.”²⁵

Dieser erstmals im Jahre 1838 herausgekommene Text zeigt anschaulich die Langlebigkeit von Argumenten, die sich (manchmal in nahezu unveränderter Form) teilweise bis heute erhalten haben.

Masturbation als Verursacher vieler verschiedener Krankheiten²⁶ war sicherlich praktisch und verständlich in einer Zeit, in der die Ätiologie vieler Krankheiten nicht verstanden wurde und diese nicht behandelt werden konnten.²⁷ Auch stellt die Masturbations-

²⁴ Lallemand 1866: 220.

²⁵ Lallemand 1866: 139.

²⁶ Masturbation wurde die Erklärung für viele bekannte Krankheiten, die bislang als unerklärlich galten. Die Masturbationstheorie brachte für die Ärzteschaft auch die Vorteile mit sich, omnipotent zu erscheinen und bei erfolgloser Behandlung auf die verminderte Compliance des Patienten verweisen zu können. Auch demonstrierte jeder weitere Tod eines Patienten nur noch mehr die Gefährlichkeit der Krankheit.

²⁷ Hier sollte man sich nicht nur des moralischen Hintergrundes der medizinischen Argumente bewusst sein, sondern sich auch vor Augen führen, dass das Wissen um sexualphysiologische und sexualanatomische Zusammenhänge zu dieser Zeit rudimentär war. Die Annahme, dass Masturbation das Kräftegleichgewicht des Körpers auf gefährlichste Weise stört, war daher vor dem Hintergrund des damaligen Wissens glaubhaft und leicht erklärbar.

hypothese einen wichtigen Abschnitt in der Geschichte der Theorien über Krankheitsursachen und der Geschichte des Aufstiegs der medizinischen Profession dar, zeigt sie doch anschaulich wie die im vorwissenschaftlichen Zeitalter vorherrschende Vorstellung von Krankheiten als Resultat von Hexerei, bösen Geistern oder dem Teufel mit dem Aufstieg der Wissenschaft im 17. Jahrhundert in Verruf geriet und materielle Erklärungen benötigt wurden.

Ein weiteres wichtiges Konzept wurde etwas später aus dem Irritabilitäts- und Sensibilitätsbegriff von Albrecht von Haller (1708–1777) übernommen²⁸ und mit hippokratischen Vorstellungen vermengt. Dieses daraus entstandene Erregungs- und Irritabilitätskonzept gestand sexueller Erregung die Fähigkeit zu, die balancierte nervale Ausgewogenheit des Körpers mit äußerst schädlichen Folgen aus dem Gleichgewicht zu bringen. Damit war der Erregungszustand des männlichen Gliedes zum Verursacher nicht nur lokaler sondern auch systemischer Folgeschäden geworden, da exzessive Erregung in einer Region einen Energieentzug in einer anderen Region bewirken konnte. Lähmungen der Beine, epileptische Anfälle, Depressionen und noch vieles mehr konnten damit zum Folgeschaden erklärt werden. So zum Beispiel bei William Acton (1814–1875), Leibarzt von Königin Viktoria und führende Autorität auf dem Gebiet der männlichen Sexualität, der alte religiöse Vorstellungen²⁹ über nächtliche Samenergüsse übernahm und sie geschickt mit medizinischen Begründungen unterlegte. In seinem im Jahre 1857 erschienen Werk *“Functions and Disorders of the Reproductive Organs“* verflocht er geschickt moralische und medizinische Argumente und hielt jede sexuelle Erregung außerhalb des ehelichen Beischlafs für gesundheitlich schädlich.³⁰

Diese Kontrollierung und Reglementierung der eigenen Sexualität sollte in ihrer gesellschaftspolitischen Dimension zu einem hervorstechenden Kennzeichen des viktorianischen Zeitalters werden. Laut Szreter wurde in der ersten Hälfte des 19.

²⁸ Haller definierte in seinem im Jahre 1753 erschienen Werk *“De partibus corporis humani sensilibus [sic!] et irritabilibus“* 'Irritabilität' als muskuläres Verkürzungsvermögen und Erregungsantwort und 'Sensibilität' als Empfindungs- und Reizleitungsphänomen der Nerven.

²⁹ Alte christliche und jüdische Theologie waren gegen jegliche nicht zur Fortpflanzung verwendete

'Verschwendung' von Samen (Darby 2005: 45).

³⁰ Darby 2005: 123.

Jahrhunderts sexuelle Selbstkontrolle nicht nur als Bestandteil jeglicher persönlicher Unabhängigkeit gesehen, sondern stand auch für die politische Stabilität einer Gesellschaft.³¹ Gleichzeitig wurde der Aspekt der Fortpflanzung immer stärker betont und sakralisiert. Vergnügen zum Selbstzweck wurde stigmatisiert und der ganze nicht der Fortpflanzung dienende sexuelle Bereich, wie Masturbation, gleichgeschlechtliche Liebe und körperbetonte Sinnlichkeit, ins 'Klosett' geschoben.

Mitte des 19. Jahrhunderts hatte sich diese kulturelle Entwicklung soweit verfestigt, dass die Auswirkungen in der medizinischen Diskussion von Fachzeitschriften ersichtlich waren (deren Faszination mit "pathologischen" Formen der Sexualität wie Spermatorrhoe und Masturbation und den weiblichen Geschlechtsorganen laut Szreter deutlich die Unsicherheiten der damaligen Zeit aufzeigt³²) und der Boden für neonatale Massenbeschneidungen als gesellschaftliche Normalität vorbereitet war.

2.2.2. Exkurs: Europäische Geschlechtermodelle

a) Das Ein-Geschlecht-Modell

Traditionelle Vorstellungen über die Geschlechtsorgane gingen bis auf die Zeit Galens zurück. Sie betrachteten die Genitalien von Mann und Frau als Spiegelbilder: die weiblichen Genitalien wurden als nach innen gedrehte Kopie der männlichen gesehen, in der die Vagina als hohle Tube das Gegenstück zum Penis darstellt, die Eierstöcke das Pendant der Hoden sind und die Gebärmutter dem Hodensack entspricht. Die Vorhaut wurde meistens den äußerlich sichtbaren weiblichen Genitalien gegenübergestellt oder im engeren Verständnis den kleinen Schamlippen zugeordnet. Die Funktionen der Vorhaut wurden in ihrer Wärme- und Feuchtigkeit spendenden und ihrer erogenen Funktion während des Geschlechtsaktes gesehen:

³¹ Glaubt man Szreter, wurde in England die Französische Revolution als Ausdruck einer unmännlichen und verweichlichten Gesellschaft gedeutet, die Unordnung und Chaos anzudauern erlaubt hatte, einer Gesellschaft, die sexuelle und politische Zersetzung duldete und förderte (Szreter 1996).

³² Szreter 1996.

“the skin at the end of the penis, now called the prepuce, would become the female pudendum ... would not the neck [der Gebärmutterhals] ... be made into the male member? And would not the female pudendum, being a skin like growth upon this neck, be changed into the part called the prepuce?”³³

Galen

Diese Vorstellung, die Vorhaut der Vagina gleichzusetzen, wurde laut Darby im 18. Jahrhundert aufgehoben, als die Anschauung, die Vagina mit der Glans gleichzusetzen und die daraus resultierende Verschiebung der erogenen männlichen Zonen - von der Vorhaut zur Glans - immer mehr an Boden gewann.³⁴

b) Zwei-Geschlechter Modell

Im Zwei-Geschlechter Modell, das im 18. Jahrhundert seinen Anfang nahm, entspricht die männliche Vorhaut der Klitorisvorhaut. Autoren wie William Ludwig Kobelt (1804 - 1857)³⁵ und William Benjamin Carpenter (1813 - 1885)³⁶ trugen mit ihren anatomischen und physiologischen Lehrbüchern maßgeblich zu dieser Identifikation von Penis mit Klitoris bei.

Erst im 20. Jahrhundert waren die technologischen Möglichkeiten soweit entwickelt, dass Innervierungen nachweisbar und darstellbar waren. Histologische Untersuchungen ergaben dabei, dass die Innervierungsdichte der männlichen Vorhaut eher der Klitoris selbst als der ihrer Vorhaut entspricht.³⁷

³³Galen 1968: 629.

³⁴Darby 2005: 119.

³⁵Georg Ludwig Kobelt war Professor für Anatomie in Freiburg im Breisgau. Zu seinen bekanntesten Arbeiten gehört eine der ersten detaillierten Abhandlungen über die Geschlechtsorgane.

³⁶William Benjamin Carpenter war englischer Physiologe und Naturforscher und Autor zahlreicher physiologischer und zoologischer Werke.

³⁷McGrath 2001: 200.

2.2.3. Die 'Dämonisierung' der Vorhaut

*“... the glans, which is at the end of the penis, covered with a very thin membrane, by reason of which it is of a most exquisite feeling. It is covered with a preputium or foreskin, which in some covers the top of the yard quite close, in others not so, and by its moving up and down in the act of copulation brings pleasure both to the man and woman.”*³⁸

Aristotele (Pseudonym)

Hatte man in Europa von der Antike bis ins 18. Jahrhundert die Vorhaut als Quelle sexueller Freuden und Genüsse gedeutet und sie als wichtiger Bestandteil männlicher Identität betrachtet,³⁹ so war um die Mitte des 19. Jahrhunderts die Glans an ihre Stelle getreten:

“Vor allem aber ist es die reiche Fülle der sensitiven Nerven in der Masse und in der so empfindlichen Haut des Ruthenkopfes, welche uns von anatomischer Seite berechtigt, dieses Theil des Gliedes zur Dignität eines Hauptgebildes des passiven Wollustorganes zu erheben; denn kaum dürfte die Eichel hierin irgend einem Organe, selbst die Sinnesorgane nicht ausgenommen, hintanzustellen sein. ... Die glans penis zeichnet sich also vor allen Gebilden der Ruthe und somit auch vor den übrigen Theilen des passiven männlichen Wollustorganes anatomisch dadurch aus, dass sie schon ihrer Lage nach an der Spitze derselben steht, dass sie an Gefäß- und Nerven-Reichtum entschieden bevorzugt ist und ihre Substanznerven gleichsam zum Empfange der Reitze auf ihrer zarten Oberfläche zu tage treten lässt. Dazu

³⁸“*The Works of Aristotele*“ galt lange Zeit im englischsprachigen Raum als einer der wichtigsten Sexualitäts-Ratgeber. Im Jahre 1680 zum ersten Mal erschienen, war es das bekannteste Buch, das sich in freizügiger und offener Weise mit menschlicher Sexualität auseinandersetzte und damit Generationen von Männern beeinflusste. Autoren wie James Joyce und Anthony Burgess waren nur zwei der Autoren, die in ihren Werken darauf Bezug nahmen (Aristotele 1828: 8).

³⁹ Darby 2005: 22.

kommt noch, dass sie zur Erhaltung ihrer Reitzempfänglichkeit durch die Vorhaut (wie durch ein Augenlid) geschützt wurde, der noch überdies das frenulum beigegeben ist, dessen Einfluss auf die Wollusterregung später noch näher gewürdigt werden soll”⁴⁰

Georg L. Kobelt

Dieser 1844 geschriebene Text demonstriert diese Wertigkeitsverlagerung weg von der Vorhaut und hin zur Glans deutlich. Auch Befürworter der Beschneidung wie William Acton sahen in der Vorhaut bereits *“a source of serious mischief”*:

*“To the sensitive, excitable, civilized individual, the prepuce often becomes a source of serious mischief. In the East, the secretions between it and the glans likely to cause irritation and its consequences; and this danger was perhaps the origin of circumcision. That the existence of the foreskin predisposes to many forms of syphilis, no one can doubt; and I am fully convinced that the excessive sensibility induced by a narrow foreskin is often the cause of emissions, masturbation, or undue excitement of the sexual desires.”*⁴¹

Damit war die Vorhaut von einem physiologischen zu einem pathologischen Teil des männlichen Körpers geworden und allein schon ihre Existenz die Gesundheit gefährdend. Indirekt, weil sie zur Masturbation verführet, und direkt als ein Krankheiten förderndes, nutzloses Überbleibsel der Evolution. In keiner seiner zahlreichen Auflagen trat Acton für generelle und präventive Beschneidungen ein. Jedoch sein Glaube an die pathologische Erregungssensibilität der Vorhaut und an die Notwendigkeit einer sexuellen Abstinenz junger Männer bis weit in die Mitte ihres zwanzigsten Lebensjahres hinein bereiteten den Boden für die neonatalen Beschneidungen der nächsten Generation erfolgreich vor. Denn die nächste Generation von Ärzten übernahm nicht nur seine Anschauungen, sondern ging noch einen Schritt weiter. Durch Ärzte wie Lallemand, Tissot und Acton geschult, war für sie nun die Schädlichkeit und Nutzlosigkeit der Vorhaut eine eindeutig erwiesene und klare Sache. Den neonatalen Beschneidungen stand nun nichts mehr im Wege.

⁴⁰Kobelt 1844: 6.

⁴¹ Acton 1865: 7.

2.2.4. Kindliche Sexualität und die Entstehung der Kongenitalen Phimose

Eine weitere geschichtliche Entwicklung, die die Einführung neonataler Massenbeschneidungen begünstigte, war die 'Entdeckung' einer neuen Krankheit. Im 16., 17. und 18. Jahrhundert wurde Phimose⁴² noch kaum in medizinischen Schriften und Lehrbüchern erwähnt. Acton zum Beispiel wusste noch um die physiologische Natürlichkeit einer nicht zurückziehbaren Vorhaut. Ein Wissen, das jedoch in den nächsten Jahrzehnten verloren gehen sollte:

“In childhood the penis is naturally small, with the foreskin pointed, and not only completely covering the glans, but even extending beyond it. The attempt to uncover the glans is attended with difficulty in consequence of a natural phymosis, and similarly the process of recovering the glans owing to a natural paraphymosis cannot be accomplished without resort to a degree of violence.”⁴³

Insgesamt zeigt das 18. Jahrhundert eine auffallend starke Beschäftigung mit kindlicher Masturbation.⁴⁴ Auch wurden die Länge und Definition der Kindheit im Verlauf des 18. und 19. Jahrhunderts verlängert und hinaufgesetzt. War es in den Jahrhunderten davor üblich, Kinder als 'kleine Erwachsene' zu betrachten und sie so bald wie möglich in die Arbeitswelt einzugliedern, so hatte sich in der viktorianischen Zeit die Kindheitsspanne

⁴² Das Krankheitsbild der Phimose wurde während dieser Zeit nur bei Erwachsenen beschrieben (bei Kindern war die 'natürliche Phimose' in den Ärztekreisen noch bekannt), und zwar meist in Zusammenhang mit Syphilis, die durch Entzündungen und Hautveränderungen im Bereich der Eichel das Zurückziehen der Vorhaut unmöglich machte - ein Symptom, das die Assoziation von Unbeschnittensein mit Syphilisinfektion begünstigte. Beschneidung wurde nur bei Krankheitsbeschwerden und nicht als Präventivmaßnahme empfohlen und angewandt (Darby 2005).

⁴³ Acton 1853:1. Ein *“degree of violence“*, das in den folgenden Jahren oft und ausgiebig eingesetzt werden wird, denn schon bald entwickelte sich die Überzeugung, dass eine nicht zurückziehbare Vorhaut bei Kleinkindern pathologisch sei und nach chirurgischem Eingreifen verlange.

⁴⁴ Insgesamt ein Paradox, sah doch die liberale Aufklärung Kinder nun als formbare 'Unschuldige' und nicht mehr mit der Erbsünde der Bibel behaftet (Szreter 1996).

drastisch verlängert. Anfang des 19. Jahrhunderts war nicht nur das Heiratsalter der Mädchen in den Mittel- und Oberschichtfamilien, sondern auch das Alter, in dem junge Männer ihr Elternhaus verließen, um einen eigenen Haushalt zu gründen, gestiegen.⁴⁵ Gleichzeitig war es nun auch Allgemeinwissen geworden, dass jegliche sexuelle Erregung äußerste Gefahr für Leib und Leben bedeutet.

War es noch im 17. Jahrhundert üblich, dass kleine Babys, um sie zum Einschlafen zu bringen, an den Genitalien gestreichelt wurden, so führte Tissot in das medizinische und pädagogische Denken die Anschauung ein, dass kindliche Sexualität und Masturbation auf jedem Fall zu unterdrücken sei. Dabei ging er nicht auf die physiologische Unfähigkeit von Samenergüssen bei vorpubertären Knaben ein, ein Paradox, dem sich später William Acton annahm und die Schädlichkeit kindlicher Erregung mit einer Störung des nervalen Erregungshaushaltes begründete:

*“ ... the mischief arises in great part from the exhaustion of the nervous system, rather than from the mere evacuation of so much semen ... [] ... many of the worst constitutional symptoms of spermatorrhea may be seen in little children whose testicles do not secrete semen, but who have learnt the early habit of tickling the genital organs ”.*⁴⁶

Sexualexperten wie William Acton sprachen männlichen Jugendlichen die biologische Reife zur Sexualität ab und formten die gesellschaftliche Überzeugung, dass sie physiologisch auch nicht in der Lage seien, funktionell gesunde Spermien zu produzieren. In Actons *“Functions and Disorders“* betonte er immer wieder die ‚natürliche Reinheit‘ von Kindern: *“In a state of health no sexual idea should ever enter a child’s mind ... [childhood] a period of purity and ignorant innocence.“*⁴⁷ und unterstellte präpubertären Kindern eine strikte Asexualität, warnte jedoch schon einige Seiten später vor *“ ... sexual feelings are excited at a very early age, and too often with the most deplorable*

⁴⁵ Statt mit 12 bis 14 Jahren wie in früheren Jahrhunderten das Elternhaus zu verlassen blieben die jungen Männer nun oft bis in die Mitte ihres zwanzigsten Lebensjahres Teil des elterlichen Haushaltes (sicherlich auch durch die verlängerte Schul- beziehungsweise Universitätszeit mitbedingt), und damit auch unter elterlicher Kontrolle und Aufsicht.

⁴⁶ Acton, zitiert nach Darby 2005: 118.

⁴⁷ Acton 1865: 17.

consequences.”⁴⁸ als Ausdruck einer heranreifenden Sexualität, die nach ständiger strenger Verleugnung, Überwachung und Unterdrückung verlangt. Wird das Kind nicht mit aller Kraft an einer Berührung der eigenen Genitalien gehindert - sei es durch Festbinden der Hände im Schlaf⁴⁹ oder durch das Anbringen eigens dafür entworfener Geräte⁵⁰ - kann es langfristig zu ernsthaften gesundheitlichen Dauerschäden kommen:

*“If, however, masturbation is continued, nature replies to the call of the excitement, and semen, or something analogous, is secreted; occasionally the excretion of this gives intense pleasure, and the habit is now engrafted on the boy. His health fails, he is troubled with indigestion, his intellectual powers are dimmed, he becomes pale, emaciated, and depressed in spirits; ... This vicious habit having impaired the growth, health, and intellect of the patient, ceases often to be further indulged in, because pleasure is no longer derived from it.”*⁵¹

Der Arzt Charles West (1816–1898) war einer der ersten, der den Begriff der kongenitalen Phimose verwendete und jede nicht zurückziehbare Vorhaut pathologisch machte. Damit war das Krankheitsbild der kongenitalen Phimose geboren⁵² und gegen Ende des 19. Jahrhundert war die kongenitale Phimose bereits zur nationalen Kinderkrankheit geworden.⁵³

”the healthy body is perfect in all its part ... By some mysterious agencies, however, Nature at times departs from the customary path during formation; she is arrested in her developments of parts of the human system; and deformities, defects, malformations, and obstructions are the consequence. To relieve this men’s

⁴⁸ Acton 1865: 19.

⁴⁹ Darby 2005: 139.

⁵⁰ Wie zum Beispiel der eingangs erwähnte mit Stacheln besetzte Penisring.

⁵¹ Acton 1865: 128.

⁵² Vermehrt wurde ihr Vorkommen auch durch das bei der Reinigung von Kleinkindern empfohlene gewaltsame Zurückziehen ihrer Vorhaut, was zu Narbenbildungen und Adhäsionen der kindlichen Vorhaut führte - heute wird diese artifiziell erzeugter Phimose als 'iatrogene Phimose' bezeichnet.

⁵³ Inwieweit die kongenitale Phimose und ihre Therapie den gesellschaftlichen Aufstieg der chirurgischen Profession begünstigten, würde den Umfang dieser Arbeit sprengen.

*genius has been taxed ... In congenital phimosis ... we find the deformity to be produced by the tightness of the fraenum*⁵⁴

A. G. Walter

2.2.5. Die Keimtheorie: Die Vorhaut als 'Kloake' für Krankheiten

Noch im 19. Jahrhundert glaubten viele Leute, dass niedrige Organismen spontan aus toter oder verwesender Materie entstehen, wie zum Beispiel aus Schlamm, verrottendem Fleisch oder schimmelndem Getreide. Man glaubte, Maden würden direkt aus Fleisch entstehen, Fliegen aus Sand, Parasiten aus menschlichen Sekreten. Diese Lehre von der Abiogenese⁵⁵ war auch in medizinischen Fachkreisen sehr verbreitet.

Der Veronese Girolamo Fracastoro (1478–1553) veröffentlichte 1530 ein Lehrgedicht mit dem Titel *“Syphilidis, sive morbi gallici, libri tres, ad Petrum Bembum“*, in dem er die Auffassung vertrat, dass epidemische Krankheiten durch eine Ansteckung mit speziellen Keimen und nicht aus dem Nichts entstehen würden.⁵⁶ Im Jahre 1651 äußerte auch der Engländer William Harvey (1578–1657) in seinem Buch *“Essays on the Generation of Animals“* ernsthafte Zweifel an der traditionellen Idee der Spontangeneration.⁵⁷ Einige Jahre später wurde diese Idee von Francesco Redi (1626–1697),⁵⁸ einem italienischen Arzt,

⁵⁴ Walter 1857: 476.

⁵⁵ Die zu dieser Zeit am meisten verbreiteten Hypothesen zu niederen Organismen waren die Theorie ihrer Entstehung durch Abiogenese (*Generatio spontanea*), ihrer Allgegenwärtigkeit (*Ubiquität*) und ihrer Vielgestaltigkeit (*Pleomorphie*) (Eckart 1994: 232).

⁵⁶ In diesem Lehrgedicht beschrieb er als erster genau Symptome, Verlauf und Therapie einer Krankheit, die er nach Sypilos, dem Sohn der Niobe, benannte und die daher ihren Namen 'Syphilis' bezog (Eckart 1994: 130).

⁵⁷ Harvey war der Ansicht, dass *“alles Leben aus dem Ei kommt“* (*“omne vivum ex ovo“*) oder aus etwas Vergleichbarem, unabhängig von der Größe (Harvey zitiert nach Schott 1998: 89).

⁵⁸ In seinem 1668 publizierten Hauptwerk *“Esperienze Intorno alla Generazione degl'Insetti“* (*“Experimente über die Generationen der Insekten“*) bestätigte der italienische Arzt Francesco Redi William Harveys These und widerlegte mit seinen Experimenten die Idee der Abiogenese. Er überprüfte Harveys Theorien mit der Hilfe von Fleisch: eine Hälfte ließ er frei verwesen, die zweite Hälfte bewahrte er in einem abgeschlossenen Gefäß auf. Als Resultat entwickelten sich nur im frei zugänglichen Fleisch Maden.

und von Nicolas Andry (1658–1742),⁵⁹ einem französischen Arzt, aufgenommen und bestätigt. Es sollte jedoch noch ganze zwei Jahrhunderte dauern, bis diese Theorie wieder aufgegriffen und weiter verfolgt wurde.

Mitte des 19. Jahrhunderts machte Louis Pasteur (1822–1895) die Beobachtung, dass Fermentation durch Hefebakterien verursacht wird. Gleichzeitig kamen er und der von seinen Schriften inspirierte englische Chirurg Joseph Lister (1827–1912)⁶⁰ zu dem Schluss, dass Krankheiten ebenso wie der Gärprozess durch Mikroorganismen verursacht werden. Bestätigt wurden ihre Theorien durch den in Deutschland lebenden Robert Koch (1843–1910), dem der Erregernachweis bei Milzbrand, Tuberkulose und Cholera gelang. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts folgten die ersten serumtherapeutischen Versuche, und 1906 gelang mit der Entdeckung der Pockenviren der erste Nachweis von noch kleineren Lebewesen als den Bakterien. Wirksame Behandlungsmöglichkeiten dagegen wurden jedoch erst im Laufe des 20. Jahrhundert gefunden.⁶¹

Erst an der Wende vom 19. ins 20. Jahrhundert war die Kenntnis von der Keimtheorie so weit verbreitet, dass sie Einfluss auf die Vorstellungswelt der praktizierenden Ärzte gewann. Sie wurde jedoch laut Darby vielerorts mit der Theorie der Spontangeneration vermischt.⁶² Für viele Ärzte und Laien entstand so das Bild vom menschlichen Körper als Tummelplatz gefährlicher Mikroorganismen. Körpersekrete wie Blut, Urin, Exkremente und Eiter wurden zu gefährlichem 'Schmutz'. Kulturell bedingte sexual- und genitalfeindliche Einstellungen führten zur Assoziation von Genitalien und deren Produkten, wie

⁵⁹„*On the Generation of Worms in the Human Body*“ war die ausführlichste Studie über menschliche Parasiten dieser Zeit, wurde jedoch von der Fachwelt weitgehend ignoriert.

⁶⁰Lister hatte in seiner Arbeit als Chirurg genügend Patienten an Infektionen sterben gesehen, und kam zur Ansicht, dass Pasteurs Überlegungen eine gute Erklärung dafür waren, warum Wunden infektiös werden konnten. Daraufhin begann er, Karbolsäure zur Sterilisierung einzusetzen, was die Infektionsrate drastisch verringerte (Eckart 1994: 241).

⁶¹ Eine Ausnahme stellt die Pockenimpfung dar, die schon ab 1770 von einigen Ärzten, wie zum Beispiel dem englischen Landarzt Edward Jenner (1749–1823), durchgeführt wurde. Auffällig und aussagekräftig ist in diesem Zusammenhang, dass Zirkumzision nie als Präventivmaßnahme gegen Pocken angeführt wurde. Die ersten Sulfonamide mit ihrer bakteriziden Wirkung wurden in den 30iger Jahren des 20. Jahrhunderts entwickelt. Penicillin kam erst 1944 auf den Markt.

⁶² Darby 2005: 97.

zum Beispiel dem Smegma, als 'schmutzig'⁶³ - eine Assoziation, die noch lange überleben wird: "For millenia the male's preputial cavity has acted as a cesspool for infectious agents transmitting disease."⁶⁴ wird noch heute von manchem Wissenschaftler zur Beschreibung der physiologische Sekretion des eigenen Geschlechtsorgans verwendet.

2.2.6. Exkurs: Hygienebewegungen und die 'Säuberung' des Körpers

Zwischen 1800 und 1880 kam es zu mehreren schweren Epidemien in englischen Städten, die durch die rasche Industrialisierung, eine rasche Zunahme der Einwohnerzahl und eine inadäquate Infrastruktur begünstigt wurden. Typhus, Diphtherie, Cholera, Tuberkulose⁶⁵ und die Pocken gingen um. Erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts stieg die allgemeine Lebenserwartung von 40 auf 48 Jahre. Ein Umstand, den Szreter auf sanitäre Reformen der Städtereinigung, wie Müllabfuhr, Trinkwasser und Lebensmittelzufuhr, zurückführt.⁶⁶ Es war verständlich, dass solchen präventivmedizinischen Maßnahmen eine sehr große Bedeutung zukam, waren zu diesem Zeitpunkt ja noch keine Therapiemöglichkeiten bei Infektionen vorhanden.

Parallel dazu entwickelten sich die privaten Hygienebewegungen. Betont werden muss in diesem Zusammenhang, dass diese Bewegungen nicht nur physische sondern auch psychische Hygiene als Anliegen hatten. Hygienisches Verhalten wurde zum moralischen Maßstab, sich regelmäßig zu baden und sich gesund zu ernähren zur Pflicht jedes verantwortungsbewussten Staatsbürgers. Die Vorstellung des menschlichen Körpers mit seinen 'Jauchengruben voller Dreck und Unrat' war zu dieser Zeit eine beliebte Übertragung des Stadtbildes auf den menschlichen Körper geworden. Die Eindämmung von sexuell übertragbaren Krankheiten, die Abschaffung der Prostitution und die Forderung nach einem sittlichen Lebenswandel wurden genauso Ziele wie die Beseitigung der städtischen Müllberge. In den 80iger Jahren des 19. Jahrhunderts wurden folgerichtig

⁶³ Ironischerweise leitet sich das Wort *Smegma* von griechischen und lateinischen Wörtern für 'reinigen' und 'Seife' her.

⁶⁴Weiss 1997: 727.

⁶⁵ Alleine Tuberkulose war die Ursache für fast ein Drittel aller Todesfälle dieser Zeit (Darby 2005: 96).

⁶⁶ Szreter 1996.

immer mehr Organisationen gegründet, die sich die Förderung der männlichen Keuschheit als Teil eines umfassenden Gesundheitsprogramms vornahmen, wie zum Beispiel die *Social Purity Alliance*,⁶⁷ das *White Cross Movement* und die *National Vigilance Association*. Dabei wird männliche Keuschheit zum medizinisch-moralischen Projekt und die neonatale Beschneidung zur chirurgischen Allheilmethode und zum Kennzeichen der englischen Elite.⁶⁸

2.2.7. Der Glaube gerät ins Wanken

*“masturbation does neither more nor less harm than sexual intercourse practised with the same frequency in the same conditions of general health and age and circumstances ... I wish I could say something worse of so nasty a practice; an uncleanliness, a filthiness forbidden by God, and unmanliness despised by men.”*⁶⁹

Sir James Paget

Sir James Paget (1814–1899)⁷⁰ war nicht der (wenn auch eher widerwillige⁷¹) Einzige, bei dem gegen Ende des 19. Jahrhunderts eine veränderte medizinische Beurteilung der Masturbation zu Tage trat. Ganz allgemein vermehrten sich die skeptischen Stimmen gegenüber der Gesundheitsschädlichkeit der männlichen Beschneidung in medizinischen

⁶⁷ Ihre Ablehnung von Kondomen als Mittel der Präventivmedizin macht die Überbetonung der moralischen Komponente im Vergleich zur medizinischen Komponente innerhalb der Bewegung gut erkennbar (Darby 2005: 83).

⁶⁸ Die männlichen Mitglieder des englischen Königshauses sind auch heute noch beschnitten.

⁶⁹ Paget 1879: 291.

⁷⁰ Sir James Paget war Chirurg, Pathologe, Leibarzt des englischen Königshauses und einer der führenden Ärzte seiner Zeit. Er vertrat in Bezug auf Masturbation und Geisteskrankheit die Einstellung, dass in vielen Fällen die Geisteskranken masturbieren, weil sie geisteskrank sind, und sie nicht geisteskrank sind, weil sie masturbieren, was im Gegensatz zur weit verbreiteten Gewissheit, dass Masturbation Geisteskrankheiten verursache stand (Paget 1879).

⁷¹ Warum Masturbation in seinen Augen so viel gefährlicher und schädlicher als Geschlechtsverkehr mit einem Partner entgegengesetzten Geschlechts war, fußte dabei auf der moralischen Anschauung, dass Selbstbefriedigung im Gegensatz zur Kopulation mit einer Frau einen unnatürlicher Akt darstelle (Masturbation durch einen Partner wird in seinen Texten nirgends erwähnt).

Kreisen. Im Jahre 1890 publiziert der Londoner Arzt Herbert Snow (1847–1930) *“The barbarity of circumcision“*, in der er die neonatalen Zirkumzision entschieden verurteilte. Starke Auftrieb erhielten die ärztlichen Beschneidungsgegner auch durch den zunehmenden Liberalismus⁷² der gesamten englischen Gesellschaft. Die Zwischenkriegszeit mit ihrer zunehmenden sexuellen Freizügigkeit⁷³ tat in Großbritannien ihr Übriges, die Befürworter der männlichen Beschneidung zu reduzieren. 1949 publizierte Douglas Gairdner seinen Artikel *“The fate of the foreskin“*, in dem er den Mythos der kongenitalen Phimose beendete: *“The prepuce is still in the course of developing at the time of birth, and the fact that its separation is usually still incomplete renders the normal prepuce of the newborn non-retractable.“*⁷⁴ Mitte des 20. Jahrhunderts wurde die neonatale Beschneidung in Großbritannien abgeschafft.⁷⁵

2.3. Geschichte der Zirkumzision in Kontinentaleuropa

“Was das politische Moment betrifft, so sehen wir, dass es dem Juden von Seiten des Staates zur Pflicht gemacht wird, bei der Geburt eines Kindes, dasselbe zu irgend einem Religions=kultus [sic] zu bestimmen ... Es sind Fälle vorgekommen, und selbst in Hamburg erinnere ich mich deren, dass Eltern durchaus nicht Willens waren, ihre Kinder beschneiden zu lassen, ... glaubend und hoffend, dass man auch ohne die Beschneidung ein Jude sein könne; allein die Behörde legte ihnen die

⁷² Gruppen wie die Bloomsbury Gruppe mit ihrem Eintreten für sexuelle Freizügigkeit sind dabei als Ausdruck einer gesamtgesellschaftlich Lockerung sexueller Vorschriften zu verstehen, die in dem Liberalismus der Zwischenkriegszeit gipfeln wird.

⁷³ Ab den 30er Jahren des 20. Jahrhunderts kamen immer mehr Bücher über Sexualität und Verhütungsmethoden auf den Markt (Darby 2005: 78).

⁷⁴ Gairdner ging in seinem Artikel noch davon aus, dass nach dem 4. Lebensjahr die Vorhaut vollständig zurückziehbar sein sollte (Gairdner 1949: 1435). Neuere Untersuchungen haben indes gezeigt, dass eine nicht zurückziehbare Vorhaut bis in die Pubertät hinein physiologisch vorkommen kann (Kayaba et. al. 1996).

⁷⁵ Mit einer Rolle spielten dabei sicherlich auch Kostengründe, war doch damit das englische Gesundheitssystem der Verpflichtung, für die Kosten der Operation aufzukommen, enthoben.

definitive Wahl zwischen Taufe und Beschneidung so strenge vor, dass sie sich zu einem oder dem anderen entschließen mussten.”⁷⁶

Moritz Gustav Salomon

Diese im Jahre 1844 vom Hamburger Arzt und Rabbiner Moritz Gustav Salomon (1817–1883) geschriebenen Zeilen verdeutlichen die Anwendung der Beschneidung als Mittel der Abgrenzung des Christentums gegenüber Judentum und Islam. Beschnittenheit und Unbeschnittenheit waren Teil der (religiösen) Identität. Im 19. Jahrhundert herrschte im deutschen Sprachraum auch der Glaube auch, dass neonatale männliche Beschneidung eine Disposition zu Erkrankungen mit sich bringe.⁷⁷ In Wien wurde zur Zeit Sigmund Freuds⁷⁸ Beschnittensein als etwas 'Weibisches' gesehen und die Klitoris umgangssprachlich manchmal als 'Jude' bezeichnet, oder weibliche Selbstbefriedigung als 'mit dem Juden spielen' umschrieben.⁷⁹

Im Gegensatz zum Viktorianischen und Edwardianischen England konnte sich die neonatale männliche Beschneidung in Kontinentaleuropa nie als allgemein angewandte Präventivmaßnahme durchsetzen. Es gab jedoch auch in Kontinentaleuropa Befürworter der Beschneidung, wie zum Beispiel der Wiener Arzt Ludwig Fleischmann (1801–1868), der Zirkumzision und Klitoridektomie bei 'schweren Fällen von Masturbation' bei Kindern beiderlei Geschlechts empfahl.⁸⁰

Europäische Vorstellungen, dass die männliche Beschneidung das Risiko an Syphilis zu erkranken senken würde, wurden im Nationalsozialismus in verzerrter Form sichtbar. *Der Stürmer* propagierte zum Beispiel das Bild von Juden mit massiven, syphilitisch verseuchten Erektionen, die es nach christlichen Jungfrauen gelüftet. Dahinter steckte der volkstümliche Glaube, dass die Juden selbst resistent gegenüber Syphilis seien, aber in ihrer Rolle als Volksverderber das deutsche Volk gezielt zu verseuchen suchten.⁸¹

⁷⁶ Salomon 1844: 73.

⁷⁷ Meyer 1840: 190.

⁷⁸ Eine interessante Frage ist auch, inwieweit Sigmund Freuds Theorien mit ihrer starken Kastrations- und Phallusbetonung sein eigenen Antworten auf die antisemitischen Vorstellungen Wiens um die Jahrhundertwende widerspiegeln.

⁷⁹ Tisberger 2009: 388.

⁸⁰ Bonomi 1998: 33.

⁸¹ Friedman 2001: 162.

2.4 Geschichte der Zirkumzision in den Vereinigten Staaten

*“...without administering an anaesthetic, as the brief pain attending the operation will have a salutary effect upon the mind, especially if it be connected with the idea of punishment.”*⁸²

John Harvey Kellogg

*“It is always good surgery to correct this deformity [eine lange und kontrahierte Vorhaut] ... as a precautionary measure, even though no symptoms have as yet presented themselves”*⁸³

Norman H. Chapman

2.4.1. Das koloniale Erbe

Die medizinischen Begründungen des 19. Jahrhunderts in Bezug auf die männliche Beschneidung wurden bereitwillig von den englischsprachigen außereuropäischen Nationen übernommen.

In den Vereinigten Staaten trugen Autoren wie der Arzt Peter Charles Remondino (1846–1926) mit seiner im Jahre 1881 erschienenen *“History of Circumcision“*, in der er ungehemmt subjektiven Anschauungen mit folkloristischen Beschneidungsmythen mischt, stark zur Verbreitung und Akzeptanz der männlichen Beschneidung in den Vereinigten Staaten bei. In diesem Buch fasste er die gängigsten englischen Beschneidungsmythen zusammen, unter anderem die der Vorhaut als evolutionäres Überbleibsel der Evolution, die parasitengleich an der Gesundheit des männlichen Körpers zehrt und unzählige Beschwerden vielerlei Art verursacht. Asthma, Alkoholismus, Epilepsie, Tuberkulose, Gicht, Lepra, Nierenerkrankungen, Hernien, Alpträume und Bettnässen - hinter allem war die Verderben bringende Vorhaut zu suchen. Weitere bekannte US-amerikanische

⁸² Kellogg 2007: 173.

⁸³ Chapman 1882: 317. Hatte die Praxis bewiesen, dass Zirkumzision keineswegs Kinder am masturbieren hinderte, war es nicht weiter verwunderlich, dass sich der Nutzen der Beschneidung in der allgemeinen Anschauung weg von einem Heilmittel und hin zu einem Präventivmittel verschob.

Befürworter der männlichen Beschneidung waren John Harvey Kellogg (1852–1943)⁸⁴ und Lewis A. Sayre (1820–1900)⁸⁵, der mit seinem unermüdlichen Eintreten für Zirkumzision als Allheilmittel bei Paralyse, Epilepsie und Masturbation und als Präventivmaßnahme zur steigenden Popularität dieser Maßnahme in den Vereinigten Staaten maßgeblich beitrug.⁸⁶

Ende des 19. Jahrhunderts hatte sich die Umwandlung der männlichen Beschneidung von einem religiösen Ritual einer kleinen Gruppe zu einer allgemein anerkannten medizinischen Präventivmaßnahme in den Vereinigten Staaten vollzogen. Mit eine Rolle hatten dabei auch ökonomische Überlegungen verbunden mit einem neuen Konzept von ‘Schmutz’ gespielt. Anschauungen über Schmutz haben ernsthafte politische Implikationen, führt man sich zum Beispiel nur die heutige Problematik mit toxischen Chemikalien, radioaktiven Rückständen und anderen umweltgefährdenden Substanzen vor Auge. Je breiter die Definition von ‘Schmutz’ ist, desto höher die Kosten zur Beseitigung. Von Seiten eines Staates ist es volkswirtschaftlich gesehen billiger, auf den Einzelnen abzielende Hygienevorschriften zu forcieren, als öffentliche Sanierungsmaßnahmen durchzuführen.⁸⁷

⁸⁴ Als eifriger Verfechter der Beschneidung warb Dr. John Harvey Kellogg in seinen populären Schriften nicht nur für eine bestimmte Ernährungsweise, sondern auch für die frühzeitige Beschneidung von Kindern beiderlei Geschlechts ohne Narkose (Kellogg 2007: 173).

⁸⁵ Sayre war einer der führenden orthopädischen Chirurgen des 19. Jahrhunderts. Berühmt wurde er durch die Entwicklung von Begradigungsapparaten für Wirbelsäulen und die von ihm durchgeführten Hüftoperationen.

⁸⁶ Der Prozentsatz von US-amerikanischen beschnittenen Männern stieg laut Schlup und Ryan von 0.001 im Jahre 1860 auf 10 Prozent im Jahre 1887, auf 15 Prozent im Jahre 1895 und auf 25 Prozent im Jahre 1900 an (Schlup und Ryan 2003: 90).

⁸⁷ Diese Verlagerung von der Verantwortung von dem Staat auf den Einzelnen zeigte sich in der wachsenden Betonung der Gesundenuntersuchungen. Sie wurden in den 90iger Jahren des 19. Jahrhunderts an US-amerikanischen Schulen eingeführt, gleichzeitig wurde die wichtige Rolle der Mütter hinsichtlich der Gesundheit ihrer Kinder immer stärker betont.

Ein weiterer Vorteil ist, dass moderne sanitäre Maßnahmen sogar Leute in einer unhygienischen Umgebung bis zu einem gewissen Grad zu schützen vermögen. In *“How to avoid infection“* bewarb Charles V. Chapin (1856–1941),⁸⁸ Gesundheits-beauftragter von Providence, Rhode Island, die Einfachheit und Kostengünstigkeit der neuen Linie der öffentlichen Gesundheitsfürsorge damit, dass die Bereitstellung von sauberem Wasser Millionen kosten würde, Händewaschen vor dem Essen und nach der Toilette aber nichts.⁸⁹

Eine weitere Verankerung in der US-amerikanischen Bevölkerung erfuhr die neonatale Beschneidung durch die 1932 durch Abraham Wolbarst aufgekommene Theorie, dass Zirkumzision präventiv gegen Krebs wirksam sei.⁹⁰ Diese Klassifizierung als Präventivmaßnahme gegen Krebs wurde in den darauf folgenden Jahrzehnten zum wichtigsten Argument für präventivmedizinischer Beschneidungen und löste die alte Argumentation von Beschneidung als Präventivmaßnahme gegen Syphilis ab.

2.4.2. Zirkumzision und der 'Summer of Love': Die aufkeimende Kritik

Gegen Ende der 60iger Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts begann im Zuge der sexuellen Revolution, welche Pille und Hippie-Generation ausgelöst hatten, ein Hinterfragen der bis dahin vorherrschenden Meinungen zur Sexualität. Schon bald formierten sich auch erste Gegenbewegungen zur Zirkumzision in den Vereinigten Staaten.

⁸⁸ Charles V. Chapin war einer der Pioniere des öffentlichen Gesundheitswesens der Vereinigten Staaten. Seine Schriften über Hygiene und Infektionsvermeidung, die immer wieder die Eigenverantwortung des Individuums betonten, beeinflussten die Ausprägung des US-amerikanischen Gesundheitssystems wesentlich.

⁸⁹ Chapin 1917: 64.

⁹⁰ Abraham L. Wolbarst war ein Mitglied der *American Society of Sanitary and Moral Prophylaxis*. Eine seiner Studien zeigte, dass bei jüdischen und muslimischen Männern das Peniskarzinom seltener als bei christlichen Männern vorkommt, was er auf die karzinogene Eigenschaft von Smegma zurückführte. Dabei ist zu beachten, dass (wie so oft in der Geschichte der Zirkumzision) auch bei dieser Interpretation seiner Untersuchungsergebnisse als einzige Variabel die Religion einbezogen wurde, und auf unterschiedliche sozioökonomische Standards und gesundheitliches Verhalten bei der Interpretation der Ergebnisse keine Rücksicht genommen wurde (Wolbarst 1932).

In den 70er und 80er Jahren wurden Antizirkumzisionsbewegungen wie NOCIRC⁹¹ und INTACT gegründet und begannen mit ihrer Arbeit an die Öffentlichkeit zu treten und ihre Bedenken gegen die Beschneidung publik zu machen. In den kommenden Jahrzehnten wurden die Stimmen der Beschneidungsgegner immer lauter und ein langsam einsetzendes gesellschaftliches Umdenken begann.⁹² Im Mittelpunkt der Kritik der Antizirkumzisionsbewegungen stand (und steht auch heute noch) vor allem die ethische Seite der neonatalen Beschneidungen,⁹³ allerdings verstärkt sich in letzter Zeit auch die Kritik am finanziellen Aspekt immer mehr.⁹⁴ Verwiesen wurde dabei auf das nicht therapeutische Motiv präventivmedizinisch erfolgter Beschneidungen und die mangelnde Konsensfähigkeit der Neugeborenen, was den Eingriff gemäß Internationaler Menschenrechte zu einer Menschenrechtsverletzung werden lässt:

⁹¹ NOCIRC (*National Organisation of Circumcision Information Resource Centers*) wurde im Jahre 1985 von der Krankenschwester Marilyn Milos gegründet, nachdem sie gekündigt worden war, da sie während der Ausübung ihrer Berufstätigkeit Eltern von der Beschneidung ihrer neugeborenen Söhne abriet.

⁹² Zum Beispiel begannen US-amerikanische Reformjuden die Beschneidung durch eine Acht-Tagefeier (*b'rih ha-schalom*, was man mit 'den Säugling in Frieden lassen' übersetzen kann) zu ersetzen.

⁹³ Wenn man Beiträgen US-amerikanischer Eltern in Foren zur Beschneidungsthematik glauben darf, erscheint in diesem Kontext die Herangehensweise mancher US-amerikanischer Krankenhäuser, neonatale Beschneidung auch ohne spezielle parentalen Einwilligung vorzunehmen, problematisch (Mothering 2010: URL).

⁹⁴ Im Gegensatz zu anderen medizinischen Abfällen im Krankenhaus, landen die amerikanischen Vorhüte nicht auf dem Müll. In ihnen enthaltene Stammzellen (undifferenzierte Zellen, die sich noch nicht auf eine Funktion spezialisiert haben) sind auf dem internationalen Markt stark gefragt. Verwendungsmöglichkeiten dieser Vorhautbestandteile gibt es Zahlreiche. In der Kosmetikindustrie werden sie aufgrund ihrer Kollagenproduktion für Gesichtscremen (wie zum Beispiel SkinMedica-produkte), Kollagenspritzen (ein Beispiel dafür wäre das SkinMedica TNS ESSENTIAL SERUM) und Anti-Agingcreme (die Wachstumsfaktoren enthalten) verwendet und ersetzen beim kosmetischen Testen die Tierversuche der Kosmetikindustrie. Im medizinischen Bereich werden die Stammzellen gezüchtet, um Haut für Verbrennungsoffer zu liefern und offene Wunden aller Art als 'lebender Hautersatz' abzudecken (als Beispiel wären Apligraf und TransCyte zu nennen, die menschliche Hautzellen und Kuhkollagen enthalten). Aufgetragen auf offene Wunden, schützt es sowohl das darunter liegende Gewebe wie es auch das Wachstum der eigenen Haut anregt.

“The 8-day-old boy at a bris milah⁹⁵, the American boys in the first hours of life, the young children of Muslim parents, of African, Australian, South Pacific boys at puberty, Samoan boys in New Zealand frogmarched between male relatives: their legs pinioned, arms restrained, their views never sought and their cries never heeded, their foreskin is ripped from their glans, and then clamped, and sliced off with scalpel or razor blade, or trimmed away with scissors or shredded with sharpened fingernails: and all this usually without any anaesthesia. In light of the facts of the matter, it is difficult to accept the line that “nobody, finally, is forcing anybody to be circumcised.”⁹⁶

Christopher Price

Die Vereinigten Staaten sind momentan das einzige Land auf der Welt, das den Großteil ihrer männlichen Kinder aus nicht-religiösen Gründen beschneiden lässt und das einzige englischsprachige Land, in dem männliche Beschneidung von der Mehrheit der Bevölkerung als wichtige gesundheitliche Präventivmaßnahme angesehen und praktiziert wird.⁹⁷ Wissen beziehungsweise ausreichende Informationen über die bei einer Beschneidung möglicherweise eintretenden Schäden und Komplikationen sollten ein wichtiges Kriterium beim elterlichen Abwägen dieses Eingriffs sein. Wie schmerzhaft und traumatisierend neonatale Beschneidung sein kann, zeigt eine Untersuchung aus dem Jahre 1994 von Ryan und Finer.⁹⁸ Taddio et al. berichten von sechs Monaten alten Säuglingen mit veränderter Schmerzverarbeitung und Schmerzreaktion als Anzeichen für bleibende

⁹⁵ Unter *bris milah* versteht man die jüdische Beschneidungszeremonie, die am achten Tag nach der Geburt durchgeführt wird.

⁹⁶ Diese Erwiderung von Christopher Price bezieht sich auf die Aussage *“nobody, finally, is forcing anybody to be circumcised“*, die der Rabbi Dr. Daniel Sinclair während einer Newsnight von BBC 2 im Rahmen der Sendung machte (Price 1999: 433).

⁹⁷ Großbritannien beendete in den 50iger Jahren des 20. Jahrhunderts die Routinebeschneidung männlicher Kinder, Neuseeland folgte in den 60iger Jahren, Australien in den 80iger Jahren, und Kanada schloss sich in den 90iger Jahren dem Trend an.

⁹⁸ Wie der Schockzustand, in den manche Neugeborene bei der Operation fallen, zeigt (Ryan und Finer 1994: 232).

neurologische Effekte und Symptome eines posttraumatischen Stress Syndroms.⁹⁹ Und will man Lander et al. glauben, sind Anästhetika bei Beschneidungsschmerzen wirkungslos.¹⁰⁰

Laut New York Times wurden bei der Internationalen AIDS-Konferenz 2010 in Wien vom *United States Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) eine neue Zirkumzisionsstatistik vorgestellt, laut der die Beschneidungsrate in den Vereinigten Staaten von 56 Prozent im Jahre 2006 auf 32.5 Prozent im Jahre 2009 sank.¹⁰¹

Im Jahre 2007 hatte die WHO die männliche Beschneidung als *“an additional important intervention to reduce the risk of heterosexually acquired HIV infection in men”*¹⁰² bezeichnet. Ob und wie sich solche von internationalen Organisationen wie der WHO ausgesprochenen Empfehlungen auf die US-amerikanischen Beschneidungszahlen niederschlagen wird, bleibt abzuwarten.

Masturbationsphobie und ihre Folgen sind ein interessantes Phänomen. Stand am Anfang ein reißerisches Buch wie *“Onania”* und die Legitimierung durch medizinische Kapazitäten wie Tissot oder Lallemand, so hatte sich bald daraus eine Bewegung entwickelt, die Angst durch ganz Europa gehen ließ, und der lange Zeit nichts entgegengesetzt wurde - weder durch eine eingehendere Befassung mit den ihr zugrunde liegenden Annahmen noch in irgendeiner anderen Art und Weise. Bezeichnend erscheint, dass, als sich schließlich Widerstand formiert, nicht neue Erkenntnisse zum Tragen kamen, sondern einfache Beobachtung schon ausreichte, um vielen der Behauptungen das Wasser abzugraben. Keine wissenschaftlichen Entdeckungen waren nötig, sondern einfaches Hinsehen und Überprüfung der 'Tatsachen'.

Eine Erklärungsmöglichkeit ist sicherlich, die Masturbationsphobie und deren Kind die Zirkumzision, als Manifestationspunkt gesellschaftlicher Werte und Überzeugungen zu deuten. Was der Autor von *“Onania”* in Bewegung brachte, war eine sozialer

⁹⁹ Taddio et al. 1997.

¹⁰⁰ Lander et al. 1997: 2162.

¹⁰¹ New York Times 2010: URL. Diese Statistik beinhaltet nur Beschneidungen im Krankenhäusern oder Beschneidungen, die nicht von Versicherungen bezahlt wurden. Auch lag die eigentliche Absicht der Studie nicht in der Ermittlung der Anzahl der Beschneidungen, sondern in der Ermittlung der Komplikationsrate.

¹⁰² World Health Organisation 2007: URL.

Mechanismus im wahrsten Sinne des Wortes. Das eine Standbein war das Physische: Masturbation war schädlich - und mit diesem Argument lieferte jeder neue Patient ein weiteres Stückchen der Beweiskette. Das zweite Standbein war geistig: Masturbation war eine Plage, die die Gesellschaft untergrub und sie moralisch unterhöhlte. Mit dieser Klassifikation als 'Sünde' konnte die Gesellschaft sich in der Gegenposition neu formulieren. Diese Ausgrenzung war nötig, um das eigene soziale Wertesystem zu formulieren und zu bestätigen.

3. Der transatlantische medizinische Diskurs

Die am weitesten verbreitete Einstellung in den Vereinigten Staaten ist, dass Vorhaut keinen Wert hat und keine nützliche Funktion besitzt. Der Umstand, dass die meisten US-Amerikaner (und folglich auch die meisten US-amerikanischen Ärzte) von Geburt an beschnitten sind, spielt dabei sicherlich eine Rolle. Sieht man sich neuere medizinischen Untersuchungen, zeigt sich, dass die Vorhaut keineswegs ein so nutzloses Stückchen Haut ist. Glaubt man Taylor et al. entfernt die Beschneidung ungefähr die Hälfte des erogenen Gewebes des Penis.¹⁰³

3.1 Anatomie und Physiologie der Vorhaut: Der Stand der Wissenschaft

Die Vorhaut des Penis wird in äußere und innere Vorhaut unterteilt, wobei die innere aus unverhorntem Plattenepithel besteht und einem differenzierteren Aufbau unterliegt.

In dieser der Eichel zugewandten Mukosa,¹⁰⁴ liegen verschiedene Drüsen, die Talg, Pheromone und antibakterielle und antivirale Proteine produzieren. Weiters enthält sie

¹⁰³ Taylor et al. 1996: 294

¹⁰⁴ Als Mukosa (Schleimhaut) wird die Auskleidung innerer Hohlräume des Organismus bezeichnet. Sie besteht aus in der Regel unverhornten Epithelzellen, die in einer bis mehreren Schichten angeordnet sein können. Unter Epithelzellen versteht man speziell differenzierte Zellen, die Hautoberflächen nach innen, wie zum Beispiel im Mund oder Darmtrakt, oder nach außen, wie die Hautoberfläche, bilden.

Plasmazellen als Teil des Immunsystems, deren Aufgabe in der Sekretion von Bestandteilen der körpereigenen Immunabwehr wie zum Beispiel der Antikörper liegt. Ins Zentrum der Aufmerksamkeit sind zur Zeit die in ihr gehäuft vorkommenden Langerhans-Zellen gerückt,¹⁰⁵ die in ihrer Rolle als Teil der unspezifischen Immunabwehr kleinste körperfremde Eindringlinge wie die HIV-Viren einfangen. Dann präsentieren sie sie den anderen Teilen der Immunabwehr und leiten damit eine vollständige Immunabwehr ein. Das gegenwärtige Argument von Beschneidungsbefürwortern wie Szabo und Short ist, dass diese Langerhanszellen in ihrer Rolle als Teil des Immunsystems zur Eintrittspforte für den HIV-Virus werden.¹⁰⁶

Van Howe et al. oder De Witte et al. hingegen sehen in der von den Langerhanszellen produzierten Langerinschicht eine natürliche Barriere für HIV-Viren und attestieren der Vorhaut eine wichtige immunologische Funktion.¹⁰⁷

Eine wichtige Struktur der Vorhaut ist das *ridged band*. Sie ist eine spezialisierte Mukosa, die als innerer Ring am distalen Ende der Vorhaut liegt, und stark vaskularisiert und innerviert ist. Bei erschlafftem Penis zieht sie sich über der Eichel zusammen. Die Bedeutung des *ridged band* scheint in dieser Schutzfunktion und in ihrem Berührungsempfinden zu liegen, worauf das vermehrte Vorkommen von Meissner'sche Körperchen¹⁰⁸ schließen lässt. Zum ersten Mal ausführlich wurde das *ridged band* von Taylor et al. beschrieben.¹⁰⁹

Ein weiterer anatomischer Bestandteil im Bereich der Vorhaut ist das Vorhautbändchen (*Frenulum praeputii*). Es verbindet als elastisches Band die Vorhaut mit der Mukosa der Eichel und ist eine hochelegante V-förmige Struktur. Das *ridged band* bildet sich aus

¹⁰⁵ Patterson et al. 2002., Donoval et al. 2006 und Hussain und Lehner 1995.

¹⁰⁶ Szabo und Short 2000: 1594.

¹⁰⁷ Van Howe et al. 2000 und De Witte et al. 2007.

¹⁰⁸ Meissner'sche Körperchen sind Mechanorezeptoren für Berührung. Als Rezeptoren der Oberflächensensibilität sind sie an der Vermittlung des Tastsinns beteiligt. Sie sind in jedem Hautareal anzutreffen, verstärkt kommen sie vor allem in besonders sensitiven Arealen wie zum Beispiel Fingerbeeren, Handflächen, Fußsohlen, Lippen, Zunge, Gesicht und Genitalien vor.

¹⁰⁹ Taylor et al. 1996.

Faserzügen der Vorhaut, die konvergieren und in den Sulcus coronarius¹¹⁰ des Penis einstrahlen. Es wird öfters im Rahmen der Beschneidung zerstört.

Beim beschnittenen Penis ist die ventrale Oberfläche der Zirkumzisionsnarbe die berührungsempfindlichste Stelle. Glaubt man Sorells et al.¹¹¹ entfernt die Beschneidung die sensitivsten Teile des Penis, was den erhöhten Widerwillen beschnittener Männer, Kondome zu verwenden, gut erklärt könnte.¹¹²

Neben der offensichtlichen Funktion einer Schutzhülle für die empfindliche Eichel, fallen neueren Forschungsergebnissen nach zu schließen der Vorhaut weitere Aufgaben zu. Neben ihrer Drüsentätigkeit und immunologischen Funktion spielt sie auch eine Rolle bei Geschlechtsverkehr und Masturbation. Während des Geschlechtsverkehrs wird das *ridged band* abwechselnd von der Eichel und der Vaginalwand stimuliert. Die dabei entstehende mechanische Reibung erzeugt zusätzliche erogene Stimulation. Dabei gleitet der unbeschnittene Penis bei jedem Stoß in die eigene Hülle hinein und hinaus, und ermöglicht es laut Bigelow so den Vaginalsekreten an der Vorhaut angelagert zu bleiben.¹¹³ Bei Masturbation fungiert die Vorhaut wie ein 'natürliches Gleitmittel' über der Glans. Fehlt sie, muss bei Masturbation dieses natürliche Gleitmittel durch ein künstliches ersetzt werden. Bei Geschlechtsverkehr mit einer Frau wird beim beschnittenen Penis das Vaginalsekret nicht größtenteils am Ort der Sekretion belassen, sondern ausgedünnt über eine größere Fläche verteilt.¹¹⁴

3.1.1. Die Folgen der Beschneidung

“The glans dries out and through abrasion on clothing will keratinize losing even more sensitivity. The older you get the worse the effects. This makes sex more

¹¹⁰ Der Sulcus coronarius des Penis (Kranzfurche) ist die ringförmige Vertiefung hinter der Eichel, an der das innere Blatt der Vorhaut beginnt.

¹¹¹ Sorells et al. 2007.

¹¹² Taylor et al. 1996: 294.

¹¹³ Bigelow 1995: 128ff.

¹¹⁴ Ein Vorgang, bei der sich die Frage ergibt, in wie weit die daraus resultierende verminderte Feuchtigkeit das Entstehen von Fissuren und Vaginalwandrissen begünstigen könnte.

*aggressive and prolonged to the point where the woman will often become 'dry', the vagina will sustain abrasion and often become sore. My wife suffered many bouts of 'Thrush' a fungal infection over the many years of marriage. When I spent years of stretching what skin was left to the point of having enough coverage to protect and moisten the glans both myself and my wife noticed a marked difference to the functionality and gentle pleasure the foreskin can provide. As a result she has not suffered with this type of infection in the last five years.*¹¹⁵

Kevin Elks

Das Wegschneiden der Vorhaut, das zur Folge hat, dass spezialisierte Nerven, ähnlich denen der Fingerbeeren, entfernt werden und das Wegfallen der Schutzfunktion für die Eichel führen zu physiologischen Veränderungen. Der natürlichen Schutzhülle beraubt und konstant dem Kontakt mit der Außenwelt ausgesetzt, kommt es zur verstärkten Keratinisierung der Eichel.

Glaukt man den Ergebnissen verschiedener Studien, so führt die daraus resultierende Verdickung und Desensibilisierung der Eichel scheint nach einer gewissen Zeit, also eher erst bei älteren Männern, zu einer Verminderung der Sensitivität und Empfindungswahrnehmung.¹¹⁶ Kim und Pang berichteten in einer Studie über Männer, die erst nachdem sie sexuell aktiv geworden waren, beschnitten wurden, von einer Abnahme ihres sexuellen Lustempfindens.¹¹⁷ Joerg Fehige hingegen schildert in seinem Buch *“Sexualphilosophie: Eine einführende Annäherung“* eine Studie, bei der erst im Erwachsenenalter beschnittene Männer keinerlei Veränderung bei sexuellem Verlangen, Ejakulation oder Erektion feststellten. Die einzige Veränderung wurde bei Masturbation festgestellt: 48 Prozent der neu Beschnittenen gaben verminderten Genuss bei Selbstbefriedigung an, 8 Prozent berichteten von einer Zunahme des Lustempfindens und 63 Prozent klagten über erhöhten Schwierigkeiten beim Masturbieren.¹¹⁸

¹¹⁵ Elks 2011: URL.

¹¹⁶ O'Hara und O'Hara 1999, Hammond 1999, Rhinehart 1999, Goldman 1997 und Taylor et al. 1996.

¹¹⁷ Kim und Pang 2007.

¹¹⁸ Fehige 2007: 136.

Langzeitstudien wie die von Rhinehart oder Hammond, die sich vor allem mit den psychischen Auswirkungen von männlicher Beschneidung beschäftigen, kamen zu dem Ergebnis, dass das Bewusstwerden der Ursache ihrer Desensibilisierungs- und Potenzschwierigkeiten schwere Depressionen bei den Betroffenen auslösen kann.¹¹⁹

Sieht man sich die Auswirkungen männlicher Beschneidungen an, soll man auch die unmittelbaren Komplikationen des chirurgischen Eingriffs selbst nicht außer Acht lassen. Blutungen, Lokalinfektionen, sekundäre Phimose durch Sklerosierung nicht vollständig entfernter Vorhaut, Entfernung von zu viel Haut, Verletzungen von Eichel und Penisstamm sind nur einige der möglichen Komplikationen des Eingriffs. Momentan werden die Komplikationsraten neonataler Beschneidungen in den Vereinigten Staaten zwischen 3.1 Prozent¹²⁰ und 9 Prozent¹²¹ angesiedelt.

Ein Thema, das in Zusammenhang mit männlicher Beschneidung immer wieder auftaucht, ist das Zervixkarzinom. Lange Zeit wurde den weiblichen Geschlechtspartnern unbeschnittener Männern ein höheres Risiko, an Zervixkarzinom zu erkranken, attestiert. Neuere Studien haben jedoch gezeigt, dass die Korrelation keineswegs so linear und eindeutig ist wie angenommen wurde. Sieht man sich die Studie von Gajalakshmi und Shanta an, scheint das Erkrankungsrisiko stärker mit den sozioökonomischen Lebensumständen und der Bildungsschicht der jeweiligen Frauen als mit der Beschnittenheit oder Unbeschnittenheit ihrer Partner zusammenzuhängen.¹²²

¹¹⁹ Rhinehart 1999, Hammond 1999.

¹²⁰ O'Brien et al. 1995: 414.

¹²¹ Sutherland et al. 1967: 533.

¹²² Gajalakshmi und Shanta zeigten in ihrer in Madras, Indien durchgeführten Studie, in deren Rahmen sie die Zervixkarzinomrate gebildeter Frauen höherer Kasten mit der von Muslimfrauen aus einer niedrigeren Bildungsschicht verglichen, dass sich Wohlstand und hygienisches Verhalten umgekehrt proportional zur Inzidenz des Zervixkarzinoms verhalten zu scheinen (Gajalakshmi und Shanta 1993).

3.2. Der 'Culture Clash' im medizinischen Diskurs

*“The multiple benefits of newborn circumcision are additive over a lifetime and include prevention of cancer of the penis, of balanoposthitis, and protection against the effects of phimosis and poor hygiene as well as prevention of UTI and STD, particularly of HIV. Protection against this disease ... provides a strong argument in favour of instituting universal newborn circumcision in Europe. With AIDS spreading rapidly in developed Western countries ... implementation of universal circumcision beginning with Europe is prudent and timely.”*¹²³

Edgar J. Schoen

Die medizinische Literatur selbst, vordergründig die Illusion von Integrität und wissenschaftlicher Neutralität gebend, zeigt bei näherem Hinschauen, wie schwer sich unser Medizinsystem mit der Einhaltung der nötigen Objektivität tun kann.

Ein Artikel des US-amerikanischen Beschneidungsbefürworters Edgar J. Schoen aus dem Jahre 1997 mit dem provokanten Titel *“Benefits of newborn circumcision: is Europe ignoring medical evidence?”*,¹²⁴ und versehen mit einem sarkastischen Kommentar der Britin Rowena Hitchcock, zeigt gut die emotional geführte Debatte in wissenschaftlichen Fachkreisen und diese Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit.

Schaut man sich die im Artikel dargestellten Vorteile der Beschneidung an, fällt das Ignorieren der Seltenheit des Peniskarzinoms in europäischen Staaten, das Nichterwähnen alternativer Therapiemöglichkeiten zur Beschneidung und vor allem das Beharren auf der medizinischen Notwendigkeit von Zirkumzision auf. Eine Vorgehensweise, die unter anderem die Britin Rowena Hitchcock zu folgender, dem Schoen-Artikel beigelegter Anmerkung veranlasste:

“The above paper by Schoen reflects the influence of culture and habit on the interpretation of medical practice. The practice of neonatal circumcision, so rare in Europe and ubiquitous in the USA, has been discussed. ... This supports the

¹²³ Schoen 1997: 260.

¹²⁴ Schoen 1997.

*conclusion that neonatal circumcision is a social ritual with a grain of medical origin.*¹²⁵

Edgar J. Schoen zählt in seinem Artikel mehrere Krankheiten auf, bei denen er männliche Beschneidung als wichtige präventivmedizinische Maßnahme sieht. Im Folgenden gehe ich auf die von ihm angeführten Krankheiten ein und vergleiche seine Risikobeurteilung der einzelnen Krankheiten mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet. Dabei werde ich die medizinischen Differenzen bei Beschneidungsbefürwortern und Beschneidungsgegnern darstellen.¹²⁶

Die erste Erkrankung, die Edgar J. Schoen in seinem Artikel anführt, ist die Balanoposthitis, eine Entzündung von Vorhaut und Eichel. Laut Mark Leber betrifft sie zirka 3 Prozent der Knaben und kommt bei Männern häufiger vor als bei Knaben.¹²⁷ Wichtigster Risikofaktor ist Diabetes mellitus.¹²⁸

Ätiologisch scheint die Infektion mit *Candida albicans*¹²⁹ die häufigste Ursache einer Balanoposthitis zu sein. Auch mangelhafte genitale Hygiene, Irritationen der Eichel, Immunsuppressiva und eine längerfristige Einnahme von Antibiotika können zu Balanoposthitis führen. Bei wiederholten Rezidiven kann es zur Entstehung einer Phimose kommen. Ausgehend von zwei Studien über die mangelhafte Hygiene von britischen und dänischen Schulkindern, kommt Schoen zu dem Schluss, dass es sicherer und einfacher ist, neonatal zu beschneiden, als bei Kindern für eine adäquate Körperpflege zu sorgen.¹³⁰ Mit derselben Argumentation könnte man sich auch vorsorglich die Zähne reißen lassen, um Karies - ebenfalls ein Problem, das auf mangelhafter Hygiene beruht - zu verhindern. Die

¹²⁵ Schoen 1997: 260.

¹²⁶ Was meist mit ihrer eigenen Beschnittenheit oder Unbeschnittenheit zusammenfällt.

¹²⁷ Leber 2008: URL.

¹²⁸ Umgangssprachlich auch Zuckerkrankheit genannt, ist sie eine chronische Erhöhung des Blutzuckers und eine der wichtigsten Stoffwechselerkrankungen der Industrieländer. Sie kann der Ausgangspunkt für schwere Begleit- und Folgeerkrankungen sein. In Großbritannien leiden momentan 2.9 Millionen Menschen beziehungsweise 4.5 Prozent der Bevölkerung darunter (Diabetes UK 2011: URL).

¹²⁹ *Candida albicans* ist ein zu den Hefepilzen gehörender Pilz und kann bei Menschen mit geschwächtem Immunsystem als Krankheitserreger fungieren.

¹³⁰ Schoen 1997: 258.

Britin Rowena Hitchcock klassifiziert im Gegensatz zu Edgar J. Schoen die Vorhautentzündung als eine *“minor local infection“*,¹³¹ und sieht neben der Beseitigung zugrunde liegender Ursachen rein konservative Maßnahmen im Normalfall als völlig ausreichend an.

Die zweite Erkrankung, die laut Schoen durch eine Vorhaut begünstigt wird, sind die Harnwegsinfektionen. Laut Coulthard et al. sind Harnwegsinfektionen die häufigsten bakteriellen Infektionen in der Kindheit und betreffen zirka 10 Prozent aller Kinder bis ins Teenageralter.¹³² Sie gelten als wichtige Marker für das Vorliegen von abnorm ausgebildeten Harnwegen, da fast 40 Prozent der Kinder mit Harnwegsinfektionen radiologische Besonderheiten zeigen.¹³³ Die Gefährlichkeit von Harnwegsinfektionen liegt ihren Rezidiven, die über eine Pyelonephritis zu irreversibler Nierenschädigung führen können. Risikofaktoren für Harnwegsinfekte sind Verstopfung, familiäre Disposition, hoher Blutdruck, Missbildungen der Nieren und des Harntrakts, vesikorenaler Reflux und Phimose. Schoen schreibt in seinem Artikel, dass Harnwegsinfekte in den ersten Lebensmonaten besonders gefährlich und letal sind. Dabei bezieht er sich auf eine Studie von Wiswell und Geschke aus dem Jahre 1989 mit dem Titel *“Risks From Circumcision during the First Months of Life Compared With Those for Uncircumcised Boys“*. In ihrer Studie untersuchten sie 136.086 männliche Neugeborenen, 100.157 davon beschnitten. Von den beschnittenen Neugeborenen hatten 193 Knaben (0.19 Prozent) Komplikationen, diese inkludierten 62 Lokalinfektionen, 8 Fälle von Bakteriämie, 83 Hämorrhagien, 25 chirurgische Traumen und 20 Harnwegsinfektion. Verglichen dazu hatten die 35.929 unbeschnittenen Neugeborenen 88 Fälle von Harnwegsinfektion (0.24 Prozent), wobei 32 eine begleitende Bakteriämie hatten, 2 eine Meningitis bekamen und 2 verstarben.¹³⁴ Schoen gestaltet die von Wiswell und Geschke zitierten Zahlen um: Bei ihm sind es nicht 0.24 Prozent aller unbeschnittenen Kinder, die eine Bakteriämie haben, sondern 36 Prozent aller an Harnwegsinfekten erkrankten Kinder, und nicht 2 Kinder sterben, sondern 2

¹³¹ Schoen 1997: 260.

¹³² Coulthard et al. 2001: 348.

¹³³ Benador et al. 1997: 18.

¹³⁴ Wiswell und Geschke 1989: 1015.

Prozent.¹³⁵ Laut Schoen kommt es bei den meisten in den ersten Lebensmonaten an Harnwegsinfektionen erkrankten männlichen Säuglingen zur Schädigung von Nierengewebe und bei 10 bis 15 Prozent im Anschluss daran zu Narbenbildungen, was im weiteren Verlauf zu Bluthochdruck führen kann. Das sind Zahlen, die entweder schon in Richtung kriminelle Irreführung des Patienten (oder der Eltern des unmündigen Patienten) gehen, oder die Deutung zulassen, dass bestimmte Krankheitsverläufe eine Eigenart des US-amerikanischen Volkes sind. Rowena Hitchcok meint dazu, dass dieser von Schoen beschriebene schwere Krankheitsverlauf bei Säuglingen ohne assoziierte Harnwegs- oder Nierenmissbildungen in Großbritannien kaum vorkommt, und sieht in ihm einen möglichen Hinweis auf wiederholtes forciertes Zurückziehen der Vorhaut bei Säuglingen.¹³⁶ Eine Indikation für eine Zirkumzision sieht sie vor allem bei Kindern mit Missbildungen von Nieren und Harnwegen.

Harnwegsinfektionen gehören zu den Krankheiten mit geschlechterspezifischen Prävalenzen. Die Studie von Aydogdu und Radmayr zeigt, dass im ersten Lebensjahr (und da hauptsächlich in den ersten drei Monaten) Harnwegsinfektionen öfters bei Knaben (3.7 Prozent) als bei Mädchen (2 Prozent) vorkommen, danach aber die Inzidenz bei Mädchen höher (3 Prozent) ist als bei Knaben (1 Prozent).¹³⁷ Laut Neilson und O'Toole haben 11 Prozent der Mädchen und 3 Prozent der Knaben mindestens eine Harnwegsinfektion vor Erreichen des 16. Lebensjahrs gehabt.¹³⁸ Warum Schoen bei den Harnwegsinfektionen Mädchen als die häufiger betroffene Gruppe mit keinem Wort erwähnt und warum Harnwegsinfektionen vom medizinischen Standpunkt aus bei Frauen nicht als gefährlichere Erkrankung gelten, wird in seinem Artikel nicht erklärt.

Als weiteres, durch Beschneidung vermeidbares Krankheitsbild erwähnt Schoen die Phimose, eine Verengung der Vorhaut, die zu Entzündungen von Eichel und Vorhaut und zu Harnwegsinfektionen führen kann. Er unterscheidet zwischen einer der Eichel anhaftenden Vorhaut und einer echten Phimose, die zwischen 0.3 und 0.9 Prozent der

¹³⁵ Schoen 1997: 258.

¹³⁶ Schoen 1997: 260.

¹³⁷ Aydogdu und Radmayr 2010: 22.

¹³⁸ Neilson und O'Toole 2010: 9.

unbeschnittenen Knaben betrifft. Schoen betont die Vorteile einer möglichst frühzeitigen Beschneidung bei echter Phimose, da mit steigendem Lebensalter die Wahrscheinlichkeit von Komplikationen steigt und infolgedessen sich die Kosten durch wiederholte Arztbesuche summieren. Andere (schonendere) Therapieformen wie zum Beispiel die Applikation topischer Steroide, der Einsatz von Kohlendioxid-Laser oder die Möglichkeiten der plastischen Chirurgie werden von Schoen nicht erwähnt. In ihrem Kommentar weist Hitchcock deshalb auf die Vorteile der Präputiumplastik, die im Gegensatz zu der Zirkumzision sowohl die Vorhaut erhält, als auch eine niedrigere Morbidität aufweist.¹³⁹ Sie betont auch in diesem Zusammenhang, wie selten es ist, dass eine physiologische Phimose nicht von selbst verschwindet. Glaubt man der Studie aus Liverpool von Shankar und Rickwood,¹⁴⁰ lösen sich bei 99,4 Prozent aller Knaben bis zu ihrem 15. Geburtstag die Adhäsionen auf. Weiters sind sie der Meinung, dass die acht mal höheren Beschneidungszahl in Großbritannien nur den Schluss zulässt, dass häufig fälschlicherweise eine pathologische Phimose diagnostiziert wird.

Das von Schoen zitierte Peniskarzinom liegt bei den im Genitalbereich auftretenden Karzinomen bei 2 Prozent aller Fälle vor, macht insgesamt weniger als 1 Prozent aller Krebserkrankungen bei Männern aus,¹⁴¹ und tritt hauptsächlich bei Männern zwischen 75 und 84 Jahren auf.¹⁴² Sieht man sich die Häufigkeit an, so stützt sich Schoen auf Studienergebnisse von Kochen und McCurdy,¹⁴³ die die Inzidenz bei Männern in den Vereinigten Staaten zwischen 1969 und 1971 mit 1 zu 100.000 angaben. Zu vergleichbaren Zahlen kommt auch Hitchcock, allerdings bezieht sie sich dabei auf Finnland und seine vorwiegend unbeschnittene männliche Bevölkerung. Schoen gibt in seinem Artikel die Wahrscheinlichkeit im Laufe ihres Lebens an penilem Karzinom zu erkranken bei unbeschnittenen Männern mit 1 zu 600 an. Daraus leitet er die Notwendigkeit einer möglichst frühen Beschneidung ab, um dadurch die Risikofaktoren Smegma und HPV-Viren zu vermeiden. Was Schoen dabei übersieht, sind die vielen Studien, die einen

¹³⁹ Schoen 1997: 260.

¹⁴⁰ Shankar und Rickwood 1999: 101f.

¹⁴¹ In der deutschen Krebsstatistik aus dem Jahre 2005/2006 wurde das Peniskarzinom wegen seiner Rarität nicht aufgenommen (Krebs in Deutschland 2010).

¹⁴² Rando et al. 2009: URL.

¹⁴³ Kochen und McCurdy 1980: 484.

direkten Zusammenhang zwischen einer Phimose und dem Peniskarzinom herstellen. Laut Daling et al. ist Zirkumzision deshalb wirksam, weil sie eine Phimose verhindert.¹⁴⁴ In der Studie von Mark Maiche wurde bei 44 Prozent der Patienten mit penilem Karzinom eine Phimose festgestellt.¹⁴⁵ Eine Reihe weiterer Studien kommt zu ähnlichen Zahlen, wie zum Beispiel die Studie von Pec et al., die auf 42 Prozent kommt.¹⁴⁶ Daher stehe ich auf dem Standpunkt, dass letztendlich Beschneidung Peniskrebs zwar verhindert, Phimose jedoch durchaus auch anders behandelt werden kann. Zu nennen wäre in diesem Zusammenhang die Präputiumsplastik, bei der eine vollständige Erhaltung der Vorhaut erreicht wird, und die ebenso imstande ist das Peniskarzinomrisiko zu senken.

Als letzte Krankheitsgruppe nimmt Schoen die sexuell übertragbaren Krankheiten her, um den präventivmedizinischen Nutzen der Zirkumzision darzustellen. Dabei beruft er sich auf das klassische Werk *“History of Circumcision“* von Remondino aus dem Jahre 1891, der darin den protektiven Effekt der männlichen Beschneidung gegen Syphilis und genitalem Herpes beschrieb. Schoen erklärt sich diesen Schutz der Beschneidung gegen sexuell übertragbare Krankheiten damit, dass das warme und feuchte Milieu unter der Vorhaut das Wachstum von Mikroorganismen begünstigt.

“Particularly in the face of an expanding worldwide AIDS epidemic, these benefits are a powerful argument in favour of encouraging universal newborn circumcision. ... Morbidity and costs of circumcision are much lower for newborns than they are for older patients. ... about 70 million circumcised US males currently attest to the lack of effect of circumcision on either emotional health or sexual performance, and no objective studies indicate otherwise..”¹⁴⁷

Der Artikel von Schoen gipfelt in den Satz *“As a matter of fact, evidence indicates that women in Middle America have a sexual preference for circumcised men“* und in einen Appell an Europa, medizinische Evidenz nicht zu ignorieren. Wissenschaftlich fragwürdig erscheint dabei seine Übertragung von afrikanischen Untersuchungsergebnissen auf den

¹⁴⁴ Daling et al. 2005: URL.

¹⁴⁵ Maiche 1992: 155.

¹⁴⁶ Pec et al. 1992: 1998.

¹⁴⁷ Schoen 1997: 259.

europäischen Raum. Obwohl eine Reihe von Studien eine Verbindung zwischen der Vorhaut und der HIV Infektion nahe legen, ist die Übersimplifizierung seiner Aussage zugleich unwissenschaftlich und irreführend. Metaanalysen haben genügend zweideutige und entgegensätzliche Resultate gezeigt, um die Validität seiner Aussagen in Zweifel zu ziehen.

Amerikanische Ärzte mögen nach wie vor neonatale männliche Beschneidung als nichtrituelle, sondern medizinische Präventivmaßnahme rationalisieren. Im privaten Gespräch kommen nur allzu oft wieder die altbekannten, nichtmedizinischen Motive zum Vorschein:

“For what it is worth, I would have my newborn son circumcised. For me, it’s still the american thing to do.”¹⁴⁸

Dr. Jerry Byrum

4. Empirische Untersuchung

4.1 Zielsetzung, Methode und Aufbau der Studie

Das Ziel der Untersuchung war es, die Einstellung gegenüber männlicher Beschneidung bei europäischen und US-amerikanischen Männern mit medizinischem Hintergrund im nicht-religiösen Kontext zu analysieren. Existierende Untersuchungen befassen sich vorwiegend mit den religiösen Aspekten und Motivationen, Forschungen darüber im nicht-religiösen Kontext sind spärlich. Gerade wegen der Brisanz der aktuellen HIV-Politik großer internationaler Organisationen ist momentan erhöhter Bedarf für eine ernsthafte Auseinandersetzung mit der Frage gegeben, in wieweit männliche Beschneidung von Neugeborenen ein kulturelles Artefakt mit einer Unze medizinischen Ursprungs ist und wie viele tatsächliche medizinische Vorteile der Eingriff mit sich bringt.

¹⁴⁸ Dr. Jerry Byrum zitiert nach Price 1999: 430.

Basierend auf diesen Überlegungen wurde eine Untersuchung entworfen, bei der beschnittene Männer aus dem US-amerikanischen Raum und unbeschnittene Männer aus Europa über ihre Anschauungen zur Beschneidung befragt wurden.

4.1.1. Forschungsdesign

Die empirische Erhebung drehte sich um drei zentrale Bereiche. Den ersten Schwerpunkt bildeten die Assoziationen bei beschnittenen und unbeschnittenen männlichen Genitalien in Bezug auf sexuelles Verhalten, die medizinische und hygienische Vor- und Nachteile von Beschnittenheit und Unbeschnittenheit und die jeweiligen damit verbundenen Körperkonzepte.

Der zweite Schwerpunkt der Befragung beschäftigte sich mit dem konkreten medizinischen Wissen über männliche Beschneidung bei Männern mit medizinischer Vorbildung.

Im dritten wurden die Barrieren und Vorurteile zwischen beschnittenen und unbeschnittenen Männern herausgearbeitet.

4.1.2. Gruppenzusammensetzung

Die Studienteilnehmer waren in zwei Gruppen unterteilt. Die Teilnehmer wurden aus dem erweiterten Bekanntenkreis rekrutiert.¹⁴⁹ Gruppe A bestand aus acht österreichischen und zwei deutschen Männern, Gruppe B bestand aus vier US-amerikanischen Männern und einem Kanadier mit US-amerikanischen Wurzeln. In Gruppe A war jeder Mann unbeschnitten, Gruppe B setzte sich vollständig aus beschnittenen Männern zusammen. Alle Beteiligten konnten auf eine medizinische Ausbildung in ihrer Vergangenheit verweisen (zwölf der Gruppenmitglieder waren Ärzte oder Medizinstudenten, zwei waren

¹⁴⁹ Bei der Auswahl der Teilnehmer wurde darauf geachtet, dass keine freundschaftlichen Beziehungen zu den Studienteilnehmern bestanden. Diese gleiche Ausgangsposition der Befragten in ihrem Verhältnis zu mir erschien mir sowohl wesentlich für eine möglichst objektive Auswertung ihrer Aussagen, als auch für die Schaffung einer möglichst gleichartigen Befragungssituation.

Krankenpfleger und ein Teilnehmer hatte eine Ausbildung als Röntgenassistent). Eine weitere Gemeinsamkeit war die soziale Herkunft. Alle Teilnehmer entstammten der Mittelschicht eines Industrielandes, und keiner brachte einen Migrationshintergrund aus einer anderen Kultur mit. Gesamtgesellschaftlich betrachtet vertraten die Teilnehmer eine sehr schmale Bevölkerungsschicht (Leute mit medizinischer Vorbildung), da für meine Fragestellungen und für meinen Forschungsschwerpunkt eine gewisse medizinische Schulung (in der Annahme, dass eine medizinische Schulung auch eine gewisse Beurteilungsfähigkeit medizinischer Aussagen mit sich bringt) nötig war. Das Alter der Teilnehmer lag zum Zeitpunkt der Befragung zwischen einundzwanzig und achtunddreißig Jahren.

4.1.3. Methoden

Es wurden rein qualitative Methoden zur Datenerfassung verwendet. Alle Männer gaben unter der Voraussetzung von Anonymität ihre Zustimmung zur Teilnahme und verstanden die Notwendigkeit offener und freimütiger Mitarbeit. Für die Erfassung qualitativer Daten wurden semistrukturierte Interviews verwendet, da dies hinsichtlich der Durchführung eine recht einfache und kostengünstige zugleich jedoch auch zeitintensive Methode zur Erhebung von Evaluationsdaten darstellt. Ein mir wichtiger Vorteil dieser Methode war, offene Fragen und sich neu im Gespräch ergebende Thematiken sofort durch Nachfragen abklären zu können.

Um Suggestivfragen zu vermeiden wurde ein Interviewleitfaden verwendet und die inhaltsanalytischen Auswertungskategorien schon vor der Durchführung der Interviews weitgehend festgelegt. Der Interviewleitfaden diente auch als Kontrollmöglichkeit, um bei einem allzu weiten Abschweifen wieder zum Thema zurückzufinden (absichtliches Abschweifen und Ablenken wurde im Rahmen der Interviews als Antwort gedeutet und dementsprechend interpretiert). Weiters wurde er dazu verwendet Schlüsselfragen nicht unbeantwortet zu lassen und es den Befragten zu ermöglichen, eigene als relevant erscheinende Themen in die Befragung mit einzubringen. Erst gegen Ende des Interviews wurden gezielt Fragen gestellt, um noch fehlende Bereiche abzuhandeln.

4.1.4. Qualitative Datenerfassung

Ein Interviewleitfaden wurde zuerst in deutscher Sprache angelegt und später für die englischsprachigen Teilnehmer ins Englische übersetzt. Zwei Testinterviews mit Nichtgruppenteilnehmern wurden durchgeführt, um sich einen Überblick über Reaktionen zu spezifischen Fragestellungen zu verschaffen, sowie eine sinnvolle chronologische Reihung der verschiedenen Themenbereiche der Befragung herauszufinden. Der Interviewleitfaden beinhaltete Fragen über die Männlichkeitskonzepte der Teilnehmer, ihre Definitionen eines erfüllten und zufrieden stellenden Sexuallebens, Kondomgebrauch, allgemeine hygienische und gesundheitliche Vorstellungen und persönliche Hygiene im Genitalbereich. Die Interviews wurden geführt bis keine neuen Informationen mehr vorgebracht wurden. Die Befragung der europäischen Teilnehmer erfolgte durch persönliche Interviews, die der nordamerikanischen Teilnehmer via Skype. Die Dauer der Interviews variierte zwischen dreißig und fünfundvierzig Minuten.

4.1.5. Datenanalyse

Die Auswertung der erfassten Daten erfolgte per Hand, es wurde kein Computerprogramm verwendet. Codes wurden erstellt und die Antworten der Interviews kodiert. Danach wurde eine Analyse durchgeführt, die die entstandenen Kodierungsmuster interpretierte und nach Erklärungen für sie suchte. Mein Anliegen war es, die gemeinsamen kulturellen Wurzeln der vorgebrachten individuellen Anschauungen herauszuarbeiten. Die Analyse beinhaltete eine Erfassung der von den Befragten verwendeten Formulierungen, des implizierten Kontexts ihrer Aussagen, und deren innere Konsistenz. Weiters wurde bei der Analyse der Interviews Inhalte, die nichts mit der Untersuchungsproblematik sondern mit der allgemeiner Einstellung gegenüber Frauen zu tun hatten, außer Acht gelassen, da deren Analyse den Rahmen der Untersuchung gesprengt und in andere Themengebiete geleitet hätte.

Die meisten Probleme in der Datenerfassung ergaben sich aus dem Thema der Untersuchung selbst. Eine anfängliche Scheu über die Intimbereiche des eigenen Körpers zu sprechen, trat bei acht der zehn europäischen Teilnehmer auf, jedoch bei keinem der

fünf nordamerikanischen Befragten.¹⁵⁰ Dieses anfängliche Zögern, frei zu sprechen, konnte jedoch in jedem der acht Interviews nach kurzer Zeit überwunden werden. Weiters ist anzumerken, dass auch bei Menschen mit medizinischer Ausbildung genitale Körperregionen als Tabuzonen zu gelten scheinen, worauf die ziemlich häufigen Scherze und Witzeleien über Genitalien und Sexualverhalten während der Interviews schließen ließen.

Das zweite im Verlauf der Untersuchung auftretende Problem war die Tatsache, dass beide Gruppen es bevorzugten, lieber über den Zustand der Genitalien der anderen Gruppe zu sprechen als über den Zustand ihrer eigenen.

4.1.6. Limitationen der Untersuchung

Die von mir durchgeführte Studie unterliegt einigen Beschränkungen. Die Erste liegt in der Tatsache, dass beide Gruppen nicht auf dieselbe Art und Weise befragt wurden. Die Anonymität des Internets mag die Freimütigkeit der Antworten der Gruppe B zu einem gewissen Grad verstärkt haben, mit der die von Angesicht zu Angesicht geführte Methode der Befragungen in Gruppe A nicht mithalten konnte.

Zweitens kamen in Gruppe A bei einigen der Teilnehmer starke antiamerikanische Gefühle zum Vorschein, die es manchmal erschwerten, zurück zum Thema zu kommen, und die die Unterscheidung in der Datenauswertung zwischen speziell antiamerikanischen Tendenzen und genereller Ablehnung von Beschnittenheit manchmal erschwerten.

Drittens beschränkt die Stichprobenmenge von nur fünfzehn Probanden die Verallgemeinerbarkeit der Resultate, was jedoch die Auswahl der Untersuchungsmethode mit ihrem Augenmerk auf eine qualitative (und nicht quantitative) Erhebungsmethode zu einem gewissen Grad wieder ausglich.

¹⁵⁰ Meiner Meinung nach erhöhte das Wegfallen des sichtbaren Gegenübers beim Interview via Skype die innere Bereitwilligkeit, über sehr persönliche Themen zu sprechen.

Obwohl alle diese Einschränkungen bei der Interpretation der Daten miteinbezogen werden müssen, so beeinflussen sie doch nicht die Forschungsergebnisse in einer Art und Weise, die eine datenübergreifende Interpretation bedeutungslos machen würde.

4.1.7. Zur Rolle des Interviewers

Schon vor Beginn der Befragungen war mir bewusst, dass ich bei der Auswertung der Daten mein eigenes biologisches Geschlecht mitdenken musste und der Grad der Offenheit in den Antworten meiner männlichen Befragten von meinem Status als Frau mit beeinflusst wurde, da eine gleichgeschlechtliche Konstellation die Antworten eventuell etwas anders ausfallen hätte lassen. Da jedoch der Kern meiner Befragung nicht in männlicher Reaktion auf Frauen sondern in ihrer Beziehung zu ihrer eigenen Beschnittenheit oder Unbeschnittenheit und der von anderen Männern lag, erschien mir diese Komponente für die Auswertung der Interviews vernachlässigbar. Auch stellte sich im Rahmen der Befragung heraus, dass, von anfänglichen Zögern einiger Interviewteilnehmer abgesehen, die Befragten keinerlei Problem hatten (vom anfänglichen Zögern zweier Teilnehmer abgesehen), frei über höchst persönliche Themen zu sprechen.¹⁵¹

4.2. Datenbeschreibung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Befragung, unterteilt in die eingangs erwähnten drei Fragenkomplexe, dargestellt.

¹⁵¹ Dies bestärkt meinen Eindruck, dass Männer weniger Probleme haben, über persönliche Themen mit Frauen zu sprechen, als mit dem eigenen Geschlecht. Eventuell liegt die Ursache darin, dass in unseren Kulturen 'delikate' Themen eher als 'Frauenthemen' gesehen werden.

1.) Assoziationen mit beschnittenen und unbeschnittenen Genitalien in Bezug auf sexuelles Verhalten, sowie medizinische und hygienische Vor- beziehungsweise Nachteile und Körperkonzepte.

Aussagen der Gruppe A:

“Das [die Beschneidung] ist eine Art Amputation. Ich meine, wie können die [beschnittene Männer] voll funktionieren, wenn ihr Stück halb weggeschnitten ist.“

“Beschneid mich und ich schneid dich“

“Niemand berührt meinen Willi außer Seife und Frauen“

“70 Prozent der genitalen Nerven liegen in der Vorhaut. Die wegzuschneiden reduziert das Gefühl während dem Sex eine ganze Menge.“

Aussagen der Gruppe B:

“Circumcised penises are generally cleaner than the uncircumcised“

“... it’s not so easy to wash an uncut penis ... somehow it would feel dirty to have a foreskin”

“A penis with foreskin looks ugly ... it is dangerous too”

“There is a reason why most countries circumcise their males; you know ... it makes women happy”

Alle Teilnehmer in beiden Gruppen gaben zur Antwort, dass sie keine regelmäßigen urologischen Gesundheitsuntersuchungen machen. Alle Befragten würden einen Urologen nur aufsuchen, falls eine Krankheit sie dazu veranlassen würde. Einige der Teilnehmer gaben jedoch an, dass sie bei ihren Freundinnen regelmäßige Besuche beim Gynäkologen als Teil eines gesundheitlich verantwortlichen Verhaltens betrachten. Interessant war in diesem Zusammenhang, dass der Gynäkologe als Spezialist für den weiblichen Genitalbereich als wichtiger Bestandteil weiblicher Gesundheitsvorsorge gilt, der Urologe bei männlichen Patienten jedoch erst im Falle einer Krankheit beziehungsweise im Alter Bedeutung erlangt - einer der Teilnehmer der Gruppe A verglich ihn in seiner Bedeutung mit der eines Neurologen.

Kondomgebrauch wurde bei beiden Gruppen mit Geschlechtsverkehr mit Fremden oder im Rahmen von kurzen sexuellen Beziehungen assoziiert. Unterschiede zwischen den beiden Gruppen zeigten sich dabei in den Motivationen: während bei Gruppe A die Betonung stark auf dem Verhütungsaspekt liegt, scheint bei Gruppe B mehr die Sicherheit vor sexuell übertragbaren Krankheiten eine Rolle zu spielen. Auch wurde insgesamt im Laufe der Interviews HIV und die Angst vor Ansteckung öfters und zeitintensiver von Gruppe B als von Gruppe A erwähnt. Keiner der Befragten assoziierte jedoch HIV und das Ansteckungsrisiko mit Beschnittensein oder Unbeschnittensein. Auf die Information, dass männliche Beschneidung momentan von großen internationalen Organisationen als Präventivmaßnahme gegen HIV-Infektion angepriesen wird, reagierten alle Befragten erstaunt.

Insgesamt schien die Willigkeit zur Promiskuität in Gruppe A mehr ausgeprägt zu sein.¹⁵²

Im Gegensatz zur Gruppe A, in der die Reinigung der eigenen Genitalien nicht von selbst erwähnt wurde, wurde von Gruppe B bei den Vorteilen eines beschnittenen Penis von allen Befragten sofort die leichtere Reinigung erwähnt. Alle Teilnehmer der Gruppe B sahen die Entfernung ihrer Vorhaut als wichtige hygienische und medizinische Vorsichtsmaßnahme, um Peniskarzinome und Harnwegsinfektionen zu verhindern.

Keiner der Befragten in Gruppe B brachte Beschnittenheit mit einer Abnahme der sexuellen Empfindungsfähigkeit in Verbindung. Im Gegenteil, zwei der Teilnehmer meinten, dass beschnittene Männer bessere Liebhaber als unbeschnittene seien, versetze sie doch ihre stärker verhornte Eichel in den Besitz einer erhöhten Ausdauer.

¹⁵² Nicht eruierbar war, inwieweit die bei Gruppe B gezeigte vermindert Bereitschaft zur Promiskuität ein Lippenbekenntnis zur US-amerikanischen Kultur mit ihrer strengeren Ächtung von Promiskuität darstellte und inwieweit sie genuin war.

2.) Spezifisches medizinisches Wissen und Vorstellungen über männliche Beschneidung bei Männern mit medizinischer Vorbildung.

Aussagen der Gruppe A:

“Die Vorhaut sollte nur entfernt werden, falls da wirklich gute medizinische Gründe dafür vorliegen, zum Beispiel eine Phimose.“

“... die Vorhaut ist dazu da, die Glans zu schützen. Da gibt es einen Grund warum wir sie haben.“

“Ich denke, dass der Grund, die Entfernung der Vorhaut zu propagieren, mehr im Geldverdienen zu finden ist als in irgendeiner medizinischen Indikation.“

Aussagen der Gruppe B:

“... there are a lot of health complications which a circumcised penis prevents“

“I never had an urinary tract infection so far. I'm glad I was born in the United States.“

“I learned it even has a protective effect against STD, so I really see no disadvantages to circumcision”

Keiner der Teilnehmer verfügte über Wissen, dass über die im Rahmen ihrer Ausbildung vermittelten Kenntnisse hinausging und keiner der Teilnehmer konnte eine Spezialisierung im urologischen Bereich vorweisen. Während in Gruppe B Bezeichnungen wie ‚*penile carcinoma*‘ und ‚*urinary tract infection*‘ als Indikationen für Beschneidung häufig angeführt wurden, wurde das Peniskarzinom in Gruppe A kein einziges Mal erwähnt und wiederholte Harnwegsinfektionen nur von einem einzigen der Teilnehmer als medizinische Indikation für Beschneidung genannt. Die medizinische Indikation, die in Gruppe A am häufigsten erwähnt wurde, war die Vorhautverengung. Bei diesem Fragenkomplex bekamen Gruppe A und B teilweise unterschiedliche Fragen. Wurde Gruppe A über eine Interpretation des laut US-medizinischen Untersuchungen herabgesetzten Peniskarzinomrisiko bei Beschnittenen gebeten, so wurde Gruppe B mit der Seltenheit von Peniskarzinomen in europäischen Staaten mit vorwiegend unbeschnittener männlicher Bevölkerung konfrontiert. Die Teilnehmer beider Gruppen wichen diesen Fragen aus und flüchteten sich in Verallgemeinerungen über Europa oder die Vereinigten Staaten:

“Well, I didn’t know that [keine erhöhte Inzidenz von Peniskarzinom im unbeschnittenen Finnland verglichen zur USA], but still I’m happy to be born in the United States.“

“... wahrscheinlich ist an diesen Papers [medizinischen Artikeln] genau so viel dran wie daran, dass im Irak Atombomben waren.“

Dieses Ausweichen auf Patriotismen ist ein gutes Beispiel für das Ausblenden der eigentlichen Frage. Bei den Reaktionen der Teilnehmer der Gruppe B war die starke Betonung der Zufriedenheit mit dem eigenen beschnittenen Penis auffallend, ein Selbstpräsentation und ständige Betonung des eigenen ‚Wohlbefindens‘, die bei Gruppe A nicht in diesem Ausmaß vorkam. Eine Gewilltheit, sich mit den medizinischen und statistischen ‚Fakten‘ der jeweils anderen Seite auseinanderzusetzen war bei keinem der Teilnehmer erkennbar.

Befragt zur widersprüchlichen Bewertung der Beschneidung in den Vereinigten Staaten und Europa, sah Gruppe B die europäische Haltung als ein unverantwortliches Verleugnen existierender medizinischer Fakten an, während Gruppe A die US-amerikanische Haltung eher als neurotischen Ausdruck einer sexuell unterdrückten Kultur als eine auf medizinischen Fakten beruhende Beurteilung der Gegebenheiten sah.

3.) Barrieren und Vorurteile zwischen beschnittenen und unbeschnittenen Männern

Aussagen der Gruppe A:

“Das [die Beschneidung] ist einfach nicht natürlich ... Amerikaner übertreiben wirklich mit ihrem hygienischen Verhalten. ... Manchmal denk ich, dass sie ihre Babies einfach deshalb beschneiden, weil amerikanische Mütter es einfach nicht ertragen können, einen unbeschnittenen Schwanz anzugreifen wenn sie ihre Kinder waschen müssen.“

“Das ist typisch amerikanisch. Momentan schneiden sie ihre Vorhaut weg, wart noch ein bisserl und in zwanzig Jahren werden sie einen guten medizinischen Grund finden, weibliche Brustwarzen wegzuschneiden. ... das würde sie wesentlich weniger Zeit kosten als jeden Film zu zensieren bei dem Nippel gezeigt werden.“

“...wir haben die Aufklärung bekommen, sie die Pilgerväter, was erwartest du denn.“

Aussagen der Gruppe B:

“Europeans should care more about hygiene. When I visited Britain I even saw women with unshaved armpits.”

“Maybe Europeans are more easily aroused, but I don’t need to be able to wank like a monkey to be a man”

“It’s just not possible to remove all of the smegma having a foreskin”

Wegen der rein europäischen Zusammensetzung der Teilnehmer der Gruppe A und der ausschließlich nordamerikanischen Zugehörigkeit der Gruppe B wurde von den Interviewteilnehmern öfters die Bezeichnung ‚Amerikaner‘ als Synonym für Beschnittenheit und der Terminus ‚Europäer‘ als Bezeichnung von unbeschnittenen Männern verwendet. Eine grundlegende Beobachtung war die Verächtlichkeit (und bei zwei der Teilnehmer der Gruppe A teilweise Aggression), die der jeweils anderen Gruppe entgegengebracht wurde. Sexuelle Leistungsfähigkeit zum Beispiel wurde in Gruppe A mit einem intakten Penis in Zusammenhang gebracht und beschnittene Männer wurden als verstümmelte Männer gesehen, die schwerer zu erregen seien. Wie schon erwähnt, waren die Aussagen der Gruppe A oft von starken antiamerikanischen Gefühlen gefärbt. Fünf Teilnehmer der Gruppe A implizierten in ihren Aussagen, dass sie US-Amerikaner generell als rückständige, christliche und demzufolge prüde Menschen sahen, die Jahrzehnte hinter modernen sexuellen europäischen Standards zurücklagen.¹⁵³ Interessant war der Unterschied der gemachten Aussagen in Bezug auf die Identifikation mit einer Gruppe. Betonten die Befragten der Gruppe A mit aller Vehemenz, dass sie sich auch bei einer Niederlassung in den Vereinigten Staaten auf keinen Fall beschneiden lassen würden, so wurde das ‚nicht anders sein als die anderen‘ als ein weiterer Vorteil der Beschneidung in Gruppe B angegeben.

Die Aussagen in Gruppe B zeigten, dass Europäer generell als sexuell dekadent und mit fragwürdigem hygienischen Verhalten behaftet gesehen werden. Oft wurde auch Ekel vor einem unbeschnittenen Penis gezeigt und Zweifel daran geäußert, dass unbeschnittene

¹⁵³ Diese Anschauung exkludierte US-Amerikaner, die in den großen Städten leben. Ein Unterschied, auf den drei der Teilnehmer der Gruppe A eigens hinwiesen.

männliche Genitalien überhaupt vollständig gesäubert werden können. Zwei der fünf Teilnehmer waren in Bezug auf unbeschnittene Genitalien der Ansicht, dass es eigentlich fast unmöglich ist, einen unbeschnittenen Penis vollständig zu reinigen. Aussagen wie *"maybe it's not even possible to clean an uncut penis properly"* und *"hard to get to all that stuff [smegma] there"* verdeutlichen dies gut. Auch wurde der beschnittene Penis als zivilisierter und als ästhetisch befriedigender angesehen: *"no woman likes a penis looking like a sausage."*

Alles in allem zeigte Gruppe B deutlich weniger negative Gefühle in Bezug auf europäische Kultur als umgekehrt.

Keiner der Interviewteilnehmer zeigte Neigung, sich nach Abschluss der Interviews eingehender mit dem Thema der männlichen Beschneidung auseinanderzusetzen.

4.3. Ergebnisse der empirischen Befragung

Im folgenden Abschnitt werde ich die Ergebnisse des durch die Befragungen generierten Materials in zwei Teilen darstellen.

Im ersten Teil, den Verhaltensstrategien, werden die zwei auffälligsten Verhaltensmechanismen in der Beurteilung der eigenen und dem Umgang mit der jeweils anderen Gruppe dargestellt. Im zweiten Teil werden die Ergebnisse interpretiert und in einen theoretischen Kontext gebracht.

4.3.1. Argumentationsstrategien

Sowohl bei Gruppe A wie auch bei Gruppe B war eine starke Tendenz, den eigenen Zustand als den erstrebenswerten darzustellen, sichtbar. Zeigte sich diese positive Selbstdarstellung in der Gruppe A durch Verwendung von Ausdrücken wie 'ganz', 'vollständig' und 'heil', und wurde ein 'vollständiger Körper' mit einem 'gesunden Körper' gleichgesetzt, so wurden von Gruppe B Bezeichnungen wie 'clean', 'hygienic' and 'healthy' für den eigenen Genitalbereich verwendet. Von Gruppe B wurde das Gefühl, medizinisch und hygienisch auf dem neusten Stand zu sein, zum Ausdruck gebracht. Auch

flossen bei Gruppe B tendenziell moralische Wertungen in die Aussagen ein. Nicht wie ein Tier zu handeln und zu sein, war eine der vorgebrachten Assoziationen, wie die Aussage *“I don't need to be able to wank like a monkey“* deutlich zeigt.

Zugleich wurde von beiden Gruppen implizit und explizit die jeweils andere Gruppe abgewertet. 'Verstümmelt' war ein Wort, das bei der Befragung der Gruppe A von insgesamt vier der zehn Befragten für die andere Gruppe verwendet wurde. Bei Gruppe B fielen in Bezug auf die unbeschnittenen Genitalien der Gruppe A die Wörter *'dirty'*, *'smelly'*, *'unhygienic'* und *'stinky'*. Dieses Abwerten der anderen war bei beiden Gruppen oft von Spott und Sarkasmus begleitet, wie die Erwähnung der Pilgrimväter oder der US-amerikanischen Mütter zeigen. Diese positive Selbstinszenierung und die parallel dazu verlaufende verächtliche Abwertung der jeweils anderen Gruppe ist meiner Ansicht etwas, das bei der Bewertung medizinischer Beiträge im Auge behalten werden muss.

Die zweite auffallende Verhaltensweise war das Ignorieren von Studien, die nicht die eigenen Anschauungen unterstützten. Bei beiden Gruppen ging keiner der Befragten auf direkt gestellte Fragen in diese Richtung ein, es wurde sofort in andere Bereiche abgeschweift. Dieser 'blinde Punkt'¹⁵⁴ war ein ständig wiederkehrendes Verhalten bei bestimmten Fragen, wie zum Beispiel der Frage nach einer Erklärung für die ungefähr gleich hohe Inzidenz von Peniskarzinomen in Europa und den Vereinigten Staaten.

4.3.2. Interpretation der Resultate

Die Resultate dieser Untersuchung können in drei Punkten, die sich im Laufe der Studie herauskristallisierten, zusammengefasst werden.

Als erstes fiel mir die Emotionalität des Themas auf. Alle Befragte zeigten eine starke Verteidigungshaltung ihres eigenen Zustands und ein heftiges Ablehnen des jeweils

¹⁵⁴ Ob dieser ‚blinde Punkt‘ nun eher im intellektuellen Unwillen das eigene Weltbild zu verkomplizieren liegt oder einfach in einem generellen Desinteresse dem Thema gegenüber begründet liegt, konnte im Laufe der Befragungen nicht zufriedenstellend beantwortet werden.

anderen Zustands. Auch wurde die enge Verflechtung von Beschnitten- oder Unbeschnittensein mit dem eigenen Konzept von Männlichkeit im Laufe der Befragung erkennbar. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie sehr bei der Beurteilung der jeweiligen Studienergebnisse der beschnittene oder unbeschnittene Zustand der Autoren selbst eine Rolle hinsichtlich der Resultate ihrer Studien spielt und wie weit eine objektive Studiendurchführung durch das eigene Verständnis von 'clean' oder 'verstümmelt' beeinflusst und verzerrt wird.

Weiters fiel mir auf, dass die medizinische Vorbildung der Befragten nicht wirklich eine Rolle zu spielen schien. Nicht einer der Befragten zeigte Interesse für die medizinischen Schlussfolgerungen der 'anderen' Seite. Ein rein medizinisches Herangehen an die Fragen stand bei keinem der Befragten im Vordergrund. Die jeweiligen Standpunkte in Bezug auf Beschneidung resultierten bei keinem der Befragten aus einer wissenschaftlichen Beurteilung medizinischen Materials, sondern aus einem nicht hinterfragten Annehmen der Meinungen, Wertvorstellungen und Anschauungen des eigenen sozialen Umfeldes und dessen allgemein gesellschaftlich akzeptierter Begründung für oder gegen den Eingriff.

Der dritte Punkt ist die endgültige Positionierung der vorgebrachten Argumente im nicht-medizinischen Bereich. Dazu verleiten die Unterschiede in den europäischen und US-amerikanischen Indikationen für männliche Beschneidung. Es gibt keinen Zweifel, dass die medizinischen Richtlinien dafür diesseits und jenseits des Atlantiks weit auseinander liegen. Da sie das Resultat derselben medizinischen Grundlagen sind, erhebt sich die Frage, warum die Beurteilungen und Schlussfolgerungen so unterschiedlich ausfallen. Alle der Befragten teilen den gleichen medizinischen Hintergrund, alle wurden im gleichen Medizinsystem ausgebildet. Und doch sind ihre Bewertungen klar in zwei Lager gespalten. Auf der einen Seite die Europäer, die die männliche Beschneidung als nutzlose Verstümmelung einstufen, auf der anderen Seite die Nordamerikaner, die die Beschneidung als wichtige hygienische Präventivmaßnahme sehen – ein interessanter Zwiespalt, berufen sich doch beide Gruppen von Befragten auf die gleichen wissenschaftlichen Methoden, um ihre Argumente zu unterstützen.

Sieht man sich nun die vorgebrachten Argumente, Assoziationen und verwendeten Formulierungen an, werden die zugrunde liegenden kulturellen Wurzeln sichtbar. Bei der gesamten Befragung wurde in Dimensionen von 'rein' und 'unrein', 'schmutzig' und

'sauber', 'verstümmelt' und 'intakt' argumentiert. Dabei bauten die Urteile beider Seiten auf einer Grundvorstellung von dem, was in der jeweiligen Gesellschaft als sauberer und was als schmutziger Körper gilt, was ein vollständiger und was ein verstümmelter Körper ist, auf.

4.3.3. Kernaussagen

Gruppe A	Gruppe B
<p><i>Die Vorhaut ist dazu da, die Glans zu schützen. Da gibt es einen Grund warum wir sie haben.</i></p>	<p><i>Circumcised penises are generally cleaner than the uncircumcised.</i></p>
<p><i>Um die 70 Prozent der genitalen Nerven liegen in der Vorhaut. Die wegzuschneiden reduziert das Gefühl während dem Sex eine ganze Menge.</i></p>	<p><i>Maybe Europeans are more easily aroused, but I don't need to be able to wank like a monkey to be a man.</i></p>
<p><i>Die Vorhaut sollte nur entfernt werden, falls da wirklich gute medizinische Gründe dafür vorliegen, zum Beispiel eine Phimose.</i></p>	<p><i>Europeans should care more about hygiene.</i></p>
<p><i>Ich denke, dass der Grund, die Entfernung der Vorhaut zu propagieren, mehr im Geldverdienen zu finden ist als in irgendeiner medizinischen Indikation.</i></p>	<p><i>A penis with foreskin not only looks ugly, it is dangerous too.</i></p>
<p><i>Manchmal denk ich, dass sie ihre Babys einfach deshalb beschneiden, weil amerikanische Mütter es einfach nicht ertragen können, einen unbeschnittenen Schwanz anzugreifen wenn sie ihre Kinder waschen müssen.</i></p>	<p><i>It's not so easy to wash an uncut penis ... Somehow it would feel dirty to have a foreskin.</i></p>
<p><i>Das [Beschnittenheit] ist eine Art Amputation. Ich meine, wie können die [beschnittene Männer] voll funktionieren, wenn halb ihr Stück weggeschnitten ist.</i></p>	<p><i>There are a lot of health complications which a circumcised penis prevents.</i></p>

<i>Das ist typisch amerikanisch. Momentan schneiden sie ihre Vorhaut weg, wart noch ein bisserl und in zwanzig Jahren werden sie einen guten medizinischen Grund finden, weibliche Brustwarzen wegzuschneiden.</i>	<i>It's just not possible to remove all of the smegma having a foreskin.</i>
--	--

Vor Jahren erstellte die US-amerikanische Forscherin Hanny Lightfoot-Klein eine Tabelle, in der sie Argumente von afrikanischen Befürwortern der weiblichen Beschneidung mit Argumenten US-amerikanischer Befürworter der männlichen Beschneidung verglich:¹⁵⁵

Weibliche Beschneidung	Männliche Beschneidung
<i>She loses only a little piece of the clitoris, just the part that protrudes. The girl does not miss it. She can still feel after all. There is hardly any pain. Women's pain thresholds are so much higher than men's.</i>	<i>It's only a little piece of skin. The baby does not feel any pain because his nervous system is not developed yet.</i>
<i>The parts that are cut away are disgusting and hideous to look at. It is done for the beauty of the suture.</i>	<i>An uncircumcised penis is a real turnoff. It's disgusting.</i>
<i>Female circumcision protects the health of a woman. Infibulation prevents the uterus from falling out [uterine prolapse]. It keeps her smelling sweet so that her husband will be pleased. If it is not done, she will stink and get worms in her vagina.</i>	<i>It looks like the penis of an animal An uncircumcised penis is dirty and only the lowest class of people with no concept of hygiene leave their boys uncircumcised.</i>
<i>Leaving a girl uncircumcised endangers both her husband and her baby. If the baby's head touches the uncut clitoris during birth, the baby will be born</i>	<i>Men have an obligation to their wives to give up their foreskin. An uncircumcised penis will cause cervical cancer in women. It also spreads disease.</i>

¹⁵⁵ Lightfoot-Klein 1996: URL.

<i>hydrocephalic [excess cranial fluid]. The milk of the mother will become poisonous. If a man's penis touches a woman's clitoris he will become impotent.</i>	
<i>A circumcised woman is sexually more pleasing to her husband. The tighter she is sewn, the more pleasure he has.</i>	<i>Circumcised men make better lovers because they have more staying power than uncircumcised men.</i>
<i>All the women in the world are circumcised. It is something that must be done. If there is pain, then that is part of a woman's lot in life.</i>	<i>Men in all of the 'civilised' world are circumcised.</i>
<i>Doctors do it, so it must be a good thing.</i>	<i>Doctors do it, so it must be a good thing.</i>
<i>35-year-old Sudanese woman: "Yes, I have suffered from chronic pelvic infection and terrible pain for years now. You say that all of this is the result of my circumcision? But I was circumcised over 30 years ago! How can something that was done for me when I was four years old have anything to do with my health now?"</i>	<i>35-year-old American male: "I have lost nearly all interest in sex. You might say that I'm becoming impotent. I don't seem to have much sensation in my penis anymore, and it is becoming more and more difficult for me to reach orgasm. You say that this is the result of my circumcision? That doesn't make any sense. I was circumcised 35 years ago, when I was a little baby. How can that affect me in any way now?"</i>

Ein Vergleich der zwei Spalten der Tabelle zeigt, dass die Argumente für männliche und weibliche Beschneidung austauschbar sind. Die Tatsache, dass im afrikanischen Raum mit seinen von den Vereinigten Staaten so verschiedenartigen Kulturen die selben Begründungen und Argumente für einen chirurgischen Eingriff ganz anderer Art vorgebracht werden, lässt darauf schließen, dass die US-amerikanische Einstellung zur männlichen Beschneidung nicht ausschließlich im medizinischen Kontext zu suchen ist.

Konzepte von sauber und von schmutzig, von rein und unrein, werden in allen Kulturen entwickelt. Im Gegensatz zu vielen Kulturen, die diese Konzepte durch religiöse Ideale, Vorstellungen und Begriffe definieren, scheinen westliche Kulturen diese Konzepte und Ideale an medizinische Termini und Formulierungen zu koppeln, um ihre eigenen

kulturellen Vorstellungen von Sauberkeit und Schmutz, von Reinheit und Unreinheit auszudrücken.

So kommt es, dass wenn Leuten eine neue Behandlung mit der Begründung, dass es sie sauberer und hygienischer macht, angeboten wird, die Wirksamkeit dieser Argumentation oft mehr mit unserer eigenen kulturell bedingten spirituellen Interpretation von 'rein' und 'unrein' zusammenhängt als mit medizinischen und 'realen' Fakten.

5. Globale Auswirkungen und Relevanz

5.1 Zirkumzision und die HIV-Politik der WHO

*"Western researchers have a clear idea of what they understand by "circumcision", but do not appreciate that "circumcision" in other parts of the world may refer to many differing procedures with differing characteristics and effects. The effects of one practice may not, indeed probably do not, read across to the others."*¹⁵⁶

John D. Dalton

Männliche Beschneidung ist in den letzten Jahren mit dem Aufkommen der Beschneidung als Mittel von HIV-Prävention wieder vermehrt in den Blickpunkt der Öffentlichkeit getreten.

Drei afrikanische Studien bilden den Auftakt und die Basis für die momentane HIV Politik der WHO: Die erste der drei Studien wurde in Südafrika, Orange Farm, unter der Leitung von Bertran Auvert durchgeführt (publiziert 2005).¹⁵⁷ Die zweite Studie fand in Kenia, Kisumu, unter Robert C. Bailey und Stephen Moses statt (publiziert 2005),¹⁵⁸ und die dritte war in Uganda, Rakai, und wurde von Ronald H. Gray geleitet (publiziert 2007).¹⁵⁹

¹⁵⁶ Dalton 2001: URL.

¹⁵⁷ Auvert et al. 2005.

¹⁵⁸ Bailey et al. 2005.

¹⁵⁹ Gray et al. 2007.

Alle drei Studien kamen zu dem Ergebnis, dass unbeschnittene Männer deutlich leichter mit HIV infiziert werden als beschnittene. Gestützt auf diese Resultate kam es zur WHO/UNAIDS¹⁶⁰ Empfehlung von männlicher Beschneidung als effektive Maßnahme zur HIV-Prävention¹⁶¹ und dem Versuch, afrikanische Staaten zu routinemäßigen Beschneidungen männlicher Neugeborener zu bewegen. Ein Plan, den die *South Africa Medical Association* kürzlich für unethisch und illegal erklärte.¹⁶² Afrikanische Staaten mit hoher HIV-Rate in der Bevölkerung wie Uganda, Südafrika, Malawi, Rwanda, Mosambik und Zimbabwe reagierten mit Kampagnen für Massenbeschneidungen, die unter anderem von der WHO und UNICEF finanziert wurden.

“The over-emphasis on sexual transmission modes of HIV infection has fostered the implementation of unsafe and unethical mass circumcision programmes in Africa in order to “prevent” HIV.” meint dazu der Menschenrechtsaktivist und bekannte Blogger Jonathan Friedman.¹⁶³ Ein wunderbares Beispiel dafür, wie sehr die Studienergebnisse missverstanden werden können, ist die Tatsache, dass Gefängnisinsassen, nachdem sie von den Ergebnissen der drei Studien gehört hatten, um Beschneidung baten, um sich vor HIV-Infektion innerhalb der südafrikanischen Gefängnisse zu schützen.¹⁶⁴ Schon jetzt scheint diese Unkenntnis der tatsächlichen, einschränkenden Details der drei Studien zur Bildung der Mythe zu führen, dass Beschneidung ein sicheres Mittel gegen die Infektion mit HIV sei.

Alle drei Studien beschäftigten sich ausschließlich mit dem heterosexuellen Ansteckungsrisiko von Frau zu Mann.¹⁶⁵ Die WHO betonte im Rahmen ihrer Empfehlung,

¹⁶⁰ World Health Organisation/UNAIDS 2007: URL.

¹⁶¹ Das bei der Empfehlung angemerkt wurde, dass diese Beschneidungen ausschließlich von medizinisch trainiertem Personal durchgeführt werden sollen und erst nach vollständiger Aufklärung der Patienten erfolgen dürfen (oder im Fall von Säuglingen und Kindern deren Eltern), lässt erahnen, dass nicht sachgemäß durchgeführte Beschneidungen und fehlende Aufklärung durchaus keine Einzelfälle sind.

¹⁶² ThinkAfricaPress 2011: URL.

¹⁶³ ThinkAfricaPress 2011: URL.

¹⁶⁴ BBC News 2010: URL.

¹⁶⁵ Ob die Probanden dazu angehalten wurden, im Zuge der Datenreinheit auf Analverkehr und seinem erhöhten Infektionsrisiko zu verzichten, war in den Studien nicht eruierbar.

dass männliche Beschneidung keinen Einfluss auf Transmissionen von Männern zu Frauen haben könnte und dass nicht genügend Untersuchungen über die Übertragung Mann-Frau bei Analsex vorliegen, um aussagekräftige Empfehlungen in dieser Richtung machen zu können. Alle anderen Übertragungsmöglichkeiten¹⁶⁶ wurden bei den drei Studien außer Acht gelassen. Da jedoch das Risiko einer Übertragung von Mann zu Frau höher ist,¹⁶⁷ ergibt sich daraus eine bedauerliche Verzerrung der tatsächlichen Ausbreitungswege. Betrachtet man die Vielzahl von Studien mit ganz anderen Resultaten,¹⁶⁸ stellt sich die Frage, woher Organisationen wie die WHO oder UNAIDS die Sicherheit finden, derartige Empfehlungen auszusprechen. Weiters wurde darauf hingewiesen, dass männliche Beschneidung nur partiellen Schutz gegen HIV und andere übertragbare Geschlechtskrankheiten bedeutet und deshalb der Gebrauch von Kondomen zusätzlich zur Beschneidung unverzichtbar sei.

¹⁶⁶Folgende Übertragungswege können unterschieden werden: heterosexueller Mann-Frau Übertragung, heterosexueller Frau-Mann Übertragung, homosexuelle Mann-Mann Übertragung, homosexuelle Frau-Frau Übertragung (Scheidensekret und Menstruationsblut können HIV enthalten, daher ist eine sexuelle Übertragung von HIV von Frau zu Frau möglich, scheint jedoch ausgesprochen selten zu sein.), Homo- und heterosexueller Analverkehr, Mutter-Kind Übertragung, Bluttransfusion, Infektion durch gemeinsam benützte Nadel bei Drogenmissbrauch, iatrogene Infektion und lokale Bräuche wie rituelle männliche und weibliche Beschneidung und traditionelle Skarifizierungen.

¹⁶⁷ *“Vaginalverkehr ist für beide Partner infektiös. Für die Frau besteht ein deutlich höheres Risiko als für den Mann, da die HIV-Konzentration im Sperma erheblich höher ist als im Vaginalsekret.”* (HIV & More 2010: URL).

¹⁶⁸ Carael et al. konnten keinen protektiver Effekt der männlichen Beschneidung für Frauen feststellen (Carael et al. 1988). Warren und Bigelow meinten, dass männliche Beschneidung das Übertragungsrisiko für Frauen durch Reduktion der vaginalen Lubrikation, Erhöhung der Reibung und erhöhte Gefahr vaginaler Abrasionen vergrößert (Warren und Bigelow 1994). Chao et al. schrieben, dass weibliche Partner beschnittener Männer einer erhöhter Ansteckungsgefahr unterliegen (Chao et al. 1994). Grosskurth et al. meinten, dass beschnittene Männer eine höhere Infektionsrate aufweisen als unbeschnittene (Grosskurth et al. 1995). Barongo et al. kamen zu dem Schluß, dass die Vorhaut das Infektionsrisiko nicht erhöht (Barongo et al. 1992). Changedia und Gilada fanden, dass es keine wirklichen Unterschiede in den Infektionsraten von beschnittenen und unbeschnittenen Männern in ehelichen Beziehungen gibt (Changedia und Gilada 2002). Brewer et al. kamen zu Ergebnissen, die bei beschnittenen Adoleszenten beiderlei Geschlechts höhere HIV Werte als bei unbeschnittenen Gleichaltrigen zeigten (Brewer et al. 2007), und die Metaanalyse von Van Howe zeigte, dass beschnittene Männer ein höheres Risiko für HIV Infektion aufweisen (Van Howe 1999).

Eine weitere Auffälligkeit ist das vorzeitige Beenden aller drei Studien. Begründet wurde dies in allen Fällen mit ethischen Bedenken, da die Beteiligten der beschnittenen Gruppe eine niedrigere HIV Infektionsrate hatten als die unbeschnittenen Männer der Kontrollgruppe. Das bedeutet, dass bei keiner der drei Studien die Langzeitwirkung untersucht wurde. Ob die Infektionsrate der beschnittenen Männer langfristig nicht die der unbeschnittenen eingeholt hätte, wird wohl offen bleiben. Führt man sich dazu vor Augen, dass das frühzeitige Beenden solcher Studien dazu tendiert, die Vorteile zu übertreiben,¹⁶⁹ lässt auch dies das Ergebnis der drei Studien bei weitem nicht so aussagekräftig und eindeutig erscheinen wie von der WHO postuliert.¹⁷⁰ Um diese Diskrepanz zwischen den Kontrollbedingungen und alltäglich gelebten Alltag der Probanden mit den Worten des Studienautors Ronald H. Gray auszudrücken: *“In both study groups, the care provided far exceeded that available in rural Uganda ...”*¹⁷¹

Beunruhigend ist in diesem Zusammenhang auch die Tatsache, dass die Autoren dieser drei Studien bekannte Beschneidungsbefürworter sind, wie zum Beispiel Aussagen von Robert C. Bailey aus dem Jahre 1999 zeigen:

*“Further consideration should be given to male circumcision as a prevention strategy in areas of high prevalence of HIV and other sexually transmitted diseases. Studies of the feasibility and acceptability of male circumcision in traditionally non-circumcising societies are warranted.”*¹⁷²

Tunlichst zu vermeiden sind bei einer Beurteilung der afrikanischen HIV-Situation und Prognose die Übertragung von Forschungsergebnissen aus dem US-amerikanischen in einen sowohl sozioökonomisch als auch kulturell völlig unterschiedlichen Raum. Die dominanten Übertragungsweisen von HIV in den Vereinigten Staaten sind Übertragung

¹⁶⁹ Mills et al. 2005.

¹⁷⁰ In allen drei Studien befanden sich die Probanden unter streng kontrollierten Rahmenbedingungen. Diese stetige Überwachung, Beratung und die während den Studien kostenlos abgegebenen Kondome fielen nach Beenden der Studie weg, was zu verändertem Verhalten der Studienteilnehmer nach Ende der Studien führen könnte und deshalb Schlüsse über das tatsächliche Risikoverhalten der Studienteilnehmer im täglichen Leben nur schwer möglich macht.

¹⁷¹ Gray et al. 2000: 363.

¹⁷² Halperin und Bailey 1999: 1815.

durch homosexuellen Geschlechtsverkehr.¹⁷³ Die dominierende Übertragungsweise im südlichen Afrika hingegen ist heterosexueller Geschlechtsverkehr. Der infolge von Arbeitslosigkeit und ländlicher Armut hohe Prozentsatz an Prostituierten, lokale Eigenheiten wie *dry sex*,¹⁷⁴ hoher Alkoholkonsum¹⁷⁵ und Krankheiten wie die Malaria¹⁷⁶ lassen eine von den Vereinigten Staaten völlig unterschiedliche Infektionslandschaft entstehen.

Interessant erscheint in diesem Zusammenhang die Beobachtung, dass die Vereinigten Staaten unter den Industrienationen sowohl die höchste HIV Rate als auch die höchste Beschneidungsrate bei Männern haben.¹⁷⁷ Dies und die Tatsache, dass europäische Länder mit vorwiegend unbeschnittener männlicher Bevölkerung niedrigere HIV-Raten aufweisen, lassen die Verbindung 'Beschneidung ist gleich Erschwerung der HIV Infektion' zu einfach erscheinen.

“behavioral factors are far more important in preventing these infections than the presence or absence of a foreskin.”¹⁷⁸

American Medical Association, 1999

Betrachtet man die geografische Verteilung der HIV-Dichte in Afrika genauer, kann man eine gewisse Korrelation mit der vorherrschenden Religion in den jeweiligen Regionen feststellen.¹⁷⁹ Trotzdem scheint es, als ob bei vielen Studienergebnissen religiös bedingte Unterschiede im Sozialverhalten negieren oder bagatellisieren. Bailey et al. stellten zum

¹⁷³ “In 2005, men who have sex with men (MSM) (48%), MSM who also inject drugs (4%), and men (11%) and women (21%) exposed through high-risk heterosexual contact accounted for an estimated 84% of all HIV/AIDS cases diagnosed in U.S. areas.” (CDC HIV/AIDS Science Facts 2008: URL).

¹⁷⁴ Baleta 1998 beschrieb den im subsaharischen Afrika praktizierten ‚dry sex‘, bei dem verschiedene austrocknende Substanzen in der Vagina plaziert werden um die Vaginalsekrete zu absorbieren. Laut Quinn et al. kann diese Praktik der vaginalen Austrocknung Abrasionen und Fissuren erzeugen und somit die HIV Übertragung begünstigen (Quinn et al. 2000).

¹⁷⁵ Mbulaiteyea et al. 2000.

¹⁷⁶ Laut Abu-Raddad et al. erhöht Malaria die Virendichte des Ejakulats (Abu-Raddad et al. 2006) und laut Quinn et al. damit das Risiko einer HIV Infektion (Quinn et al. 2000).

¹⁷⁷ Nicoll 1997.

¹⁷⁸ AMA 1999: URL.

¹⁷⁹ Kagee et al. 2005.

Beispiel unterschiedliche Infektionsraten bei muslimischen und nicht-muslimischen Männern fest, kamen jedoch abrupt zu dem Schluss, dass: *“these results suggest that differences between circumcised and uncircumcised men in their sex practices and hygienic behaviors do not account for the higher risk of HIV infection found among uncircumcised men.”*¹⁸⁰

Eine offensichtliche Gefahr der gegenwärtigen WHO Politik ist, dass sie im afrikanischen Kontext zur Annahme führen könnte, dass Beschneidung als HIV Prävention ausreiche. Die in Kenia durchgeführte Studie von Robert Bailey zeigt einen verminderten Kondomgebrauch¹⁸¹ bei den im Rahmen der Studie beschnittenen Männern.¹⁸² Dieses erhöhte sexuelle Risikoverhalten könnte langfristig als Folge ein Ansteigen der Infektionsraten der übertragbaren Geschlechtskrankheiten und speziell der HIV-Infektionen nach sich ziehen.¹⁸³

Neben den medizinischen Überlegungen zur WHO-Politik ergeben sich auch einige ethische und moralische Probleme, die Adrian Viens zur folgenden Frage veranlassten:

*“However, is it morally justifiable to have two standards with regard to the acceptance of male circumcision in developing versus developed nations? If we think that there are sufficient medical and ethical reasons to limit the routine use of circumcision, should not the same standards be held in developing nations.”*¹⁸⁴

Diese ethische Fragestellung hat auch eine brisante politische Dimension, wie sie treffend von Ntozi formuliert wurde:

¹⁸⁰ Bailey et al. 1999: 294.

¹⁸¹ Taylor et al. führen gesunkene Kondomgebrauch auf eine verminderten Sensibilität des Penis und einer daraus resultierenden verstärkten Ablehnung von Kondomen bei beschnittenen Männern zurück (Taylor et al. 1996).

¹⁸² Das von Kutalek beschriebene mangelnde Mitspracherecht von Frauen macht die Bereitschaft der Männer zur Verwendung von Kondomen zur absoluten Voraussetzung für ein Senken der HIV-Infektionen (Kutalek 2003:64f).

¹⁸³ De Vincenzi zeigte, dass bei heterosexuellen Paaren mit einem HIV-positiven Partner bei ständigem Kondomgebrauch kein einziges Mal eine Ansteckung des HIV-negativen Partners erfolgte (De Vincenzi 1994: 346).

¹⁸⁴ Viens 2010: URL.

*“It is important that, while circumcision interventions are being planned, several points must be considered carefully. If the experiment fails, Africans are likely to feel abused and exploited by scientists who recommended the circumcision policy. In a region highly sensitive to previous colonial exploitations and suspicious of the biological warfare origin of the virus, failure of circumcision is likely to be a big issue. Those recommending it should know how to handle the political implications”.*¹⁸⁵

Die männliche Beschneidung ist also nicht nur ein politischer Schachzug der Public Health Organisationen, sondern auch eine Beschwichtigungsstrategie, um der Forderung der Industrieländer, die HIV-Problematik in Afrika 'in den Griff zu kriegen' nachzukommen.

Außerdem kann man sich nicht des Verdachts erwehren, dass die Propagierung der männlichen Beschneidung durch US-amerikanische Wissenschaftlern leider auch dazu verwendet wird, die (langsam an Boden verlierende) Praxis der neonatalen Beschneidung im eigenen Land aufrechtzuerhalten und zu stärken. Spiegelt doch die Pro-Beschneidungshaltung US-amerikanischer Medizin die Pro-Beschneidungshaltung in der US-amerikanischen Öffentlichkeit wieder, wie schon Van Howe feststellte:

*“We contend that the rush to intervene has little to do with preventing HIV infection in Africa and may have more to do with a conscious and/or unconscious impulse to help perpetuate and promote the practice in North America. There is ample indirect evidence to support this contention.”*¹⁸⁶

Glaubt man der Studie von Stallings und Karugendo, zeigt auch die weibliche Beschneidung einen protektiven Effekt gegen HIV-Infektion.¹⁸⁷ Wenn also die männliche Beschneidung gegen HIV Ansteckung hilft, warum nicht auch die weibliche Form ermutigen? Dass die Aufrufe zur männlichen Beschneidung einen durchaus ermutigenden Affekt auf das weibliche Pendant zur Zirkumzision haben, zeigt unter anderem das vor

¹⁸⁵ Ntozi 1997: 100.

¹⁸⁶ Van Howe et al. 2005: 262.

¹⁸⁷ Stallings und Karugendo 2005: URL.

kurzen von der ugandischen Regierung ausgesprochene Verbot weiblicher Beschneidung.¹⁸⁸

6. Schlussfolgerungen

Diese Arbeit gliedert sich in drei Hauptstränge. Der erste skizziert einen kurzen Umriss und Überblick über die historischen und kulturellen Gründe, die zu der heutigen unterschiedlichen medizinischen Interpretation der Zirkumzision in Europa und den Vereinigten Staaten geführt hat. Wie dargestellt wurde, hat die männliche Beschneidung verschiedenste medizinische Paradigmenwechsel durchlaufen und für zahlreiche Krankheiten und medizinische Schreckgespenster als Allheilmittel herhalten müssen.¹⁸⁹ Die Rolle der Beschneidung als Präventivmaßnahme gegen HIV ist daher in der Geschichte der Geschlechtskrankheiten eine Altbekannte. US-amerikanische und englische Beschneidungsstudien haben unzählige Gründe für Beschneidung gefunden: Angefangen bei 'Masturbation verhindern', über Heilung von Epilepsie bis hin zum Schutz vor Infektionen bei Geschlechtskrankheiten und Krebsprävention. Die Geschichte zeigt auch, dass kein einziger der vorgebrachten Gründe längerfristig aufrechtzuerhalten war. Obwohl jedoch alle diese Behauptungen oft nur wenige Jahre überdauerten, hat doch ihre ständige Propagierung zu medizinischen 'Mythen' geführt, die Fragen hinsichtlich der Motivation mancher Wissenschaftler und Forscher aufkommen lassen.

Der zweite Strang dieser Arbeit gliedert sich in zwei Teile. Er dreht sich einerseits um den Diskurs in medizinischen Fachzeitschriften und Journale, und andererseits um die über die rein medizinische Ebene hinausgehenden Pro- und Kontraargumente, Formulierungen, Floskeln, Assoziationen und Emotionalitäten, die bei dem Thema der männlichen Beschneidung zum Vorschein kommen. Hat der in Fachzeitschriften geführte Diskurs einerseits den Zwiespalt aufgezeigt, in dem sich die Fachwelt in Bezug auf männliche

¹⁸⁸ BBC News 2009: URL.

¹⁸⁹ Interessant ist, dass sobald gegen eines dieser ‚Schreckgespenster‘ ein wirksames Therapeutikum gefunden wurde, wie zum Beispiel in den dreißiger Jahren des 20. Jahrhunderts Penicillin gegen Syphilis, die Wirksamkeit der Zirkumzision auf eine andere nicht behandelbare Krankheit umgeleitet worden ist.

Beschneidung befindet, und auf die 'Mangelhaftigkeit' rein medizinischer Betrachtungsweisen bei der Dateninterpretation¹⁹⁰ aufmerksam gemacht, so hat die empirischen Befragung den emotionellen Hintergrund und die kulturellen Wurzeln der Debatte umrissen und verdeutlicht. Die im Laufe der empirischen Befragung gemachte Beobachtung, dass beide Gruppen medizinische Begriffe verwendeten, um persönliche Gefühle auszudrücken ist beachtenswert und betont die Wichtigkeit interkultureller Forschung in Industrieländern über den Gebrauch und Einsatz von medizinischen Konzepten um kulturelle Ideale zu transportieren.

Die dabei offen gelegte dürftige Verbindung zu konkreten medizinischen Überlegungen verweist auf eine Zweckentfremdung und auf Verwendung von medizinischem Jargon und medizinischer Phrasen, um soziokulturelle Befindlichkeiten auszudrücken - die Verwendung der Medizin als 'Feigenblatt' kultureller Zustände.

Studien amerikanischer Forscher scheinen dazu zu tendieren, mögliche sexuelle und psychische Schäden von männlicher Beschneidung zu ignorieren und außer Acht zu lassen.¹⁹¹ Meine Arbeit zeigt, dass man die kulturell anerzogenen Meinungen und Vorurteile der Autoren und die in ihrer Kultur dominierende Haltung hinsichtlich Beschneidung nicht ignorieren darf. Es stellt sich die berechtigte Frage, wie sehr Objektivität und Neutralität bei dieser Thematik unter diesen Voraussetzungen gewährleistet werden können, ist doch die männliche Beschneidung ein hochemotionelles Thema, das starke Gefühle in Männern hervorrufen kann, speziell bei Männern die selbst beschnitten wurden.

Beschneidung als kulturelle Tradition, emotionelle Bezogenheit und die eigene Beschnittenheit beeinflussen die Interpretation der Ergebnisse der eigenen Studie nachhaltig. Geht man nach Van der Kolk, Psychiater und Experte für das Posttraumatische Stress Syndrom, kann das durch die eigene Beschneidung erlebte Trauma den Wunsch erzeugen, das Trauma zu wiederholen und wieder durchzuspielen.¹⁹² Laut Goldman kann

¹⁹⁰ Das Einbeziehen soziokultureller Variablen und eine interdisziplinäre Herangehensweise bei der Dateninterpretation sind unverzichtbarer Bestandteil jeglicher Analyse, die einem gewissen Vollständigkeitsanspruch gerecht werden möchte.

¹⁹¹ Goldman 2004, Boyle et al. 2002.

¹⁹² Van der Kolk 1989.

die eigene Beschnittenheit das Bedürfnis erzeugen, sie mit gesundheitlichen Überlegungen vor sich selbst zu rechtfertigen.¹⁹³

Ich schließe mich daher vollständig der Meinung von Siegfried und Muller an:

“Circumcision practices are largely culturally determined and as a result there are strong beliefs and opinions surrounding its practice. It is important to acknowledge that researchers personal biases and the dominant circumcision practices of their respective countries may influence their interpretation of findings.”¹⁹⁴

Der letzte Teil beschäftigt sich mit den möglichen globalen Folgen und Konsequenzen der momentan dominierenden medizinischen Strömungen zur Zirkumzision und stellt sich der Frage der Relevanz des Themas. Die Aktualität dieser Arbeit ergibt sich aus der momentanen WHO-Politik, die weitgehend auf Studien und Meinungen US-amerikanischer Autoren beruht und bei genauerer Beobachtung in ihrer generellen Aussage ‚Beschneidung schützt vor HIV‘ nicht haltbar ist. Im Jahre 2001 hat John Dalton diesen wichtigen Satz formuliert:

“While some of those looking at the effects of circumcision on HIV in Africa are no doubt innocents drawn unwittingly into the fray, many "researchers" are seeking to use African data of spurious relevance to proselytise for their own form of "circumcision" in their own culture.”¹⁹⁵

Die heutige HIV-Politik der WHO kann zu einem Bumerang werden und zu einem völligen Vertrauensverlust in die medizinische (und moralische) Kompetenz der großen internationalen Organisationen führen. Das kann langfristig katastrophale Auswirkungen haben - nicht nur in der HIV-Prävention sondern auch in allen sonstigen medizinischen und sozialen Belangen. Unter Umständen kann es sogar zu einer Erhöhung der HIV-Raten

¹⁹³ Goldman 2004.

¹⁹⁴ Siegfried et al. 2007: URL.

¹⁹⁵ Dalton 2001: URL.

im südlichen Afrika führen und alle bisherigen Versuche, weibliche Beschneidung einzudämmen, torpedieren.

Das Westliche Medizinsystem definiert sich als eine universale Wissenschaft, jenseits jeglicher kultureller, religiöser oder ethnischer Barrieren existierend. Betrachtet es jedes andere medizinische System zuallererst als Ausdruck und Spiegel der jeweiligen Kultur, so sondert es sich selbst von diesen 'traditionellen medizinischen Systemen' ab und gesteht sich den Rang eines objektiven, über der eigenen Kultur und deren Normen und Konzepten agierenden Wissenssystems mit Anspruch auf Allgemeingültigkeit zu. Gerade die männliche Beschneidung ist vor diesem Hintergrund ein gutes Beispiel dafür, um sowohl die untrennbare Verbundenheit unseres Medizinsystems mit unseren eigenen Werten und kulturellen Vorstellungen darzustellen, als auch unsere Schwierigkeiten, den eigenen Objektivitätsansprüchen gerecht zu werden, aufzuzeigen.

7. Literaturverzeichnis

7.1. Internetquellen

BBC News. 2009.

Uganda bans female genital mutilation. (10 Dezember 2009).

<http://news.bbc.co.uk/2/hi/africa/8406940.stm> (abgerufen am 3. August 2011)

CDC HIV/AIDS Science Facts. 2008.

Male Circumcision and Risk for HIV Transmission and Other Health Conditions: Implications for the United States.

<http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/circumcision.htm>

(abgerufen am 3. Oktober 2011)

CRUZ, Rio. 2001.

Prepuce: Anatomy and Functions.

<http://www.bmj.com/content/320/7249/1592/reply> (abgerufen am 3. Oktober 2011)

DALING, Janet R.; MADELEINE, Margaret M.; JOHNSON, Lisa G. et al. 2005.

“Penile cancer: Importance of circumcision, human papillomavirus and smoking in in situ and invasive disease.” *International Journal of Cancer.* E-Publication.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.21009/full>

(abgerufen am 16. Juni 2011)

DALTON, John. 2001.

Cultural imperialism should be recognised for what it is.

<http://www.bmj.com/content/320/7249/1592/reply> (abgerufen am 3. Oktober 2011)

DIABETES UK. 2011.

Diabetes prevalence 2011. <http://www.diabetes.org.uk/Professionals/Publications-reports-and-resources/Reports-statistics-and-case-studies/Reports/Diabetes-prevalence-2011-Oct-2011/> (abgerufen am 22. Juni 2011)

ELKS, Kevin . 2000.

Warped!

<http://www.bmj.com/content/320/7249/1592/reply> (abgerufen am 3. Oktober 2011)

HIV & MORE. 2010.

Von Experten für Experten.

<http://www.hivandmore.de/hiv-informationen/uebertragung.shtmln>

(abgerufen am 21. März 2011)

LEBER, Mark. 2005.

“Balanitis” in: *Primary Care Electronic Library*

<http://judas.sgul.ac.uk/nelhpc/pcel/cache.php?id=779> (abgerufen am 7. Juli 2011)

LIGHTFOOT-KLEIN, Hanny. 1996.

Similarities in Attitudes and Misconceptions toward Infant Male Circumcision in North America and Ritual Female Genital Mutilation in Africa.

<http://cagem.org/femalevsmales.aspx> (abgerufen am 19. August 2010)

MAIMONIDES, Moses. 1904.

The guide for the perplexed. Übersetzt von M. FRIEDLÄNDER

http://www.teachittome.com/seforim2/seforim/the_guide_for_the_perplexed.pdf

(abgerufen am 8. Oktober 2011)

MOTHERING. 2010.

A Newborn in the Hospital Circumcised Without his Parents' Consent.

Reaktion des Lesers "Restoring Tally" auf den Beitrag vom 17. September 2010.

<http://mothering.com/jennifermargulis/rejecting-modern-medicine/a-newborn-in-the-hospital-circumcised-without-his-parents-consent> (abgerufen am 12. Februar

2011)

NATIONAL PUBLIC RADIO. 2004.

Sex Education in America. (24. Februar 2004).

<http://www.npr.org/templates/story/story.php?storyId=1622610>

(abgerufen am 22. Jänner 2011)

NEW YORK TIMES. 2010.

Steep Drop Seen in Circumcisions in U.S. (16. August 2010).

<http://www.nytimes.com/2010/08/17/health/research/17circ.html?ref=health>

(abgerufen am 9. Mai 2011)

RANDO-SOUS, A.; PEREZ-UTRILLA, Pérez M.; AGUILERA, Bazán A. et al. 2009.

"A review of penile cancer." *Advances in Urology* 2009:415062. E-Publikation

<http://downloads.hindawi.com/journals/au/2009/415062.pdf>

(abgerufen 17. März 2011)

SIEGFRIED, Nanti; MULLER M; VOLMINK J. et al. 2007.

Male circumcision for prevention of heterosexual acquisition of HIV in men

(Review). <http://apps.who.int/rhl/reviews/langs/CD003362ru.pdf>

(abgerufen am 7. Januar 2011)

STALLINGS, Rebecca Y. und KARAGUENDO, Emilian. 2005.

Female circumcission and HIV infection in Tanzania: for better or for worse?

3. IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment, Rio de Janeiro, 24 - 27 Juli 2005.

<http://www.tzonline.org/pdf/femalecircumcisionandHIVinfectionintanzania.pdf>

(abgerufen am 16. Februar 2011)

VIENS, Adrian. 2001.

Ethical implications of male circumcission and HIV in developing Nations.

<http://www.bmj.com/content/320/7249/1592/reply> (abgerufen am 3. Oktober 2011)

WORLD HEALTH ORGANISATION. 2007.

HIV/AIDS. (28. März 2007).

<http://www.who.int/hiv/mediacentre/news68/en/index.html> (abgerufen am 28. August 2011)

WORLD HEALTH ORGANISATION/UNAIDS. 2007.

New Data on Male Circumcision and HIV Prevention: Policy and Programme

Implications. (März 2007)

http://data.unaids.org/pub/Report/2007/mc_recommendations_en.pdf

(abgerufen am 13. Oktober 2010)

7.2. Literatur

ABU-RADDAD, L.; PATNAIK P. und KUBLIN, G.J. 2006.

“Dual infection with HIV und Malaria fuels the spread of both diseases in sub-Saharan Africa.” *Science* 314(5805): 1603-1606.

ACTON, William. 1853.

Practical Treatise on Diseases of the Urinary and Generative Organs in both Sexes. New York: J. S. Redfield.

ACTON, William. 1865. [1857]

The functions and disorders of the reproductive organs in childhood, youth, adult age, and advanced life, considered in their physiological, social, and moral relations.

Philadelphia: Lindsay and Blakiston.

ANNOBIL, S.H.; AL-HILFI, A. und KAZI, T. 1990.

“Primary tuberculosis of the penis in an infant.” *Tubercle* 71(3): 229-230.

ARISTOTELE [Pseud. = William Salomon]. 1828 [1680].

The Works of Aristotele, the Famous Philosopher in Four Parts.

o.O, New England: Eigenverlag.

AUVERT, Bertran; TALJAARD, Dirk; LAGARDE, Emmanuel et al. 2005.

“Randomized, Controlled Intervention Trial of Male Circumcision for Reduction of HIV Infection Risk: The ANRS 1265 Trial.” *PLoS Medicine* 2(11):1112–1122.

AYDOGDU, Özgü und RADMAYR, Christian. 2010.

“Urinary Tract Infection: Europe.” In: Prasad P. GODPOLE, Martin A. KOYLE und Duncan T. WILCOX (Hrsg.): *Guide to Pediatric Urology and Surgery in Clinical Practice.* New York u.a.O.: Springer Verlag: 21-34.

BAILEY, Robert C.; MOSES, Stephen; PARKER, Corette B. et al. 2007.

“Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial.” *The Lancet* 369 (9562): 643–656.

BAILEY, Robert C.; NEEMA, D. und OTHIEN R.. 1999.

“Sexual behaviors and other HIV risk factors in circumcised and uncircumcised men in Uganda.”

Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 22 (3):
294-301.

BALETA, A. 1998.

“Concern voiced over “dry sex” practices in South Africa.”

The Lancet 352(9136):1292.

BARONGO, L.R.; BORGDORFF, M.W.; MOSHA, F.F. et al. 1992.

“The epidemiology of HIV-1 infection in urban areas, roadside settlements and rural villages in Mwanza Region, Tanzania.” *AIDS* 6(12):1521-1528.

BENADOR, D.; BENADOR, N.; SLOSMAN, D. et al. 1997.

“Are younger children at highest risk of renal sequelae after pyelonephritis?”

The Lancet 349(9044): 17–19.

BENNETT, John; SCHOOLEY, Michael; TRAVERSO, Hector. et al. 1996.

“Bundling, a newly identified risk factor for neonatal tetanus: implications for global control.” *International Journal of Epidemiology* 25(4): 879-884.

BIALE, David. 1992.

Eros and the Jews: From biblical Israel to contemporary America.

New York: Basic Books.

BIGELOW, Jim. 1995.

The Joy of Uncircumcising! exploring circumcision : history, myths, psychology, restoration, sexual pleasure, and human rights. Aptos/CA: Hourglass Book Pub.

BONOMI, Carlo. 1998.

“Freud and Castration: A new Look into the Origins of Psychoanalysis.”
Journal of the American Academy of Psychoanalysis 26: 29-49.

BOYLE, G.; GOLDMAN, R.; SVOBODA J. et al. 2002.

“Male Circumcision: Pain, Trauma and Psychosexual Sequelae.”
Journal of Health Psychology 7(3): 329-343.

BREWER, D. D., POTTERAT, J.J. und J. M. ROBERTS, J.M. 2007.

“Male and female circumcision associated with prevalent HIV infection in virgins and adolescents in Kenya, Lesotho and Tanzania.”
Annals of Epidemiology 17(3): 217-226.

CARAEL, M.; VAN de PERRE, P.H.; LEPANGE, P.H. et al. 1988.

“Human immunodeficiency virus transmission among heterosexual couples in Central Africa..”*AIDS* 2(3): 201-205.

CHANGEDIA, S.M. und GILADA, I.S. 2002.

Role of male ciircumcision in HIV transmission insignificant in conjugal relationship.

(Abstract No. ThPeC7420). Präsentiert bei der 14. Internationalen AIDS Konferenz, Barcelona, Spanien, Juli 7-12, 2002.

CHAO, A.; BULTERYYS, M.; MUSANGANIRE, F. et al. 1994.

“Risk factors associated with prevalent HIV-1 infection among pregnant women in Rwanda.” *International Journal of Epidemiology* 23(2): 371-380.

CHAPIN, Charles V. 1917.

How to Avoid Infection. Cambridge: Harvard University Press.

CHAPMAN, Norman H. 1882.

“Letter to the editor.” *Medical News* (Philadelphia) 41: 317.

COULTHARD, M.G.; LAMBERT, H.J. und KEIR, M.J. 2001

“DMSAs after UTI: scan more children, not less.”

Archives of Disease in Childhood 85(4): 348.

DARBY, Robert. 2005.

A Surgical Temptation: The Demonization of the Foreskin and the Rise of Circumcision in Britain. Chicago: University of Chicago Press.

DE VINCENZI, I. 1994.

“A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners.” *New England Journal of Medicine* 331(6): 341-346.

DE WITTE, Lot; NABATOR, Alexey; POIN, Marjorie et al. 2007.

“Langerin is a natural barrier to HIV-1 transmission by Langerhans cells.” *Nature Medicine* 13(3): 367-371.

DONOVAL, Betty A.; LANDAY, Alan L.; MOSES, Stephen et al. 2006.

“HIV-1 target cells in foreskins of African men with varying histories of sexually transmitted infections.” *American Journal of Clinical Pathology* 125(3): 386-391.

DOUGLAS, Mary. 2002 [1966].

Purity and Danger. New York: Routledge.

Eckart, Wolfgang U. 1994.

Geschichte der Medizin. 2. komplett überarbeitete Auflage.

Berlin u.a.O.: Springer-Verlag.

ELLIS, Havelock. 2001 [1900].

Studies in the Psychology of Sex Volume 1 : The Evolution of Modesty; the Phenomena of Sexual Periodicity; Auto Erotism. [Faksimile der 2. Auflage New York 1901.] Honolulu: University Press of the Pacific.

FEHIGE, Joerg. 2007.

Sexualphilosophie: Eine einführende Annäherung. Münster: LIT Verlag.

FRIEDMAN, David M. 2001.

A mind of its own: a cultural history of the penis. New York: Simon & Schuster.

GAIRDNER, Douglas. 1949.

“The fate of the foreskin: A study of circumcision.”

British Medical Journal 2: 1433-1437.

GALEN. 1968.

Galen on the usefulness of the parts of the body.

[*De Usu Partium Corporis Humani*] Margaret Talladge MAY (Übers.)

New York: Cornell University Press.

GAJALAKSHMI, C. und SHANTA, V. 1993.

“Association between cervical and penile cancers in Madras, India.”

Acta Oncologica 32(6): 617-620.

GOLDMAN, Ronald. 1997.

Circumcision: the Hidden Trauma. Boston: Vanguard Publications.

GOLDMAN, Ronald. 2004.

“Circumcision Policy: A Psychosocial Perspectiv.”

Paediatrics and Child Health 9(9): 630-633.

GRAY, Ronald H.; KIGOZI, Godfrey; SERWADDA, David et al. 2007.

“Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial.” *The Lancet*, 369(9562): 657-666.

GRAY, Ronald H.; QUINN, Thomas C.; SERWADDA, David et al. 2000.

“Letter to the Editor.” *New England Journal of Medicine* 343: 361-363

GROSSKURTH, H.; MOSHA, F.; TODD, J. et al. 1995.

“A community trial of the impact of improved sexually transmitted disease treatment on the HIV epidemic in rural Tanzania.” *AIDS* 9(8): 927-934.

HALPERIN, Daniel T. und BAILEY, Robert C. 1999.

“Male circumcision and HIV infection: 10 Years and counting.”

The Lancet 354(9192): 1813-1815.

HAMMOND, T. 1999.

“A Preliminary Poll of Men Circumcised in Infancy or Childhood.”

British Journal of Urology International 83(suppl. 1): 85-92.

HUSSAIN, L.A. und LEHNER, T. 1995.

“Comparative investigation of Langerhans’ cells and potential receptors for HIV in oral, genitourinary and rectal epithelia.” *Immunology* 85(3): 475-484.

KAGEE, Ashraf; TOEFY, Yoesrie; SIMBAYI, Leickness et al. 2005.

“HIV prevalence in three predominantly Muslim residential areas in the Cape Town metropole.” *South African Medical Journal* 95(7): 512-516.

KAYABA, H.; TANIMURA, H. und KITAJIMA, S. et al. 1996.

“Analysis of shape and retractability of the prepuce in 603 Japanese boys.”

Journal of Urology 156(5): 1813-1815.

KELLOG, John H. 2007 [1877].

Plain facts for old and young. o.O: The Echo Library.

KIM, Dai-Sik und PANG Myung-Geol. 2007.

“The Effect of Male Circumcision on Sexuality.”

British Journal of Urology International 99(3): 619-622.

KOBELT, Georg L. 1844.

Die Männlichen und Weiblichen Wollust-Organen des Menschen und einiger Säugethiere in anatomisch-physiologischer Beziehung unter sucht und dargestellt.

Freiburg im Breisgau: Adolph Emmerling.

KOCHEN, M. und McCURDY, S. 1980.

“Circumcision and the risk of cancer of the penis: a life-table analysis.”

American journal of diseases of children 13(5): 484–486.

KREBS IN DEUTSCHLAND. 2010.

Krebs in Deutschland 2005/2006 Häufigkeiten und Trends. 7. Ausgabe.

Robert Koch-Institut (Hrsg) und die Gesellschaft der epidemiologischen

Krebsregister in Deutschland e. V. (Hrsg). Berlin.

KUTALEK, Ruth. 2003.

“Medizinische Systeme in Afrika.”

In: Katarina GREIFELD (Hrsg.): Ritual und Heilung : Eine Einführung in die

Medizinethnologie. Berlin: Dietrich Reimer Verlag: 39-67.

LALLEMAND, Claude-Francois. 1866 [1838].

A practical treatise on the causes, symptoms and treatment of spermatorrhoea.

[*Des pertes seminales involontaires*] Philadelphia: Henry C. Lea.

LANDER, J.; BADY-FRYER, B.; METCALFE, B.J. et al. 1997.

“Comparision of ring Block, Dorsal Penile Nerve block and Topical Anesthesia for Neonatal Circumcision.”

Journal of the American Medical Association 278: 2157-2162.

MAICHE, A. G. 1992.

“Epidemiological aspects of cancer of the penis in Finland.”

European Journal of Cancer Prevention 1(2): 153-158.

MBULAITEYEA, S.; RUBERANTWARIA, A.; NAKIYINGIA, J. et al. 2000.

“Alcohol and HIV: a study among sexually active adults in rural southwest Uganda.” *International Journal of Epidemiology* 29(5): 911-915.

McGRATH, Ken. 2001.

“The frenular delta: A new preputial structure.”

In: George C. DENNISTON, Frederick M. HODGES und Marilyn F. MILOS (Hrsg.): *Understanding circumcision: A multi-disciplinary approach to a multi-dimensional Problem.* New York: Kluwer Academic/Plenium Press: 199-206.

MEYER, Ernst J. 1840.

Versuch einer medicinischen Topographie und Statistik der Haupt- und

Residenz Stadt Dresden. Stolberg am Harz und Leipzig: B.G.H. Schmidt.

MILLS, Edward J.; SINGH, Sonal; SINGH, Jerome A. et al. 2005.

“Designing research in vulnerable populations: lessons from HIV prevention trials that stopped early.” *British Medical Journal* 331(7529): 1403-1406.

MOSES, D.; PLUMMER, J.E.; BRADLEY, J.E. et al. 1994.

“The association between lack of male circumcision and risk for HIV infection: a review of the epidemiological data.” *Sexually Transmitted Diseases* 21(4): 201-210.

NEILSON, Andrew und O'TOOLE, Steward. 2010.

“Urinary Tract Infection: United Kingdom.” In: Prasad P. GODPOLE, Martin A. KOYLE und Duncan T. WILCOX (Hrsg.): *Guide to Pediatric Urology and Surgery in Clinical Practice*. New York u.a.O.: Springer Verlag: 9-20.

NICOLL, Agnus. 1997.

“Routine Male Neonatal Circumcision and Risk of Infection with HIV-1 and Other Sexually Transmitted Diseases.” *Archives of Disease in Childhood* 77(3): 194-195.

NTOZI, James P.M. 1997.

“Using circumcision to prevent HIV infection in sub-Saharan Africa: the view of an African.” *Health Transit Review* 7(Supl.): 97-100.

O'BRIEN, T.R.; CALLE, E.E. und POOLE W.K.. 1995.

“Incidence of neonatal circumcision in Atlanta, 1985-1986.”
Southern Medical Journal 88: 411-415.

O'HARA, K. und O'HARA J. 1999.

“The Effect of Male circumcision on the Sexual enjoyment of the Female Partner.”
British Journal of Urology International 83(suppl. 1): 79-84.

ÖZDEMİR, Enver. 1997.

“Significantly increased complication risks with mass circumcisions.”
British Journal of Urology 80(1): 136-139.

PAGET, James. 1879.

Clinical lectures and essays. o.O: D. Appleton.

PATTERSON, Bruce K.; LANDAY Alan; SIEGEL, Joan N. et al. 2002.

“Susceptibility to Human Immunodeficiency Virus-1 Infection of Human Foreskin and Cervical Tissue Grown in Explant Culture.”

American Journal of Pathology 116(3): 867-873.

PEC, J.Jr.; PEC, J.Sr.; PLANK, L. et al. 1992.

“Squamous cell carcinoma of the penis. Analysis of 24 cases.”

International Urology and Nephrology 24(2): 193-200.

PRICE, Christopher. 1999.

“Male Non-Therapeutic Circumcision: The Legal and Ethical Issues.”

In: George C. DENNISTON, Frederick M. HODGES und Marilyn F. MILOS

(Hrsg.): *Male and female Circumcision.*

New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers: 425-454.

QUINN, T.C.; WAVER, M.J. und SEWANKAMBO, N. 2000.

“Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1.” *New England Journal of Medicine* 342(13): 921-929.

REDI, Francesco. 1909 [1668].

[Esperienze Intorno alla Generazione degl'Insetti.]

Experiments on the generation of insects. Übers.: Mab BIGELOW.

Chicago: Open Court Publishing.

REMONDINO, Peter C. 1974 [1891].

History of Circumcision from the Earliest Times to the Present: Moral and Physical Reasons for its Performance. New York: AMS Press.

PHILLIPS, K.T.; RUTTMAN, K.T. und VILJOEN, J. 1996.

“Flying doctors, saving costs.” *South African Medical Journal* 86(12): 1557-1558.

RHINEHART, J. 1999.

“Neonatal Circumcision Reconsidered.”

Transactional Analysis Journal 29(3): 215-221.

RITTER, Thomas J. und DENNISTON, George C. 1996.

Say No to Circumcision. Aptos, CA: Hourglass.

RYAN, C. und FINER, N. 1994.

“Changing Attitudes and Practices Regarding Local Analgesia for Newborn Circumcision.” *Pediatrics* 94(2, Teil1): 230-233.

SALOMON, Moritz G. 1844.

Die Beschneidung : Historisch und medizinisch beleuchtet.

Braunschweig: Friedrich Vieweg und Sohn.

SCHLUP, Leonard C. und RYAN, James G. 2003.

Historical dictionary of the Gilded Age.

New York: M. E. Sharpe.

SCHOEN, Edgar. 1997.

“Benefits of newborn circumcision: is Europe ignoring medical evidence?”

Archives of Disease in Childhood 77: 258-260.

SCHOTT, Heinz (Hrsg.) 1998.

Der sympathetische Arzt : Texte zur Medizin im 18. Jahrhundert.

München: C.H. Beck

SHANKAR, K.R. und RICKWOOD, A.M. 1999.

“The incidence of phimosis in boys.” *British Journal of Urology* 84(1): 101-102.

SORRELS, Morris L.; SNYDER, James L.; REISS, Mark D. et al. 2007.

“Fine-Touch Pressure Thresholds in the Adult Penis.”

British Journal of Urology International 99(4): 864 -869.

SUTHERLAND, J.M.; GLUECK, H.I. und GLESER, G. 1967.

“Hemorrhagic disease of the newborn: breast feeding as a necessary factor in the pathogenesis.” *American Journal of Diseases of Children* 113(5): 524-533.

SZABO, Robert und SHORT, Roger V. 2000.

“How does male circumcision protect against HIV infection?.”

British Medical Journal 320(7249): 1592-1594.

SZRETER, Simon. 1996.

Fertility, Class and Gender in Britain 1860-1940.

Cambridge: Cambridge University Press.

TADDIO, Anna; KATZ Joel; ILERSICH, A. Lane et al. 1997.

“Effect of Neonatal Circumcision on Pain Response During Subsequent Routine Vaccination.” *The Lancet* 349(9052): 599-603.

TAYLOR, J.R.; LOCKWOOD, A.P. und TAYLOR, A.J. 1996.

“The Prepuce: Specialized Mucosa of the Penis and Its Loss to Circumcision.”

British Journal of Urology 77(2): 291-295.

TISSBERGER, Martina. 2009.

“Dark Continents : Über das Unbewusste von Sexismus und Rassismus.”

In: Gisela STEINS (Hrsg.): *Handbuch Psychologie und Geschlechterforschung.*

Wiesbaden: VS Verlag: 371-391.

VAN DER KOLK, B.A. 1989.

“The compulsion to repeat the trauma:re-enactment, revictimization, and masochism.” *Psychiatric Clinics of North America* 12(2): 389-411.

VAN HOWE, Robert S. 1999.

“Circumcision and HIV Infection: Review of the literature and meta-analysis.”
International Journal of STD's and AIDS 10: 8-16.

VAN HOWE, Robert S., COLD, Christopher J. und STORMS, Michelle R. 2000.

“Male circumcision and HIV prevention: some science would not have gone amiss.”

British Medical Journal 321(7274): 1467.

VAN HOWE, Robert S., SVOBODA, Steven J. und HODGES, Frederick M. 2005.

“HIV infection and circumcision: cutting through the hyperbole.”

Journal of the Royal Society for the Promotion of Health 125(6): 259-265.

WALTER, A. G. 1857.

“New Operation for Phimosis.” *British Medical Journal* 1(23): 476.

WARREN, J. und BIGELOW J. 1994.

“The case against circumcision.”

The British Journal of Sexual Medicine 1994: 6-8.

WEISS, Gerald N. 1997.

“Prophylactic neonatal surgery and infectious diseases.”

The Pediatric Infectious Disease Journal 16(8): 727-734.

WISWELL, T.E. und GESCHKE, D.W. 1989.

“Risks from circumcision during the first month of life compared with those for uncircumcised boys.” *Pediatrics* 83(6): 1011-1015.

WOLBARST, Abraham. 1932.

“Circumcision and penile cancer.” *The Lancet* 219(5655): 150-153.

8. Abstract

Die Thematik der Zirkumzision gewann jüngst an enormer Brisanz durch einige Studien, die zu dem Ergebnis kamen, dass die Infektionsrate mit HIV unter beschnittenen Männern geringer ist als unter unbeschnittenen. Dies führte zu einem Schwenk in der Politik von internationalen Organisationen wie die WHO, die nunmehr männliche Beschneidung als legitime und empfehlenswerte Maßnahme zur Eindämmung der HIV-Pandemie betrachten.

Angesichts der weitreichenden Konsequenzen dieser Entwicklung versucht die vorliegende Arbeit die Frage zu beantworten, inwieweit unbewußte historische und kulturelle Gründe diese Entscheidung beeinflusst haben. Insbesondere da sich die Medizin als universale Wissenschaft jenseits kultureller, religiöser oder ethnischer Schranken sieht, sich durch diesen Anspruch von traditionellen Medizinsystemen abgrenzt und sich den Rang eines abseits jeglicher kultureller Wertvorstellungen operierenden Wissenssystems zugesteht.

Die Ergebnisse meiner historischen Untersuchung zeigen die religiösen Wurzeln der männlichen Beschneidung und ihr Eingebettetsein in Konzepte von 'rein' und 'unrein', die im Zuge der wissenschaftlichen Revolution von der Medizin übernommen und durch medizinische Rationalisierungen legitimiert wurden. Im Gegensatz zum kontinentalen Europa fand diese medizinisch aufbereitete Argumentation im puritanischen England der viktorianischen Zeit und den Vereinigten Staaten von Amerika großen Anklang. Anders als in den Vereinigten Staaten erlebte das Vereinigte Königreich bereits in der Zwischenkriegszeit einen sexuellen Liberalismus, der zur Hinterfragung und im Jahre 1949 zur Abschaffung der bis dahin staatlich finanzierten neonatalen Zirkumzision führte.

Der zweite Teil meiner Arbeit untersucht sowohl den zurzeit geführten medizinischen Diskurs zwischen Großbritannien und den Vereinigten Staaten, als auch die über reine medizinische Argumente hinausgehenden kulturellen und historisch bedingten Meinungen und Sichtweisen über die Zirkumzision.

Im Lichte dieses Diskurses gewinnt die insbesondere durch Mediziner aus dem US-amerikanischen Raum forcierten Beschneidungskampagnen der WHO und anderer internationaler Organisationen an gefährlicher Brisanz. Der Versuch der Transformation dieser US-amerikanischen Tradition in eine universell-afrikanische könnte möglicherweise dazu führen, dass die Beschneidungskampagnen das Gegenteil von dem bewirken was sie beabsichtigen. Gesunkene Kondomverwendung, und die unbeabsichtigte Rechtfertigung für weibliche Beschneidung sind vorstellbare Konsequenzen, die unter Umständen nicht nur zum Scheitern der Kampagnen führen könnten, sondern auch zu einem Vertrauensverlust in die medizinische Kompetenz der großen internationalen Organisationen.

Es zeigt sich, dass auch die Medizin des 21. Jahrhunderts nicht unbeeinflusst von Kultur und Geschichte agiert und damit der Anspruch der reinen und unvoreingenommenen Naturwissenschaft eine Illusion ist.

Male circumcision has become an increasingly important issue due to several studies which found that circumcised men are less likely to become infected with HIV than non-circumcised men. The studies' results made many international organisations, as for example the WHO, change their long-standing policy regarding male circumcision. Now they recommend this procedure as a legitimate HIV prevention measure.

Considering the far-reaching consequences of this development, this thesis tries to examine the historical and cultural impact on this decision. Especially as medicine considers itself to be a universal science, transcending cultural, religious and ethnic barriers, thus setting itself apart from traditional medical systems and positioning itself as a system operating beyond culturally influenced concepts.

The results of my historical examination show that male circumcision is religiously rooted and subject to the concept of 'clean versus unclean'. During the scientific revolution, medicine adopted this concept and rationalised it in order to legitimize it. Unlike continental Europe, this medically-substantiated line of argument met with general approval in the United Kingdom and the United States of America. As opposed to the United States, the UK experienced a liberalisation of sexual morality already during the interwar period. As a result it started to question government funding of infant circumcision and eventually ended it in 1949.

The second part of my thesis deals with the medical discourse currently taking place between the United Kingdom and the United States, as well as with culturally and historically influenced beliefs and views which go beyond purely medical considerations.

In light of this discourse, circumcision campaigns launched by the WHO and other international organisations, which are strongly backed by U.S. physicians, become an increasingly controversial issue. The attempt to turn this US tradition into a universally African one could produce effects opposite to those intended by circumcision campaigners. Decreased condom use and the unintended justification of female circumcision are possible consequences, which could not only cause the campaign to fail, but could also result in the competence of large international organisations being questioned.

It becomes clear that 21st century medicine isn't unaffected by culture and history. Hence, the idea of medicine as a pure and objective natural science proves to be a mere illusion.

Lebenslauf

Persönliche Angaben

Name Pfnadschek Petra

Geburtsdatum 03.03.1969

Geburtsort Graz

Nationalität Österreich

Ausbildung

1975 – 1979 Volksschule Mautern/Stmk.

1979 – 1982 Hauptschule Mautern/Stmk.

1982 – 1983 Schulschwestern Eggenberg

1983 – 1988 HBLA Leoben

seit September 2003: Studium der Kultur- und Sozialanthropologie,
daneben Studium der Medizin und der Numismatik

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides statt, daß ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe.

Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Wien, am 05. 11. 2011

(Petra Pfnadschek)