



IM FOKUS

Zirkumzision

Beschneidung und jüdische Identität

Die Beschneidung von Jungen in der islamischen Religionsgeschichte

Zur medizinischen Dimension der Beschneidungsdebatte

Zum „Gesetz über den Umfang der Personensorge bei einer Beschneidung des männlichen Kindes“

Kommentar

Patientenrechte

Selbstbestimmung

Anmerkung zum Urteil
des OLG-Hamm vom
06.02.2013

Behandlungsentscheidung

Der selbstbestimmte
Demente

Liebe Leserinnen und Leser,

im vergangenen Jahr hat das Landgericht Köln die Beschneidung eines muslimischen Jungen für strafbar erklärt und damit eine heftig und kontrovers geführte Debatte in Wissenschaft, Politik und Gesellschaft über die Zulässigkeit dieses religiösen Ritus ausgelöst. Aus Angst vor einer strafrechtlichen Verfolgung führten jüdische und muslimische Ärzte zeitweise keine Beschneidungen mehr durch. Der Ethikrat positionierte sich für die grundsätzliche Zulässigkeit und stellte Kriterien für eine wirksame Durchführung des medizinisch nicht indizierten Eingriffs auf. Mit dem noch im Dezember 2012 verabschiedeten „Gesetz über den Umfang der Personensorge bei einer Beschneidung des männlichen Kindes“ hat der Gesetzgeber die (nicht nur religiös motivierte) Beschneidung unter bestimmten Voraussetzungen nun ausdrücklich erlaubt und damit für Klarheit in der vermeintlich unsicheren Rechtslage gesorgt.

Diese Ausgabe soll medizinische, juristische, ethische und theologische Dimensionen aufzeigen, um damit eine wissenschaftlich fundierte Argumentationsgrundlage für die sich in der Gesetzesanwendung stellenden Fragen zu schaffen. Den Autoren, die mit ihren Beiträgen eine differenzierte und fachübergreifende Betrachtung ermöglichen, gilt unser besonderer Dank.

Zudem stellen wir Ihnen angesichts des neuen Patientenrechtegesetzes Wege zur Entscheidungsfindung im medizinischen Behandlungskontext vor und greifen unter dem Gesichtspunkt der Selbstbestimmung noch einmal den Fokus vom letzten Heft (Demenz) auf.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre.

Franziska Kelle
Andreas Walker
Sven Wedlich

Redaktionsleitung

INHALT

	Editorial	3		GESETZESENTWURF	
	IM FOKUS: BESCHNEIDUNG		<i>Marlis Hübner</i>	Zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung	62
<i>Stephan Schorch</i>	Beschneidung und jüdische Identität	6		KOMMENTAR	
<i>Thomas Eich</i>	Die Beschneidung von Jungen in der islamischen Religionsgeschichte	11	<i>Helena Bebert</i>	Anmerkung zum Urteil des OLG Hamm vom 06.02.2013 – Az. I-14 U 7/12	65
<i>Hikmet Ulus</i>	Religiöse Beschneidung bei Jungen. Praxisbericht eines Kinderchirurgen	15		PATIENTENRECHTE	
<i>Mattias Schäfer Maximilian Stehr</i>	Zur medizinischen Dimension der Beschneidungsdebatte	17	<i>Sven Wedlich</i>	Behandlungsentscheidung	68
<i>Jens Soukup Patrick Kellner</i>	Schmerzen müssen ertragen werden – Warum eigentlich? Diskussion im Zusammenhang mit der rituellen Beschneidung	25	<i>Andreas Walker</i>	Denkräume der Autonomie	76
<i>Stefanie Hahn</i>	Zur religiös motivierten Beschneidung des männlichen Kindes. Ein verfassungsrechtlicher Überblick	33	<i>Marlen Asch</i>	Der selbstbestimmte Demente. Eine philosophische Analyse zu Autonomie und Selbstbestimmung im Grenzfall Demenz	82
<i>Beate Kienemund</i>	Zum „Gesetz über den Umfang der Personensorge bei einer Beschneidung des männlichen Kindes“ (BGBl. 2012 I S. 2749)	39	<i>Andreas Walker</i>	Katarina Greifeld (Hg.), Medizinethnologie. Eine Einführung.	87
<i>Franziska Wagener</i>	Beschneidung des männlichen Kindes. Zivilrechtliche Grenzen der Personensorge	49		IN EIGENER SACHE	
<i>Sebastian Müller</i>	Die rituelle Beschneidung vor und nach dem Urteil des LG Köln aus berufsrechtlicher Perspektive	55	<i>Franziska Kelle</i>	Gründung des Interdisziplinären Forums Medizin-Ethik-Recht Berlin	91
				Impressum	92

Beschneidung und jüdische Identität*

von Prof. Dr. theol. Stefan Schorch

Die Beschneidung ist für Juden nicht nur ein religiöser Ritus mit anschließender Familienfeier, bei der der Name des Kindes das erste Mal überhaupt genannt wird. Vielmehr wird die Beschneidung als unbedingter Teil des Jüdisch-Seins empfunden, als eine unumstößliche religiöse Vorschrift, an der sich für viele Juden die Möglichkeit, als Jude frei leben zu können, konkretisiert und entscheidet. Die Beschneidung ist mithin einer der Grundpfeiler der jüdischen Identität.

1. Hermeneutische Aspekte

In dem grundlegenden biblischen Text Gen 17,10-14 heißt es:¹

Das aber ist mein Bund, den ihr halten sollt zwischen mir und euch und deinem Geschlecht nach dir: Alles, was männlich ist unter euch, soll beschnitten werden; eure Vorhaut sollt ihr beschneiden. Das soll das Zeichen sein des Bundes zwischen mir und euch. Jedes Knäblein, wenn's acht Tage alt ist, sollt ihr beschneiden bei euren Nachkommen. Desgleichen auch alles, was an Gesinde im Hause geboren oder was gekauft ist von irgendwelchen Fremden, die nicht aus eurem Geschlecht sind. Beschnitten soll werden alles Gesinde, was dir im Hause geboren oder was gekauft ist. Und so soll mein Bund an eurem Fleisch zu einem ewigen Bund werden. Wenn aber ein Männlicher nicht beschnitten wird an seiner Vorhaut, so soll er abgeschnitten werden von seinem Volk, weil er meinen Bund gebrochen hat.

Der biblische Text verknüpft Beschneidung und Volkszugehörigkeit, und tatsächlich spielt diese Verbindung durch die Geschichte und Tradition des Judentums hinweg eine zentrale Rolle: Wer nicht beschnitten ist, kann demnach von vornherein und a priori nicht zum Judentum gehören. Der biblische Text erläßt ein in seiner Formulierung eher allgemeines Gebot, wenn auch ein offenkundig zentrales, und begründet literarisch eine bereits bestehende Beschneidungspraxis.

Aus sprachlicher Sicht ist völlig unklar, was das hebräische Verb *māl*, das mit „beschneiden“ übersetzt wird, genau heißt. Deutlich ist immerhin, daß es eine mit einem Schneidwerkzeug ausgeführte Manipulation der männlichen Vorhaut bezeichnet. Detaillierte medizinische oder aber auch nur allgemeinere Ausführungsbestimmungen, wie z. B. hinsichtlich der Größe des Schnitts o. ä. fehlen hingegen. Aber diese Unklarheit zielt nicht auf eine mögliche Flexibilität der Textauslegung, sondern der hier vor-

liegende Text wurde schon immer und fortwährend vor dem Hintergrund der bestehenden Praxis gelesen und verstanden. Von daher waren detaillierte Ausführungsbestimmungen des biblischen Beschneidungsgebotes verzichtbar, und sie sind es bis heute: Man kann den Text von Gen 17 nicht wirklich verstehen, ohne aus der Beobachtung zu wissen, von was da eigentlich die Rede ist. Andererseits verändert sich die Praxis natürlich. Aufgrund der geschilderten und in diesen Text von vornherein eingebauten Rückkopplung mit der aktuellen Beschneidungsausführung verändert sich für den Leser auch der Text. So konnten mit dem Verb *māl* im Verlaufe der jüdischen Geschichte de facto ganz unterschiedliche Operationsformen verbunden werden. Dabei gehörte nicht das Steinmesser, sondern ein chirurgisches Operationsbesteck schon lange zur Grundausstattung des jüdischen Beschneiders.

Der Satz „Jedes Knäblein, wenn's acht Tage alt ist, sollt ihr beschneiden bei euren Nachkommen“ formuliert ein allgemeines Gebot. Was aber soll man tun, wenn sich der Ausführung dieser Aufforderung praktische Schwierigkeiten entgegenstellen, z. B. wenn in Kriegszeiten kein geeigneter Beschneidungsfachmann greifbar ist, oder wenn das Kind sehr schwach oder gar krank ist und die mit der Operation verbundenen gesundheitlichen Komplikationen mutmaßlich nicht überstehen würde? Die Antworten auf diese Fragen, die doch für die sachgemäße Durchführung der Beschneidung es-

sentiell sein können, stehen nicht im Text, aber auch sie sind via begleitende Praxis stets mit dem Text verknüpft gewesen und haben eine umfängliche jüdische Fachliteratur hervorgebracht, die ihrerseits wiederum diese Praxis reflektiert.

2. Historische Aspekte

Darüber hinaus ist nun allerdings auch zu berücksichtigen, daß die jüdische Binnenperspektive auf die Beschneidung auch geprägt ist von dem starken historischen Bewußtsein, das von jeher integraler Bestandteil der jüdischen Identität ist. Vor allem zwei historische Beschneidungsverbote sind dabei für das jüdische kulturelle Gedächtnis bis heute prägend und gingen in die jüdische Erinnerungskultur als paradigmatische Erfahrungen ein, nämlich einerseits das Beschneidungsverbot, welches der hellenistische Herrscher Antiochus Epiphanes IV. im 2. Jh. v. Chr. erließ, und andererseits das Beschneidungsverbot unter dem römischen Kaiser Hadrian an der Wende vom 1. zum 2. Jh. n. Chr.

Das Beschneidungsverbot des Antiochus Epiphanes wird im ersten Makkabäerbuch geschildert (1 Makk 1, 43-52, 63-64). Die Repressalien führten schließlich zum jüdischen Makkabäeraufstand. Der war siegreich und gehört bis heute zu den wichtigsten Grundelementen jüdischen Nationalstolzes. Die Erinnerung an diesen Aufstand, an den makkabäischen Sieg und das nach der jüdischen Überlieferung erfolgte wunderbare Eingreifen Got-

tes ist vor allem im jüdischen Chanukafest präsent.

Das Beschneidungsverbot unter dem römischen Kaiser Hadrian ist zwar unter heutigen Historikern umstritten. Entscheidend bleibt aber auch hier, dass es sich in der jüdischen Tradition als traumatische Erfahrungen einer repressiven Praxis niedergeschlagen hat, durch welche jüdische Identität mindestens nivelliert, wenn nicht gar beseitigt werden sollte. Auch mit dem Hadrianischen Beschneidungsverbot verknüpft sich die historische Erinnerung an einen jüdischen Aufstand gegen die Unterdrückung und religiöse Bevormundung durch Nichtjuden, nur dass dieser Aufstand, der Bar-Kochba-Aufstand, scheiterte und die aussichtslose politische Lage des jüdischen Volkes für Jahrhunderte zementierte.

Daneben wurde noch ein weiterer Begleitumstand zum festen Bestandteil des jüdischen historischen Gedächtnisses: Bekanntermaßen frönte die aufgeklärte hellenistische Erziehung dem nackten Knabenkörper, und zum hellenistischen Schönheitsideal gehörte auch der Besitz einer möglichst langen Vorhaut. In der Antike entwickelte sich ein eigener Zweig der Schönheitschirurgie, nämlich die chirurgische Vorhautverlängerung, *Epispasmos* genannt. Offenkundig war für viele Juden der *Epispasmos* als äußerliche Korrektur der Beschneidung das Entreebillet zur hellenistischen *haute volée*; jedenfalls diskutieren zahlreiche antike jüdische Texte die Frage, wie man innerjüdisch umzugehen habe mit denjenigen Juden, die

ihre Beschneidung auf diese Weise hatten chirurgisch reparieren lassen. Die Antworten darauf fallen differenziert aus, der *cantus firmus* ist jedoch, dass es sich beim *Epispasmos* um eine chirurgische Manipulation handele, deren Unwürdigkeit in der mit ihr eingehenden Abkehr vom Judentum liege. Und aus heutiger kulturwissenschaftlich geschulter Beobachterperspektive wird man hinzufügen dürfen, daß das die Abkehr motivierende kulturelle Ideal einer langen Vorhaut ja kaum mehr Evidenz beanspruchen durfte als das einer kurzen, gekürzten oder abgeschnittenen.

3. Religionsgesetzliche Aspekte

Die Praxis der jüdischen Beschneidung ist in ein ganzes Netz von Bestimmungen und Reflexionen eingebettet. Eine entscheidende Frage betrifft dabei das Problem, wie genau die Funktion der Beschneidung für das Jude-Sein zu bestimmen sei.

Die Aussage in Gen 17, 14 zielt auf den Ausschluß aus der Gemeinschaft: Wer nicht beschnitten ist, kann nicht Teil derselben sein. Die samaritanische Gemeinde sieht das genau so, hat aber hermeutische Mechanismen entwickelt, die im Ernstfall verhindern, dass ein Kind nicht ordnungsgemäß beschnitten werden kann. So entschied der samaritanische Hohepriester in den 1960er Jahren, dass bei einem im Inkubator liegenden Knaben die Acht-Tage-Frist zwischen Geburt und Beschneidung erst beginne, wenn dieser Knabe den Inkubator verläßt,

denn letzterer sei als Fortsetzung des Mutterleibes zu werten.

Das rabbinische Judentum vertritt hier eine andere Textauslegung. Hier ist Jude, wer entweder durch eine jüdische Mutter geboren oder aber anerkanntermaßen dem Judentum beigetreten ist. Die Beschneidung ist demgegenüber keine Voraussetzung des Jüdischseins. Aber sie ist eine Konsequenz, die das Religionsgesetz vom Juden fordert: Wer jüdisch leben will, muss beschnitten sein. Oder anders herum: Wenn ein Jude nicht beschnitten ist, dann verstößt er fortwährend gegen eine zentrale Bestimmung seiner Religion und führt damit ein unjüdisches Leben.²

Dabei kann es zur Konkurrenz mit anderen religionsgesetzlichen Bestimmungen kommen: Wird ein jüdischer Knabe sonnabends geboren, dann ist der 8. Tag nach der Geburt auch ein Sonnabend, also Sabbat. Nach dem jüdischen Religionsgesetz ist für Juden das Arbeiten am Sabbat verboten, und die Beschneidung ist mit Arbeit verbunden, besonders für den Mohel, den jüdischen Beschneider. Trotz dieser Kollision ist die Beschneidung zu vollziehen, weil sie im Rahmen einer Abwägung als wichtiger als das Sabbatgebot betrachtet wird. Der Vorzug der Beschneidung vor dem Sabbatgebot führt die hohe religiöse Wertigkeit des Beschneidungsgebots vor Augen.

Es gibt aber durchaus auch Fälle, in denen die Beschneidung hinter anderen Gütern zurückstehen muss. Das ist insbesondere der Fall, wenn die Beschneidung die Gesundheit oder

gar das Leben des Knaben bedroht, denn der Schutz des Lebens ist das höchste Gebot und damit auch höher zu wägen als die Beschneidung.³ Diese ist daher zu verschieben, wenn das Kind zu leicht oder zu schwach ist, im Inkubator liegt oder an Anämie leidet, aber auch, wenn die bestmögliche Versorgung des beschnittenen Kindes nicht gewährleistet werden kann, z. B. wenn die einzige in Frage kommende Pflegeperson erkrankt ist. Schließlich kann oder muss die Beschneidung in bestimmten Fällen auch völlig unterbleiben, z. B. wenn der Knabe an Hämophilie leidet. In all diesen Fällen von aus medizinischen Gründen verschobener oder gar untersagter Beschneidung erleidet der jüdische Status des Knaben oder Mannes keinerlei Einbuße – vielmehr ist und bleibt letzterer ein Jude im vollen Wortsinne.

Deutlich ist nun, dass sich mit fortschreitenden medizinischen Erkenntnissen, etwa über Hämophilie, auch die jeweiligen Stellungnahmen des jüdischen Religionsgesetzes in bezug auf die Frage ändern, ob und unter welchen Umständen ein Knabe oder ein Mann überhaupt beschnitten werden darf, etwa nach dem Ausheilen der Krankheit, welche die Beschneidung zuvor verhindert hat. Das System, welches die Abwägung der Risiken einer Beschneidung regelt, ist also keineswegs starr, sondern vielmehr durchaus veränderbar und flexibel. In älteren Zeiten stand dabei an der Stelle exakter medizinischer Indikationen Erfahrungswissen, als dessen oberster Grundsatz wiederum der Schutz des

Lebens galt. In diesem Sinne durfte etwa der Sohn einer Mutter nicht beschnitten werden, deren zwei ältere Söhne nach der Geburt starben. Auch in diesem Fall war der jüdische Status des nicht Beschnittenen aber unhinterfragt.

Die dargestellten religionsgesetzlichen Aspekte machen aus meiner Sicht deutlich, dass die jüdische Tradition selbst ein Inventar von Kriterien besitzt, mit deren Hilfe die Argumente für und gegen eine Beschneidung ständig abgewogen werden und sogar werden müssen. Dieses Inventar wird fortwährend weiterentwickelt, vor allem mit Rücksicht auf die Weiterentwicklung der medizinischen Wissenschaft, aber es hat ein unveränderliches höchstes Prinzip, nämlich die Bewahrung jüdischer Identität mit dem bestmöglichen Schutz des Lebens zu verbinden. Auch wenn der Abwägungsprozess eine primär innerjüdische Diskussion ist, stehen doch gewichtige Faktoren, wie insbesondere medizinische Indikationen, selbstverständlich außerhalb des Zugriffs von jüdischen Identitätsdiskursen und sind damit für eine breite Debatte, die auch die nichtjüdische Öffentlichkeit umfasst, von vornherein offen. Das Judentum ist an dieser Stelle also keineswegs in sich und von der medizinischen Wissenschaft abgeschlossen, sondern sieht sich vielmehr auf wissenschaftliche Erkenntnisse angewiesen und bezieht diese ständig ein. So ist z. B. sehr deutlich, dass die neueren medizinischen und auch die kulturwissenschaftlichen Diskussionen

über Beschneidung die Haltung vieler Juden zur Beschneidung verändert haben und noch verändern, ohne dass diese sich dadurch in einem Gegensatz zu ihrer Tradition gerückt sähen.

Jeder Versuch, zumal von außen, zwischen den sich daraus ergebenden verschiedenen Positionen des innerjüdischen abwägenden Gesprächs kurzerhand zu entscheiden, muss scheitern. Wenn also in der Beschneidungsdebatte von außerhalb des Judentums bisweilen der Rat zu hören war, Juden sollten das durch die Beschneidung geschaffene gesellschaftliche Problem doch einfach ihrerseits auflösen, indem sie etwa solchen Auslegungen des Beschneidungsgebotes folgten, die eine Beschneidung im fortgeschrittenen Lebensalter empfehlen oder aber z. B. die Beschneidung durch einen symbolischen Akt ersetzen, dann wird dies der Komplexität der innerjüdischen Diskussion in keiner Weise gerecht.

Andererseits finden die innerjüdischen Diskussionen der Beschneidung nicht im religiös-traditionalistischen *Séparée* statt, sondern nehmen die zeitgenössischen ethischen, juristischen und medizinischen Debatten wahr und rezipieren diese. Sollte etwa eine medizinische Studie wissenschaftlich zweifelsfrei nachweisen, dass die Säuglingsbeschneidung schädlich für Leib und Leben ist, so würde der innerjüdische religionsgesetzliche Abwägungsprozess zwischen dem Gebot des Schutzes menschlichen Lebens und dem Beschneidungsgebot ganz zweifellos zu einer umfassenden

und nachhaltigen Veränderung der jüdischen Beschneidungspraxis führen.

Auf dieser Grundlage ergeben sich Empfehlungen für die weitere Diskussion über die jüdische Beschneidung: Das gesellschaftliche Gespräch sollte die innerjüdischen Diskussionen wahrnehmen und kann dabei damit rechnen, von diesen wahrgenommen und rezipiert zu werden.

¹ Die Übersetzungen folgt der Lutherbibel, mit kleineren Korrekturen.

² Dem entspricht die Verpflichtung für die Eltern, ihren Sohn zu beschneiden. Ein jüdischer Vater, der dieses Gebot verletzt, darf nach gängiger Auffassung nicht zur Tora aufgerufen werden.

³ Die jüdische Tradition sieht dieses höchste Gebot des Lebensschutzes (*piquach nefesch*) in der Tora begründet: Die Ausführung der Gebote soll dem Leben dienen, nicht aber zum Tode führen (Lev 18,8).

* Ich danke den Rabbinern Zsolt Balla (Leipzig) und Dr. David Bollag (Jerusalem/Luzern) sowie Dr. Dorothea M. Salzer (Potsdam/Düsseldorf) für wertvolle Anmerkungen zu einer früheren Fassung dieses Textes.

Stefan Schorch ist Professor für Bibelwissenschaften an der Theologischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

Die Beschneidung von Jungen in der islamischen Religionsgeschichte

von Prof. Dr. phil. Thomas Eich

Die Religion des Islams nahm ihren Ausgang im 7. Jahrhundert auf der arabischen Halbinsel. Die Existenz von jüdischen Gemeinschaften in dem historischen Umfeld, in das der koranische Text nach muslimischer Auffassung hinein offenbart wurde, wird allgemein angenommen und ist letztendlich auch im Korantext selber belegt, da dieser immer wieder das Verhältnis zu den Juden thematisiert. Auch werden im Koran rituelle Fragen in nicht unerheblichem Maße thematisiert (z. B. Speisevorschriften, siehe z. B. Sure 2 Vers 173). Insofern

mag es überraschen, dass das Ritual der Beschneidung von Jungen nicht im Koran thematisiert wird. Daraus ist aber nicht gleich im Umkehrschluss zu folgern, es habe das Ritual in der islamischen Urgemeinde nicht gegeben, da es ja denkbar ist, dass die Praxis einfach weit verbreitet und üblich war.

Im Laufe der frühislamischen Geschichte wurde dann die Frage diskutiert, ob Muhammad beschnitten gewesen sei.¹ Hier gab es verschiedene Positionen: Einmal die Erzählung, er sei schon beschnitten geboren worden. Dies wird nicht nur exklusiv auf

ihn bezogen, sondern auch auf andere Propheten. Diese Erzählung lässt sich aufgrund der Natur der Quellen erst für das 8. Jahrhundert nachweisen. Daneben gibt es dann die Erzählung, Muhammad sei von seinem Onkel vor dem Kommen des Islams zu einem religiösen Zeremoniell gebracht worden, bei dem nicht ausdrücklich spezifizier- te Riten an Muhammad durchgeführt worden seien. Später wurde dies da- hingehend interpretiert, darunter sei auch die Beschneidung Muhammads gefallen.

Interessant an der Debatte, die sich zwischen den beiden Positionen ent- wickelte: Manche muslimische Auto- ren verstanden bei der Darstellung, Muhammad sei beschnitten gebo- ren worden, die Tatsache, dass Mu- hammad dadurch „erspart“ wurde, das Ritual zu durchlaufen, nicht als eine Auszeichnung. Vielmehr wurde argumentiert: Beschneidung ist ein Ri- tual, das auf Abraham zurückgeht und das durchgeführt wird als eine Art Test für die Festigkeit im Glauben. Wenn man nun sagt, Muhammad habe die- ses Ritual gar nicht durchlaufen, wolle man damit etwa andeuten, er habe den Test seiner Glaubensfestigkeit nicht durchlaufen (können)? (Kister: 14).

Interessant erscheint mir dieser Punkt mit Blick auf die Beschnei- dungsdebatte in Deutschland 2012 deswegen, weil hier die Idee deutli- chen Ausdruck erfährt, der physische Schmerz, der durch eine Beschnei- dung von Jungen entsteht, habe einen Zweck oder Sinn. In anderen Worten:

Die Schmerzhaftigkeit des Rituals, die in der öffentlichen Debatte 2012 eine so zentrale Position einnahm, wurde als essentieller Bestandteil des Rituals aufgefasst und ggf. positiv gewertet. Die gesellschaftliche Debatte 2012 über die Beschneidung scheint mir in hohem Maße auch aus einer verän- derten Bewertung von Schmerzzufü- gung auch im Rahmen religiöser Ritu- ale zu rühren.

Wie gesagt, findet sich im Koran kei- ne Darstellung von Beschneidung. Das Ritual wurde im Lauf der Geschichte jedoch koranisch verankert. Zentral hierbei wurde Koransure 2 Vers 124: „Als dein Herr Abraham durch Worte prüfte“. Wichtig ist hier das Wort „prüf- te“ (*ibtalâ*). Was war damit gemeint? Diese Stelle wurde im Lauf der Zeit dadurch erklärt, dass man eine Bezie- hung zu außerkoranischem Traditions- material herstellte. Diese Beziehung wurde jedoch historisch nicht „sofort“ hergestellt. In einem der frühesten noch erhaltenen Korankommentare, dem Kommentar des Muqâtil bin Su- laimân (gest. 767) wird diese Stelle z. B. noch durch rein innerkoranische Bezüge erklärt² und entsprechend ist hier dann auch nicht die Erklärung zu finden, Gott habe Abraham geprüft, indem er ihm auferlegte, an sich sel- ber die Beschneidung durchzuführen.

Diese Verknüpfung kam später auf, womit allerdings nicht gesagt sein soll, dass die Idee davor unbekannt war, Abraham habe sich selber beschnit- ten. Ganz im Gegenteil ist angesichts der Existenz von jüdischen, christli- chen und judenchristlichen Gemein-

schaften im Nahen Osten in den ersten Jahrhunderten islamischer Geschichte davon auszugehen, dass die Geschich- te der Selbstbeschneidung Abrahams bekannt war. Es wurde nur zunächst keine nachweisliche Verknüpfung dieser Geschichte mit Koran 2:124 hergestellt. In der Koranexegese, die zeitlich nach Muqâtil entstand, kann diese Verknüpfung dann nachgewie- sen werden. Das geschieht, indem auf Hadithe, Aussprüche des Propheten Muhammad, Bezug genommen wird, in denen es heißt, Abraham habe sich selber in hohem Alter beschnitten.

Die meisten Stellen jedoch, an de- nen im Hadith von Beschneidung die Rede ist, thematisieren aber gar nicht Abraham, stellen also keine direkte Beziehung zu ihm her. Diese Hadithe sind im Prinzip Kataloge davon, mit welchen Handlungen die so genannte *fitra* (s. u.) einhergehe. Diese Hadithe lassen sich in drei Gruppen einteilen, je nach Zahl der Handlungen, die mit *fitra* assoziiert werden: drei, fünf und zehn Handlungen.³ Ein Beispiel einer solchen Reihe ist der in der Hadith- Sammlung von Bukhari (gest. 870) überlieferte Ausspruch, die *fitra* ma- nifestiere sich in Beschneidung, Ra- sieren der Schamgegend, dem Zupfen der Achselhaare, dem Schneiden der Fingernägel und dem Trimmen des Schnurrbarts. (Kueny: 174)

Religionswissenschaftlich interes- sant ist hierbei folgender Textbefund: Beschneidung findet sich in allen Versionen, die fünf Handlungen nen- nen, in keiner der Versionen, die drei Handlungen thematisieren, und in nur

einer der Versionen, die zehn Hand- lungen aufführen. Darin spiegelt sich letztendlich noch einmal der gleiche Befund wie in der Debatte über die Beschnittenheit Muhammads: Die Frage des Status und der Herleitung der Jungenbeschneidung im Islam war eine Diskussion, die noch einige Zeit der frühislamischen Geschichte im Fluss war.

Dies lässt sich auch am Konzept der *fitra* zeigen, als deren Ausdruck ja verschiedene Handlungen, u. a. die Beschneidung, in den genannten Ha- dithen gesehen werden. Arabische Worte bestehen grundsätzlich aus ei- nem Konsonantenskelett von in der Regel drei Buchstaben, die ein Wort- feld abstecken (so genannte Wurzeln), im Falle von *fitra* also die drei Buch- staben *f-t-r*. Im Koran hat diese Wurzel zwei Bedeutungsfelder:

- a) *Fitra* ist der Urglaube, der ursprüng- liche, von Gott geschaffene Glaube, der jedem Menschen innewoh- ne und der daher auch die wahre menschliche Natur sei.
- b) Die Wurzel *f-t-r* hat dann noch etwa die Bedeutung von Spalten oder Trennen. In dieser Form kommt die Wurzel oft im Zusammenhang mit der letzten Stunde vor, etwa 73:18, wo es über den letzten Tag heißt: „Der Himmel wird sich an ihm spal- ten (*munfatir*). Die Drohung Allahs geht in Erfüllung.“ (Übersetzung Rudi Paret).

Von diesen zwei Konzepten, die mit *f-t-r* verbunden waren, ist im Lauf der frühislamischen Geschichte letztend- lich das eine „*Fitra* = der Urglaube“

übrig geblieben. Dies ist für die Sicht auf die Beschneidung zentral. Denn Beschneidung wird damit an die Idee gekoppelt, dass sie ein Ausdruck der Urreligion ist, die der Existenz des Judentums vorausgeht. Diese Urreligion sei durch Abraham verwirklicht worden und werde durch das Kommen des Islams wieder hergestellt. Ein Ausdruck davon sei die Beschneidung. Dadurch wird sie nicht mehr als Ausdruck des Paktes zwischen Gott und einem Volk gesehen, sondern als eine breiter gefasste Praxis.

Für das 20. Jahrhundert lässt sich eine deutliche Medikalisation der Rechtfertigung von Jungenbeschneidung feststellen. Dies wird sehr deutlich am Beispiel des entsprechenden Eintrags im „Islamrechtlichen Medizinlexikon“.⁴ Unter dem Stichwort „Beschneidung“ (*khitân*) wird die Jungenbeschneidung dort auf drei Seiten abgehandelt. Nach kurzen einleitenden Definitionen und Ausführungen zur religiösen Legitimation der Jungenbeschneidung – v. a. die Verknüpfung von Koran 2:124 mit einem Prophetenausspruch, der zur *fitra* fünf Dinge zählt, also auch die Jungenbeschneidung – geht der Autor des Eintrags dann fast ausschließlich auf die medizinischen Aspekte der Jungenbeschneidung ein. Hierbei stechen zwei Dinge ins Auge. Erstens wird die Beschneidung bei Jungen hier als ein medizinischer Vorzug skizziert, wobei eine erhöhte Häufigkeit von Entzündungserkrankungen im Intimbereich für unbeschnittene Männer und Jungen konstatiert wird. Zweitens

wird festgestellt, dass viele Ärzte zur Schmerzlinderung die Durchführung der Operation unter Betäubung empfehlen. Beides spiegelt eine gewisse Veränderung in der Legitimierungsstruktur von Jungenbeschneidung dar. Denn erstens wird es offenbar für notwendig gehalten, über die religiösen Grundlagentexte hinausgehend noch weitere Legitimierung für die Praxis zu formulieren (medizinische Vorteile), und zweitens geht damit einher, dass sich der Charakter des Rituals verändert: Die Durchführung des Rituals unter Betäubung wird ausdrücklich empfohlen, um Schmerzen zu lindern. Dies stellt einen deutlichen Kontrast zu früheren Diskussionen dar, die weiter oben skizziert wurden.

¹ Ich beziehe mich im Folgenden auf die Materialsammlung in Kister MJ: '... And He Was Born Circumcised ...': Some Notes on Circumcision in Ḥadīth, Oriens, 34 (1994): 10-30.

² Muqâtil zitiert hier einfach folgende Koranverse, die Episoden aus Abrahams Leben thematisieren: 2:126-129; 6:78, 79; 37:100; 14:35, 37; www.altafsir.com, 11. Januar 2013.

³ Das Folgende nach Kueny K: Abraham's test: Islamic male circumcision as anti/ante-conventional practice. In: Reeves JC (Hg.), Bible and Qur'an: essays in scriptural intertextuality, Leiden u. a. 2004, S. 161-182; v. a. S. 174-182.

⁴ Kan'ân MA: al-Maqûsû'a at-tibbiya al-fiqhiya. Beirut 2000, S. 420-2, Stichwort *khitân*.

Thomas Eich vertritt seit Oktober 2010 das Fach Islamwissenschaft am Asien-Afrika-Institut der Universität Hamburg.

Religiöse Beschneidung bei Jungen. Praxisbericht eines Kinderchirurgen

von Dr. med. Hikmet Ulus

Die Methode der Beschneidung

Die religiöse Beschneidung, wie Ärzte sie heute bei muslimischen Jungen (oder Männern) durchführen, beruht auf der Methode, die sudanesischen Nubier vor 5000 Jahren praktizierten. Die Nubier arbeiteten bei den damaligen Ägypter als Sklaven.

Medizinisch wird die Methode der Beschneidung radikale Circumcision genannt. Dabei wird die Vorhaut bis zur Delle (*Sulcus coronarius*) entfernt. Das innere Blatt der Vorhaut wird ca. 2-5 mm unter dem *Sulcus coronarius* belassen. Nach der medizinischen (vom Facharzt unter Narkose) durchgeführten Beschneidung wird eine sorgfältige Blutstillung durchgeführt. Dann erfolgt die Adaptation der inneren und äußeren Blätter mit einzelnen Knopfnähten. Bei den ursprünglichen Beschneidungen (durch einen rituellen Beschneider) werden keine Nähte angelegt, sondern nur mit einem strammen Verband verbunden. Diese Praxis führt öfter zu starken, teilweise monatelangen Blutungen. Die Beschneider führen diese Operation meistens auch ohne jeglichen Betäubung durch. Dies kann bei vielen Kinder eine Kastrationsangst hervorrufen. Nicht selten werden die Beschneidungen ohne Rücksicht und Erkennung der vorhandenen Pisanomalien durchgeführt, was schlimme Folgen hinterlassen

kann. In den letzten Jahren werden die Beschneidungen von einem rituellen Beschneider mit einem Lasergerät durchgeführt. Dieses Lötungsgerät hat eine lange Drahtschlinge in sich und wird durch Strom erhitzt. Dadurch wird die Vohaut entfernt. Die religiöse Beschneidung wird auch von Ärzten mit verschiedenen Betäubungsverfahren durchgeführt. Der Eingriff wird unter Lokalanästhesie vorgenommen.

Religiöse und soziale Aspekte

Die Beschneidung, die im Judentum als Gottesbefehl gilt, gilt im Islam als „die Sunna“ – als eine Empfehlung des Propheten Muhammed. Nach dem Heiligen Koran sind die Sunna des Propheten zu akzeptieren. Die Empfehlung schreibt das Alter der Beschneidung nicht vor. Manchen Geschichten nach hat der Prophet seine Enkelkinder am siebten Tag nach der Geburt beschneiden lassen. Bei den Beschneidungen vor allem bei Muslimen spielen auch die Landessitten eine große Rolle. In verschiedenen afrikanischen Ländern werden die Kinder je nach Land am 5. bis 10.Tag beschnitten. Die Beschneidung hat in vielen Ländern, wie etwa in der Türkei, zwei Aspekte: einen religiösen und einen sozialen Aspekt. So wird ein Mann, der nicht beschnitten wurde, in der Türkei diskriminiert.

Beschneidungen in einer kinderchirurgischen Praxis

In unserem kinderchirurgischen ambulanten OP-Zentrum am Neumarkt in Köln operieren wir jährlich über tausend Kinder an der Vorhaut. Diese Zahl beinhaltet alle Circumcisionen mit und ohne medizinischen Grund. Ungefähr 20 % der Beschneidungen, die durchgeführt werden, sind religiöse Beschneidungen.

Religiöse Beschneidungen werden nur nach dem 1. Geburtstag und unter Vollnarkose mit einer Rachenmaske (Larynxmaske) ohne künstlichen Beatmung durchgeführt. Vor jeder OP findet ein Vorstellungsgespräch statt, bei dem das Kind alles über den Eingriff mitbekommt, auch wenn wir nur mit den Eltern reden. Wir sprechen mit den Eltern, dass wir dem Kind nicht weh tun, dass es nicht von ihnen getrennt wird, dass sie bei ihm sind, bis es einschläft. Am OP-Tag wird dasselbe auch von der Anästhesieärztin nochmal erklärt.

Das Kind wird bei der Vorstellung gründlich nach Begleiterkrankungen untersucht, wie z. B. Allergien, Herzerkrankung, Muskelerkrankungen, Blutungsneigung etc. Wenn der Befund eine medizinische Erkrankung ist, wird das Kind im Krankenhaus (von mir) operiert. Wenn keine medizinische Indikation für die Beschneidung vorliegt und das Kind gesund ist, wird die religiöse Beschneidung als IGeL-Leistung durchgeführt. Die Eltern bezahlen also privat.

Wie bei allen anderen Operationen

werden die Kinder, die in den letzten sechs Stunden nichts gegessen und getrunken haben dürfen, zunächst mit einer Dormicum-Lösung sediert und in Begleitung der Mutter oder des Vaters in den OP-Saal geführt. Dann werden die Kinder durch intravenöse Verabreichung des Narkosemittels oder durch Narkosegas narkotisiert. Nach der sterilen Abdeckung wird vor der Operation auch eine regionale Anästhesie (Peniswurzel und Frenulumblock) mit Lokalanästhetikum eingesetzt. Diese ermöglicht weniger Narkosemittel sowie postoperative Schmerzfreiheit. Im Anschluss an den Eingriff bleiben die Kinder im Aufwachraum, bis sie aufwachen. Nach zweistündiger Überwachung werden die Kinder nach Zustimmung des Anästhesisten nach Hause entlassen. Durch diese Praxis verläuft der Vorgang, ohne dass die Kinder Angst haben.

Die Nachsorge wird rund um die Uhr durchgeführt, so oft ich es für erforderlich halte oder die Eltern es wünschen. Als Komplikationen sind Nachblutungen (ca. 0,2 %) sowie Wundinfektionen (ca. 0,5 %) zu erwähnen. Die Nachblutungen werden unter Lokalanästhesie gestillt. Die Infektionen werden antibiotisch behandelt. In der Literatur ist auch die Fistelbildung bekannt.

Hikmet Ulus ist Arzt für Kinderchirurgie und leitet eine kinderchirurgische Praxis in Köln, in der regelmäßig Beschneidungen durchgeführt werden.

Zur medizinischen Dimension der Beschneidungsdebatte

von Dr. med. Mattias Schäfer
und Prof. Dr. med. Maximilian Stehr

Spätestens seit dem so genannten „Beschneidungsurteil“ des Kölner Landgerichts vom 07. Mai 2012 wird die Debatte über die Beschneidung von männlichen Säuglingen und Kleinkindern auf einem sehr emotionalen und von vielerlei Befindlichkeiten bestimmtem Niveau geführt. Sachliche Argumente geraten dabei vielfach – ebenso wie das Wohl des Kindes, um das es eigentlich geht – in den Hintergrund. Daher soll im Folgenden versucht werden, den möglichen Nutzen einer Beschneidung im Säuglings- oder Kindesalter, aber auch Nachteile und Risiken aus medizinischer Sicht darzustellen.

In Deutschland wird die (medizinisch indizierte) Zirkumzision in der Regel bei Kindern im Rahmen einer Vollnarkose unter zusätzlicher Anwendung lokaler Betäubungsverfahren, die die Menge an benötigten Narkosegasen reduzieren sowie den postoperativen Wundschmerz vermindern sollen, durchgeführt. Technisch unterscheidet man zwischen verschiedenen Operationsmethoden: Bei der chirurgischen Zirkumzision reseziert der Chirurg nacheinander sowohl das innere als auch das äußere Blatt der Vorhaut und vernäht die Wundränder anschließend mit selbstauflösendem Fadenmaterial. Diese Methode lässt sich in jedem Alter anwenden.

Alternativ kann die Beschneidung

über ein speziell dafür konstruiertes Hilfsmittel erfolgen. Als Beispiel sei die Plastibell-Methode genannt: Hierbei wird ein Plastikring zwischen Vorhaut und Eichel geschoben. Dadurch werden die bestehenden Vorhautverklebungen gelöst. Anschließend wird von außen auf dem Ring ein Faden eng über die Vorhaut geknotet, die sie von der Blutzufuhr abschneidet und zum Absterben der Vorhaut führt. Diese Methode ist vor allem in den USA im Säuglings- und Neugeborenenalter verbreitet, wo sie immer noch als routinemäßige Zirkumzision auch von Geburtshelfern praktiziert wird.

Indikation und Kontraindikation

Die hauptsächliche medizinische Indikation für eine Zirkumzision ist die *pathologische* Phimose. Sie ist abzugrenzen von der *physiologischen* Phimose, die regelhaft in den ersten Lebensjahren vorhanden ist und aus einem engen Präputium besteht, das verhindert, dass die Vorhaut über die Eichel zurückgestreift werden kann. Gleichzeitig besteht eine physiologische Verklebung der Vorhaut mit der Glans. Dies betrifft im Alter von sechs Monaten noch etwa 90 % aller Jungen. Durch eine zunehmende Weitung des elastischen Präputiums kommt es in den ersten vier bis fünf Lebensjahren zu einer Lösung der Verklebung

gen und einer Zurückstreifbarkeit der Vorhaut. Durch kleine Einrisse beim Zurückstreifen oder durch Entzündungen kann es zu einer Vernarbung der Vorhaut kommen. Erst dann wird aus der physiologischen eine pathologische Phimose, typischerweise nach dem fünften Lebensjahr. Vor einer Zirkumzision sollte dann zunächst eine topische Behandlung der Vorhaut mit einer steroidhaltigen Salbe vorgenommen werden, da sich in bis zu 90 % der Fälle die Vorhaut daraufhin weitet, so dass eine Zirkumzision vermieden werden kann.¹

Ätiologisch muss bei Vorliegen einer pathologischen Phimose ein Lichen sclerosus et atrophicus der Vorhaut in Betracht gezogen werden, eine entzündliche, nicht ansteckende Hauterkrankung, die zu einer weißlich-derben Veränderung der Vorhaut führt. Sie tritt bei ungefähr 0,3–0,6 % aller Jungen auf, selten vor dem 6. Lebensjahr.² Bei bis zu 34 % aller Vorhäute, die aufgrund einer pathologischen Phimose entfernt wurden, kann ein Lichen sclerosus histologisch nachgewiesen werden.³ Die Erkrankung gehört vermutlich zu den Autoimmunerkrankungen und ist pathophysiologisch von einer zunehmenden Sklerosierung der unter der Epidermis liegenden Kollagenschichten gekennzeichnet.

Angeborene Fehlbildungen des Penis wie die Hypospadie stellen prinzipiell eine Kontraindikation der Beschneidung dar, da für eine chirurgische Korrektur der Fehlbildung zu einem späteren Zeitpunkt möglicherweise auf das Präputialgewebe zu-

rückgegriffen werden muss. Bei der Beschneidung in der Neugeborenenperiode wird aufgrund der Verklebung der Vorhaut eine Fehlbildung möglicherweise erst nach der Zirkumzision erkannt und damit zu spät.

Komplikationen

Die Zirkumzision ist weltweit der am häufigsten durchgeführte chirurgische Eingriff. Die berichteten Komplikationsraten betragen zwischen 2 und 10 %.⁴ Sie umfassen die Nachblutung (als häufigste Komplikation), Wundinfektionen sowie die Penisdeviation bzw. -torsion durch fehlerhafte asymmetrische Annäherung der Penishaut an die Eichel. Seltene Komplikationen können auch eine Verletzung der Eichel bis hin zur Amputation⁵ oder eine Urethralfistel sein. Bei der Neugeborenenzirkumzision mit der Plastibell-Methode oder verwandten Verfahren kann durch die technisch bedingte Ungenauigkeit des Verfahrens ein Vorhautrest verbleiben, der zu einem kosmetisch ungünstigen Ergebnis führen kann.⁶

Besondere Beachtung verlangt die Meatusstenose. Sie entsteht durch eine Hyperkeratose des Epithels der Eichel aufgrund des nicht mehr vorliegenden Schutzes durch die Vorhaut, möglicherweise auch durch das Absetzen der Frenulumarterie.⁷ Die Inzidenz der Meatusstenose ist besonders nach der Zirkumzision im Neugeborenenalter erhöht und beträgt dort bis zu 20 %.⁸ Sie kann zu einer relevanten Abflussbehinderung mit konsekutiver

Schädigung der Blase und der Nieren führen.

Bei einer Zirkumzision werden bis zu 50 % der sich am Penis befindlichen Haut entfernt. Dabei handelt es sich aufgrund seiner nervalen Ausstattung um den sensibelsten Teil. Dies hat einen spürbaren Sensibilitätsverlust zur Folge.⁹ Daher erklären sich negative Auswirkungen der Zirkumzision auf das Erleben von Sexualität, die eindrücklich von Patienten geschildert werden, die erst im späten Jugend- oder Erwachsenenalter beschnitten wurden und damit einen Vergleich ziehen können.¹⁰

Schließlich sind auch Todesfälle nach Zirkumzision durch Infektionen¹¹ oder Blutverlust¹² berichtet worden. Zur Mortalität gibt es jedoch keine verlässlichen Zahlen.¹³ Sie dürfte auch durch die unterschiedlichen Verfahren und hygienischen Bedingungen, unter denen die Zirkumzision durchgeführt wird, erheblich schwanken.¹⁴ Dennoch betont die Möglichkeit eines Todesfalles die Notwendigkeit einer strengen Indikationsstellung.

Die Zirkumzision als Prävention?

Präventive Maßnahmen erfordern eine besondere Sorgfalt hinsichtlich Indikationsstellung und Komplikationsrate, da sie bei Menschen angewendet werden, die prinzipiell gesund sind. Sie müssen schwere Erkrankungen sicher verhindern und ihr Nutzen muss in einem positiven Verhältnis zu ihren Nebenwirkungen stehen. Sie sind auch nur dann sinnvoll, wenn es

keine weniger invasive Methode gibt, dasselbe Ziel zu erreichen. Für präventive Maßnahmen bei Kindern ist zudem der Nachweis erforderlich, dass sie bereits in einem Alter notwendig sind, in dem der Patient noch nicht selbst über die Notwendigkeit befinden kann. Als klassisches Beispiel sei die Schutzimpfung angeführt. Im Rahmen der Beschneidungsdebatte, in der immer auch der präventive Charakter, insbesondere im Hinblick auf sexuell übertragbare Krankheiten, hervorgehoben wird, stellt sich die Frage, ob die Zirkumzision diese Anforderungen erfüllen kann.

Tatsächlich zeigt die Studienlage, dass Inzidenz und Prävalenz der meisten sexuell übertragbaren Krankheiten durch eine Zirkumzision nicht wesentlich beeinflusst werden.¹⁵ Dies gilt für Chlamydieninfektionen, Gonorrhoe, HSV und HPV. Für die Syphilis existieren widersprüchliche Daten. Unbeschnittene Männer haben möglicherweise ein erhöhtes Risiko, an Syphilis oder Ulcus molle zu erkranken, gerade bei der Syphilis ist die Studienlage aber nicht eindeutig. Für die Gonorrhoe und andere Erkrankungen mit eitrigem Ausfluss, wie Chlamydien- und Mykoplasmeninfektionen, scheint das Infektionsrisiko für unbeschnittene Männer dagegen niedriger zu sein. In populationsbasierten Studien konnte bislang kein positiver Effekt der Beschneidung auf die Inzidenz nachgewiesen werden. Eher lässt sich aus den Daten ableiten, dass die Zirkumzision für die Gesamtheit der sexuell übertragbaren Erkrankungen

(ausgenommen HIV) möglicherweise sogar ein erhöhtes Risiko darstellt.

Für die Ansteckung mit dem HI-Virus gibt es ebenfalls keine eindeutige Evidenz für die Zirkumzision als präventive Maßnahme: Zwar gibt es einige randomisierte Studien, die vermuten lassen, dass die Beschneidung im Erwachsenenalter zu einer nachweisbaren Verminderung des Ansteckungsrisikos von Männern in Gebieten mit hoher Prävalenz von HIV führt. Allerdings konnten andere Studien diesen Vorteil nicht nachweisen, so dass hier bestenfalls von einer Vermutung gesprochen werden kann.¹⁶ Die WHO empfiehlt die Zirkumzision daher auch nur bei erwachsenen Männern in Gebieten mit hoher Durchseuchungsrate an HIV und nur im Zusammenspiel mit anderen präventiven Maßnahmen.¹⁷

Keinerlei Hinweis für den Nutzen einer Zirkumzision als Schutz vor HIV weder im Kindes- noch im Erwachsenenalter gibt es für entwickelte Gesellschaften wie in Europa, wo die Durchseuchungsraten wesentlich geringer und die Übertragungswege andere sind: In westlichen Staaten erfolgen die meisten sexuellen Übertragungen von HIV über gleichgeschlechtliche Männer und es gibt keine Daten, die einen Schutz durch Zirkumzision in dieser Gruppe belegen.¹⁸

Ähnlich stellt sich die Situation beim Peniskarzinom dar, das mit einer Inzidenz von 0,9 auf 100000 Männern zu den seltensten Krebserkrankungen gehört und in der Regel erst im fortgeschrittenen Alter auftritt. Zu den Risikofaktoren gehört zweifelsfrei das

Vorliegen einer pathologischen Phimose, während aber bei vorhandener gesunder Vorhaut das Risiko sogar erniedrigt zu sein scheint.¹⁹ Ein Lichensclerosus erhöht ebenfalls möglicherweise das Risiko für das Auftreten eines Peniskarzinoms.²⁰ Dies unterstreicht die Bedeutung der Zirkumzision bei Auftreten einer dieser medizinischen Indikationen, nicht aber als Routinezirkumzision: Aufgrund der Seltenheit der Erkrankung bedürfte es zwischen 909 und 322000 Zirkumzisionen, um ein Peniskarzinom zu verhindern.²¹ Damit übersteigt das Risiko aufgrund der zu erwartenden Komplikationsrate hinsichtlich Morbidität und Mortalität den Nutzen dieser angeblich präventiven Maßnahme bei weitem. Darüber hinaus ist das Auftreten eines Peniskarzinoms – ähnlich dem Cervixkarzinom der Frau – mit einer HPV-Infektion assoziiert, die sich durch eine rechtzeitige Impfung und den Gebrauch von Kondomen verhindern lässt. Besonders durch die zunehmende Verbreitung der Impfung ist ein weiterer Rückgang der Inzidenz des Peniskarzinoms zu erwarten, wodurch die Anzahl der benötigten Zirkumzisionen pro vermiedener Erkrankung weiter ansteigen wird.

Eine ähnliche Situation ergibt sich bei den Harnwegsinfekten: Zwar erleiden etwa 1 % aller ansonsten gesunden Jungen (ohne urologische Grunderkrankung) in ihrer Kindheit mindestens einen Harnwegsinfekt. Valide randomisierte Studien, die belegen könnten, dass die Rate an Harnwegsinfektionen durch Zirkumzision

gesenkt werden könnten, existieren nicht.²² Überwiegend in Kohorten- und Fallkontrollstudien konnte zwar eine Reduktion der Rate auf 0,1 % gezeigt werden, aber dies bedeutet, dass es mindestens einhundert Zirkumzisionen bedarf, um einen Harnwegsinfekt zu verhindern.²³ Anders ist die Situation bei Jungen, die eine angeborene Anomalie des harnableitenden Systems aufweisen. Hier kann – im Einzelfall – die Zirkumzision als *therapeutische* Maßnahme sinnvoll sein, um das Auftreten von komplizierten Harnwegsinfektionen zu verhindern.

Aus medizinischer Sicht kann daher einer Routinezirkumzision kein präventiver Charakter zugesprochen werden. Für alle sexuell übertragbaren Krankheiten existieren präventive Maßnahmen, die deutlich einfacher und sicherer sind: Die Benutzung von Kondomen, die einen nahezu 100 %igen Schutz vor allen sexuell übertragbaren Krankheiten bietet und im Falle der HPV-Infektion die Impfung. Vor allem aber besteht bei sexuell übertragbaren oder als Folge von sexueller Aktivität auftretenden Erkrankungen kein Grund, die Zirkumzision in einem Alter durchzuführen, in dem der Junge noch nicht sexuell aktiv ist und er noch nicht selbst über die von ihm bevorzugte Art und Weise der Prävention entscheiden kann. Als zukünftig mündigem Bürger sollte die Entscheidung über den unwiederbringlichen Verlust eines Körperteils ihm selbst überlassen bleiben.

Zum § 1631d BGB („Beschneidungsgesetz“)

Mit dem „Gesetz über den Umfang der Personensorge bei einer Beschneidung des männlichen Kindes vom 20.12.2012“ („Beschneidungsgesetz“) hat der Gesetzgeber ein bislang nicht dagewesenes Novum geschaffen: Zum ersten Mal wird ein Eingriff in den menschlichen Körper, juristisch also eine Körperverletzung, aus nichtmedizinischen Gründen sanktioniert. Darüber hinaus ist es nach Abs. 2 des Paragraphen sogar zulässig, dass diese Operation in den ersten sechs Lebensmonaten durch eine nicht dem ärztlichen Stand angehörige Person ausgeübt wird, wenn sie „vergleichbar befähigt“ und dafür „ausgebildet“ ist.

Zu den Regeln der ärztlichen Kunst gehört zweifellos, dass ein Eingriff in vollständiger oder zumindest weitestgehender Schmerzfreiheit durchgeführt wird. Das Kindeswohl kann als gefährdet angesehen werden, wenn das Kind während der Operation unverhältnismäßige Schmerzen empfindet.

Die Schmerzwahrnehmung beim Neugeborenen und Säugling ist von besonderer Bedeutung, da Studien belegen, dass gerade Neugeborene und junge Säuglinge empfindlicher auf Schmerzreize reagieren als ältere Kinder und Erwachsene: Zum einen liegt die Schmerzwahrnehmungsschwelle bei Neugeborenen niedriger, ebenso die Schwelle für die Hypersensivität, d. h. für die erhöhte Wahrnehmung von Schmerzen bei späteren erneuten

Schmerzreizen. Es konnte gezeigt werden, dass zirkumzidierte Säuglinge auf Schmerzreize bei Impfungen deutlich stärker reagieren als nicht-zirkumzidierte, obwohl die Zirkumzision bereits mehrere Monate zurücklag.²⁴ Die Synapsenbildung ist im Rahmen der postnatalen Reifung und des Wachstums besonders ausgeprägt und wird durch Schmerzreize alteriert, was zu einer veränderten neuralen Ausstattung des Organismus führen kann, die möglicherweise zu einer lebenslang veränderten Reaktion auf Schmerzen führen kann.

Dazu kommt, dass die absteigenden inhibierenden Nervenfasern im Rückenmark, die zu einer Reduktion des Schmerzempfindens führen, beim Neugeborenen deutlich unreifer sind. Dies bedingt eine verminderte Fähigkeit des Zentralnervensystems Schmerzreize zu dämpfen.

Der Schmerztherapie bei der neonatalen Zirkumzision kommt also eine überragende Bedeutung zu und es ist nicht ersichtlich, wie eine nicht-ärztlich ausgebildete Person in der Lage sein soll, dies zu gewährleisten: Nicht-invasive analgetische Maßnahmen, wie z. B. die Anwendung lokalanästhetischer Salben, die auch von nicht-ärztlichem Personal angewendet werden könnten, sind zur Schmerzbehandlung jedenfalls nicht ausreichend, selbst ein sogenannter (und nur durch ärztliches Personal durchzuführender) Peniswurzelblock allein kann die Schmerzausschaltung zwar besser, aber nicht vollständig gewährleisten.²⁵ Eine Zirkumzision ist in

diesem Alter – wenn überhaupt – nur unter einer Vollnarkose schmerzfrei und adäquat durchzuführen.

Die Ausnahmeregelung in § 1631d Abs. 2 kollidiert also gerade wegen der Notwendigkeit der besonderen ärztlichen Fürsorge auf Grund des erhöhten Schmerzempfindens im Säuglingsalter sowie der möglichen Folgeschäden mit den im vorherigen Absatz formulierten Erfordernissen und wirft so erhebliche medizinethische und medizinrechtliche Probleme auf.

So auch die bislang vom Gesetzgeber nicht weiter beachtete Frage des Schadensersatzes: Wer haftet bei einem Schaden aufgrund einer Komplikation bei einer von einer nicht-ärztlichen Person durchgeführten Beschneidung, etwa einer schweren Infektion oder einer Verletzung der Harnröhre oder der Eichel?

Es bleibt festzuhalten, dass der Routinezirkumzision im Neugeborenen- oder Kindesalter aus medizinischer Sicht keine Rolle in der Präventivmedizin zugesprochen werden kann. Aufgrund der nicht unerheblichen Komplikationsrate sollte sie – wie jede Operation – nur nach sorgfältiger Abwägung aus medizinischer Indikation heraus durchgeführt werden.

Nicht zu schaden (*nihil nocere*) ist die zentrale ethische Grundlage ärztlichen Handelns. Das Unterlaufen dieses Grundsatzes, indem die medizinisch nicht indizierte Zirkumzision in den ersten sechs Lebensmonaten sogar nicht-ärztlichem Personal erlaubt wird, ist ein bedauerlicher Rückschritt, der aus ärztlicher Sicht nicht verstan-

den werden kann. Als Bekenntnis zu historischer Verantwortlichkeit kann die Einschränkung des Rechts auf körperliche Unversehrtheit der uns schutzbefohlenen Kindern jedenfalls nicht dienlich sein.

Die mit dem „Beschneidungsgesetz“ geschaffene unzulängliche Rechtslage lässt jedenfalls nur den Schluss zu, dass das Kindwohl in der Auseinandersetzung um das Verhältnis von Staat und Religion keine Priorität genießt und damit das Kind das Nachsehen und wohl auch den Schaden hat.

¹ Ghysel C, van der Eeck K, Bogaert GA: Long-term efficiency of skin stretching and a topical coricoid cream application for unretractable foreskin and phimosis in prepubertal boys. *Urol Int* 2009;82(1):81-8.

² Rickwood AM, Walker J: Is phimosis overdiagnosed in boys and are too many circumcisions performed in consequence? *Ann R Coll Surg Engl* 1989;71:275-7.

³ Clouston D, Hall A, Lawrentschuk N: Penile lichen sclerosus (balanitis xerotica obliterans). *BJUI* 2011;108, Supplement 2, 14-9.

⁴ Williams N, Kapila L: Complications of circumcision. *Br J Surg* 1993;80:1231-6.

⁵ Gluckman GR, Stoller ML, Jacobs MM, Kogan BA: Newborn penile glans amputation during circumcision and successful reattachment. *J Urol* 1995;153:778-9.

⁶ Pieretti RV, Goldstein AM, Pieretti-Vanmarcke R: Late complications of newborn circumcision: a common and avoidable problem. *Pediatr Surg Int* 2010;26:515-8.

⁷ Van Howe RS: Incidence of Meatal Stenosis following Neonatal Circumcision in a Primary Care Setting. *Clin Ped* 2006;45(1):49-54.

⁸ Joudi M, Fathi M, Hiradfar M: Incidence of asymptomatic meatal stenosis in children following neonatal circumcision. *J Pediatr Urol* 2011;7(5):526-8. Das ist im Übrigen keine neue Beobachtung: Bereits 1881 notierte W. M. Mas-

tin, dass die Meatusstenose bei Juden so häufig war, dass die notwendige Meatotomie als die „zweite Zirkumzision“ angesehen wurde. (s. Mastin WM: Infantile circumcision a cause of contraction of the external urethral meatus. *Ann Anat Surg*. 4:123-128.)

⁹ Sorrells ML, Snyder JL, Reiss MD, Eden C, Milos MF, Wilcox N, Van Howe RS: Fine-touch pressure thresholds in the adult penis. *BJU Int*. 2007 Apr;99(4):864-9.

¹⁰ Bronselaer GA, Schober JM, Meyer-Bahlburg HF, T'sjoen G, Vlietinck R, Hoebeke PB: Male circumcision decreases penile sensitivity as measured in a large cohort. *BJU Int*. 2013 May;111(5):820-7. Siehe auch den Kommentar von Hegarty PK zu dieser Studie in derselben Ausgabe der Zeitschrift. Dazu auch: Frisch M, Lindholm M, Grønbaek M: Male circumcision and sexual function in men and women: a survey-based, cross-sectional study in Denmark. *Int J Epidemiol*. 2011 Oct;40(5):1367-81.

¹¹ Hier und im Folgenden nur exemplarische Fallberichte: Sepsis nach fehlerhafter Plastibell-Beschneidung mit Obstruktion der Harnröhre in: Paediatric death review committee, Office of the Chief Coroner of Ontario: Circumcision: A minor procedure? *Pediatrics and Child Health*. April 2007;12(4). Tod zweier Säuglinge aufgrund einer Herpes-Simplex-Infektion nach ultrorthodoxem metzitzah b'peh-Ritual (Absaugen des Blutes von der Wunde durch den Mund des Mohel) in: Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Neonatal herpes simplex virus infection following Jewish ritual circumcisions that included direct orogenital suction – New York City, 2000-2011. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2012 Jun 8;61(22):405-9.

¹² Hiss J, Horowitz A, Kahana T. Fatal haemorrhage following male ritual circumcision. *J Clin Forensic Med* 2000;7:32-4.

¹³ In der einzigen populationsbasierten Studie aus Brasilien wird eine Mortalität nach medizinisch notwendiger Beschneidung in allen Altersklassen von 0,013 % ermittelt. Dies entspräche 13 Todesfällen auf 100000 Beschneidungen. (Korkes F, Silva li JL, Pompeo AC: Circumcisions for medical reasons in the Brazilian public health system: epidemiology and trends. *Einstein [Sao Paulo]*. 2012 Sep;10(3):342-346.)

¹⁴ Meel BL: Traditional male circumcision-relat-

ed fatalities in the Mthatha area of South Africa. *Med Sci Law*. 2010 Oct;50(4):189-91.

¹⁵ Eine aktuelle und ausführliche Übersicht über die schwierige Studienlage findet sich in: Van Howe RS: Sexually Transmitted Infections and Male Circumcision: A Systematic Review and Meta-Analysis. *ISRN Urology*, vol. 2013, Article ID 109846, 42 pages, 2013.

¹⁶ Boyle GJ, Hill G: Sub-Saharan African randomised clinical trials into male circumcision and HIV transmission: methodological, ethical and legal concerns. *J Law Med*. 2011;19:316-34.

¹⁷ <http://www.who.int/hiv/topics/malecircumcision/en/>, 17.04.2013.

¹⁸ Frisch M, Aigrain Y, Barauskas V, Bjarnason R, Boddy SA, Czauderna P, de Gier RP, de Jong TP, Fasching G, Fetter W, Gahr M, Graugaard C, Greisen G, Gunnarsdottir A, Hartmann W, Havranek P, Hitchcock R, Huddart S, Janson S, Jaszczak P, Kupferschmid C, Lahdes-Vasama T, Lindahl H, Macdonald N, Markestad T, Märtson M, Nordhov SM, Pälve H, Petersons A, Quinn F, Qvist N, Rosmundsson T, Saxen H, Söder O, Stehr M, von Loewenich VC, Wallander J, Wijnen R: Cultural Bias in the AAP's 2012 Technical Report and Policy Statement on Male Circumcision. *Pediatrics*. 2013 Apr;131(4):796-800.

¹⁹ Daling JR, Madeleine MM, Johnson LG, Schwartz SM, Shera KA, Wurscher MA, Carter JJ, Porter PL, Galloway DA, McDougall JK, Krieger JN: Penile cancer: importance of circumcision, human papillomavirus and smoking in situ and invasive disease. *Int J Cancer*. 2005 Sep 10;116(4):606-16.

²⁰ Oertell J, Caballero C, Iglesias M, Chaux A, Amat L, Ayala E, Rodríguez I, Velázquez EF, Barreto JE, Ayala G, Cubilla AL: Differentiated precursor lesions and low-grade variants of squamous cell carcinomas are frequent findings in foreskins of patients from a region of high penile cancer incidence. *Histopathology*. 2011 May;58(6):925-33.

²¹ Task force on circumcision: Circumcision policy statement. *Pediatrics*, vol. 130, No 3. Sept. 2012.

²² Jagannath VA, Fedorowicz Z, Sud V, Verma AK, Hajebrahimi S: Routine neonatal circumcision for the prevention of urinary tract infek-

tions in infancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, 11.

²³ Singh-Grewal D, Macdessi J, Craig J: Circumcision for the prevention of urinary tract infection in boys: a systematic review of randomised trials and observational studies. *Arch Dis Child*. 2005 Aug;90(8):853-8.

²⁴ Taddio A, Goldbach M, Ipp M, Stevens B, Koren G: Effect of neonatal circumcision on pain responses during vaccination in boys. *Lancet*. 1995 Feb 4;345(8945):291-2.

²⁵ Brady-Fryer B, Wiebe N, Lander JA: Pain relief for neonatal circumcision. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004 Oct 18;(4).

Mattias Schäfer arbeitet als Facharzt für Kinderchirurgie an der Cnopf'schen Kinderklinik.

Maximilian Stehr ist Chefarzt für Kinderchirurgie und -urologie in der Cnopf'schen Kinderklinik, Diakonie Neuendettelsau.

Schmerzen müssen ertragen werden – Warum eigentlich? Diskussion im Zusammenhang mit der rituellen Beschneidung

von Priv.-Doz. Dr. med. Jens Soukup
und Dr. med. Patrick Kellner

Ich werde ärztliche Verordnungen treffen zum Nutzen der Kranken nach meiner Fähigkeit und meinem Urteil, hüten aber werde ich mich davor, sie zum Schaden und in unrechter Weise anzuwenden.

Aus dem Eid des Hippokrates

Die medizinethischen Grundprinzipien – Selbstbestimmung, Fürsorge, Menschenwürde, Gerechtigkeit und Nicht-Schaden – prägen unser tägliches ärztliches Handeln als ethische Werte, die auch mit dem Auftreten und der Behandlung von Schmerzen, nicht nur im Zusammenhang mit der rituellen Beschneidung, zu sehen sind. Selbst aus ausschließlich ärztlicher Perspektive ist bei unterlassener Schmerzbehandlung der Tatbestand einer Körperverletzung oder der unterlassenen Hilfeleistung zu prüfen und steht in keiner Weise im Einklang mit dem ärztlichen Berufsethos. Jeder Mensch hat ein Recht auf bestmögliche Schmerzbehandlung, sofern eine medizinische Indikation besteht und der Patient diese Behandlung im Rahmen seiner Selbstbestimmung wünscht. Problematisch wird dies, wenn es sich bei den Patienten, wie im Fall der „rituellen Beschneidung“, um Minderjährige oder im Allgemeinen „nicht einwilligungsfähige“ Patienten handelt. Hier kommt es zu entsprechenden Entscheidungskonflikten. Warum?

Die Anästhesie, d. h. der Zustand der Empfindungslosigkeit, ist heute unabdingbarer Bestandteil operativer Behandlungen. Hierbei stellt die Ausschaltung des Schmerzes heutzutage eine zentrale Rolle dar, was nicht immer so war: Wenngleich bereits in der Antike die schmerzlindernde Wirkung einiger Pflanzen (z. B. Mohn) für eine schmerzarme medizinische Behandlung oder „angenehme“ Heilung genutzt wurde, sahen bis Mitte des 19. Jahrhunderts einige Ärzte den Schmerz als zwingend erforderlich für eine gute Heilung an. Bereits hier spielten religiöse Ansichten eine bedeutende Rolle. Auch wissenschaftlich war man sich uneins, welche Bedeutung dem Schmerz eigentlich zugebilligt werden kann. Einerseits diente er beispielsweise dem Chirurgen als zielführend in der Diagnostik und Behandlung von Erkrankungen, andererseits weigerten sich viele Chirurgen, den bereits durch eine Operation belasteten Organismus durch Schmerzen noch weiter zu schädigen. Ungeachtet der fachlichen Auseinandersetzungen ging allerdings die Suche nach einer

verbesserten Schmerzausschaltung weiter. Am 30. März 1842 wird die erste Äthernarkose durchgeführt, am 16. Oktober 1846 erstmalig öffentliche durch William Thomas Green Morton im Massachusetts General Hospital in Boston. Dieser 16. Oktober 1846 (Ether Day) stellt den Beginn der modernen Anästhesie dar. August Bier (1861–1949) führte 1898 als erstes Regionalanästhesieverfahren die Spinalanästhesie durch, 1901 beschrieben Cathelin und Sicard die Periduralanästhesie. Somit waren seither neben der „Vollnarkose“ auch regionalanästhesiologische Verfahren verfügbar.¹ Heutzutage bestehen sowohl in der Allgemeinanästhesie, als auch in der Regionalanästhesie viele weitere differenzierte und spezialisierte Verfahren sowie Medikamente zur Verfügung, die einerseits eine gezielte, dem operativen Eingriff angemessene Schmerzausschaltung ermöglichen, andererseits dem Patienten auch eine entsprechende Sicherheit und Verträglichkeit bieten.

Schmerzempfindungen einer Beschneidung

Naturgemäß besitzt die Vorhaut mannigfaltige spezialisierte Nervenendigungen. Aus dem Jahre 1801 stammt die erste Publikation von Bichat, die sich mit der Innervation der Vorhaut beschäftigt.² Neben einer sehr komplexen historischen Analyse der bis dato doch sehr limitierten Publikationen, die sich mit dieser Problematik befassen, dokumentiert 1956

Winkelmann photomikrographisch die anatomischen Strukturen der Vorhaut.³ Bereits zur Geburt existieren ein umfangreiches tiefes und oberflächliches Nervennetzwerk mit freien Nervenendigungen oder auch speziellen Strukturen (z. B. Vater-Pacini-Körperchen als Mechanorezeptoren für Vibrations- und Druckempfinden). Es scheint sogar, dass die Nervendichte der Vorhaut bei Neugeborenen höher ist als bei Erwachsenen. Allein das Vorhandensein dieser Nervenendigungen erfordert eine entsprechende Analgesie bei operativen Eingriffen gleich welcher Art.

Studien zur eigentlichen Schmerzempfindung bei einer Zirkumzision finden sich im begrenzten Umfang. Bis noch Mitte des vergangenen Jahrtausends gehörte die Ansicht einer glaubensbedingten Schmerzfreiheit bei Neugeborenen während und nach diesem Eingriff zur alltäglichen medizinischen Wahrnehmung. Dies änderte sich erst, als Kirya und Werthmann 1978 mit Hilfe eines sog. dorsalen Penisblocks bei 50 von 52 Neugeborenen die Schmerzen sichtbar signifikant verringerten.⁴ Eine Cochrane-Analyse aus dem Jahr 2009 untersuchte insgesamt 35 klinische Studien, die die Effektivität irgendeiner Art von Anästhesie mit einer Placebogruppe verglichen haben.⁵ Über diese Placebogruppe erhält man, trotz der Unterschiede im Studiendesign, immerhin einen detaillierten Eindruck der Schmerzempfindung und -reaktion während einer rituellen Beschneidung. Es konnte gezeigt werden, dass

Neugeborene ebenso wie Erwachsene physiologische Verhaltensreaktionen auf Schmerzreize aufweisen. Aufgrund ihrer fehlenden verbalen Äußerungsmöglichkeit wurden in diesen Studien indirekte Zeichen wie zeitliche Dauer des Schreiens, Herzfrequenz, Blutdruck, Atemfrequenz, Gesichtsausdruck oder schweißige Hände, aber auch laborchemische Stressfaktoren wie Cortisol im Serum und Sputum, sinnvoll zur Abbildung des Schmerzumfanges erfasst und kombiniert.^{6,7} Insgesamt konnte so gezeigt werden, dass die Durchführung analgetischer Maßnahmen zu einer Verringerung der Schmerzsymptomatik führt, der Verzicht auf eine Analgesie oder die Gabe von Zuckerstoffen (Placebo) dagegen ohne Effekt auf das Schmerz-

verhalten der Neugeborenen blieb. Beispielgebend ist in den Abbildungen 1-3 der Effekt verschiedenster Analgesieverfahren als gewichtete mittlere Differenz auf die Dauer des Schreiens dargestellt.

Dass Religion hilft, Schmerzen zu ertragen, ist wissenschaftlich weiter kontrovers diskutiert. Eine in diesem Zusammenhang oft angeführte Studie von Wiech et al. zeigt allerdings anhand der modernen Bildgebung, dass Gläubige beispielsweise allein durch den Anblick von Bildern mit religiösem Motiven einen durch Strom erzeugten Schmerzreiz im Empfinden signifikant verringert war. Mittels funktionellem Magnetresonanztomogramm (fMRT) waren die bereits für die emotionale Bewertung von Schmerzen bekannte

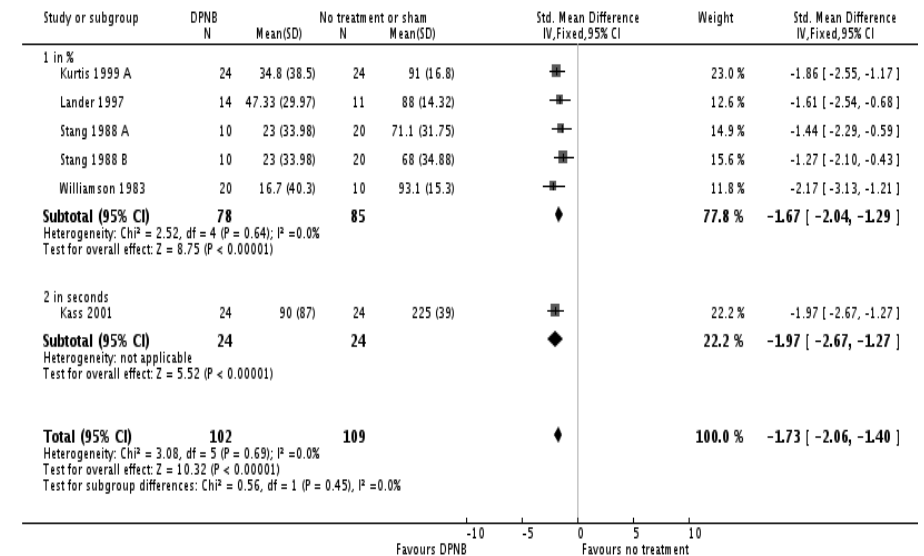


Abbildung 1: Effekt eines dorsalen Penisblocks (DPNB) auf die Dauer des Schreiens bei einer rituellen Beschneidung im Vergleich zu einer fehlenden Behandlungsmaßnahme. Die Durchführung des DPNB als regionalanästhesiologisches Verfahren führt signifikant zu einer Verringerung der Schreidauer von Neugeborenen als Zeichen einer effektiven Analgesie.⁵

ten Inselregionen des Großhirns als aktiviert erkennbar. Bei den religiösen Versuchspersonen kam es speziell beim Betrachten des religiösen Bildmotivs zu einer verstärkten Aktivierung des ventrolateralen präfrontalen Cortexes im Sinne einer individuellen Emotionsregulation. Somit könnte, so ist die wissenschaftliche Interpretation der Autoren, die Religion zu einer Ablenkung oder Umdeutung des Schmerzerlebnisses führen. Subjektiv wird außerdem eine gewisse Umsorgtheit in der Schmerzsituation durch die Probanden empfunden.⁸

Schmerz bleibt nicht ohne Folgen

Das Baby wird nicht betäubt, es erhält nicht einmal eine örtliche Narkose, denn den Bund mit Gott muss man sozusagen bei vollem Bewusstsein vollziehen. Natürlich schreit das Baby, natürlich tut ihm der Eingriff weh. Viele Menschen finden diesen Vorgang barbarisch, doch ich kann Ihnen versichern, man wird durch die Beschneidung weder traumatisiert, noch trägt man irgendwelche anderen Schäden gleich welcher Art davon.

Paul Spiegel⁹

Das Schmerzerleben rund um eine Operation betrifft nicht nur die eigentliche Operation, sondern auch die sog. postoperative Phase sowie mögliche Langzeitfolgen weit über das primäre Ereignis hinaus. Diese Tatsache

begründet in der modernen Medizin die Notwendigkeit einer suffizienten Analgesie während einer operativen Maßnahme. Dem obigen Zitat ist zu entnehmen, dass ein intraoperatives Schmerzerleben bei den Befürwortern der rituellen Beschneidung nicht negiert wird, im Gegenteil, dieses Erleben sogar religiös gefordert wird. Nebenbei wird die nicht akzeptierte Nebenwirkungsrate der analgetisch wirksamen Medikamente als Begründung angeführt. Ein genereller Grundsatz in der Medizin ist die Tatsache, dass jede medizinische Maßnahme, egal ob operativ oder medikamentös, neben der exakten Diagnosestellung, Beratung und Einwilligung des Patienten immer ein Abwägen von Wirkung und Nebenwirkung ist. Aus ethischer Sicht sollte die Maßnahme dem „Nicht-Schaden“-Prinzip („Do no harm“) entsprechen. Im übertragenen Sinne ergeben sich somit zwei Fragen: Können Kinder zum Zeitpunkt der rituellen Beschneidung überhaupt relevante Schmerzen empfinden? Und welche Folgen können sich aus einer nicht durchgeführten Schmerztherapie ergeben?

Alters- bzw. entwicklungsbedingt gibt es in Hinblick auf die Folgeerscheinungen einer fehlenden Analgesie Unterschiede und müssen bei der Bewertung in Hinblick auf die religiös bedingten unterschiedlichen Zeitpunkte des Eingriffs beachtet werden. Gemäß dem jüdischen Glauben sind die Jungen bereits am 8. Tag zu beschneiden, im Gegensatz dazu werden muslimische Jungen meist im Al-

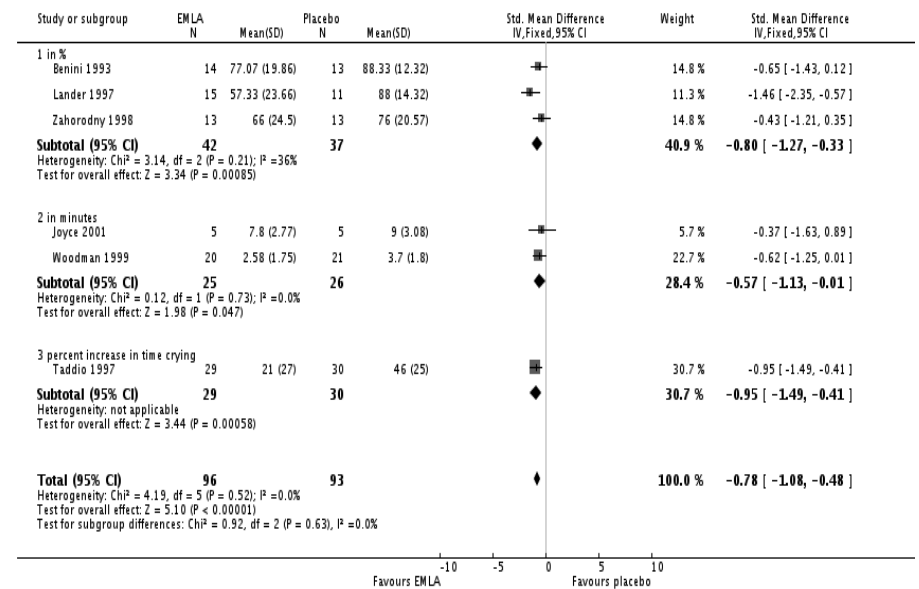


Abbildung 2: Effekt einer topischen Anwendung von Lidocain/Prilocain (EMLA) auf die Dauer des Schreien bei einer rituellen Beschneidung im Vergleich zur Placebogabe oder fehlender Behandlungsmaßnahme. Die lokale Anwendung von Lidocain/Prilocain direkt auf der Haut führt zu einer Verringerung der Schreidauer und als indirektes Zeichen einer Schmerzlinderung, wenn auch nur geringfügig.⁵

ter von 5-8 Jahren beschnitten. Hier spielt zusätzlich das bewusste Erleben eine besondere aggravierende Rolle, auf das hier nicht weiter eingegangen werden soll.

1987 konnten Anand und Hickey zeigen, daß die für die Schmerzwahrnehmung und Erinnerung erforderlichen neuroanatomischen Strukturen bereits beim Neugeborenen vorhanden sind. Tierexperimentell erwies sich, dass eine wiederholte Reizstimulation (z. B. durch Schmerzen), eine Art „Gewöhnungseffekt“ hervorrufen kann, d. h. die wiederholte Auseinandersetzung mit dem Schmerz in der weiteren menschlichen Entwicklung durchaus zu einer differenzierten

bzw. abgeschwächten Schmerzwahrnehmung führt. Anders gesagt, bei Neugeborenen ist möglicherweise die inhibitorische Komponente spinaler Reizverarbeitung noch unzureichend ausgebildet. Es kann somit sein, dass das Neugeborene den Schmerz im Vergleich zum Erwachsenen wesentlich intensiver erlebt.¹⁰

Weitere aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse einer Schmerzwahrnehmung und -verarbeitung im Kindes- und Jugendalter sind u. a. auch die Basis, die zu einer Stellungnahme der Kommission für ethische Fragen der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) zur Beschneidung von minderjährigen

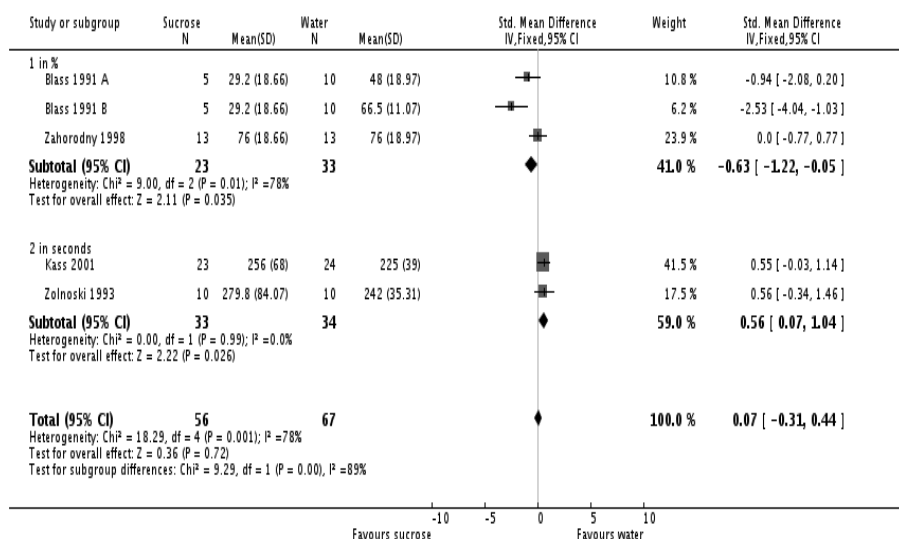


Abbildung 3: Effekt von Sucrose (Saccharose) auf die Dauer des Schreiens bei einer rituellen Beschneidung im Vergleich zur Gabe von Wasser oder fehlender Behandlungsmassnahme. Nur 2 Studien an insgesamt 10 Patienten konnten einen positiven Effekt des Zuckers dokumentieren. Bei allen anderen Patienten konnte kein positiver analgetischer Effekt erzielt werden.⁵

Jungen geführt haben.¹¹ Hierin wird berichtet, dass beschnittene Muslime von einer erheblichen und vor allem auch nachhaltig beeinträchtigenden Traumatisierung nach der rituellen Beschneidung berichten. Gleichsam können bereits Neugeborene unterbewusst durch schmerzhaft „Erfahrungen“ traumatisch belastet werden, die sogar längerfristig „im Gedächtnis“ bleiben. In diesem Zusammenhang stehen die Ergebnisse von Taddio et al. hinsichtlich des Einflusses der Schmerzwahrnehmung und -verarbeitung einer rituellen Beschneidung auf andere medizinische Maßnahmen. Es zeigte sich eine überschießende Schmerzreaktion auf Impfungen bei Neugeborenen innerhalb der ersten

6 Monate nach erfolgreichem rituellem Eingriff im Vergleich zu bis dato nicht beschnittenen Neugeborenen. Objektiv und für wissenschaftliche Untersuchungen in dieser Altersgruppe nicht unerwartet muss man aber feststellen, dass es zu den eigentlichen Folgen einer fehlenden oder unzureichenden Schmerzbehandlung keinen umfassenden eindeutigen wissenschaftlichen Grundlagen gibt.¹²⁻¹⁴

Anästhesie und Beschneidung

Es gibt natürlich heutzutage genügend Möglichkeiten, operative Eingriffe schmerzarm bzw. schmerzfrei durchzuführen. Hinsichtlich des Narkoserisikos und potentieller medikamentöser

Nebenwirkungen ist die Bewertung auch in diesem Fall immer im Zusammenhang mit der operativen Indikationsstellung durchzuführen. Dies bedeutet: Sofern eine Indikation für eine operative Maßnahme besteht, ist das für diese Maßnahme optimale Anästhesieverfahren zu wählen und, sofern es sich um nicht einwilligungsfähige Patienten handelt, auch mit dem rechtmäßigen Vertreter zu besprechen. Prinzipiell sind im Sinne der Risikoabwägung regionalanästhesiologische Verfahren der Allgemeinanästhesie (sog. Vollnarkose) vorzuziehen.¹⁵

Regionalanästhesiologische Verfahren bieten eine ausreichende Analgesie auch in der unmittelbaren postoperativen Phase und es kann auf systemisch zu applizierende und somit den Gesamtorganismus „belastende“ Medikamente verzichtet werden (z. B. Applikation atemdepressiver Opioide). Dies führt zu einer Erhöhung der Patientensicherheit ohne Verlust der Analgesiequalität. Allerdings sind einige altersspezifische Besonderheiten zu beachten, u. a. auch die Tatsache, dass aufgrund einer geringeren Proteinbindung als beim Erwachsenen sowie dem größeren Verteilungsvolumen und damit einhergehender längerer Halbwertszeit der Lokalanästhetika bei Neugeborenen unter drei Monaten die Gefahr der Lokalanästhetikaintoxikation erhöht ist. Substanzspezifisch besteht bei der Verwendung von Prilocain beim Neugeborenen die Gefahr der Methämoglobinbildung ab einer applizierten Menge von >2,5 g

(entspricht einer halben Tube EMLA®-Creme).¹⁶ Empfehlenswert ist die fachgerechte Durchführung eines Peniswurzelblocks. Als sehr seltene, aber potentiell doch mögliche Komplikationen sind hier Hämatome nach Punktion oder auch iatrogene Urethralverletzungen zu nennen. Die topische Anwendung von Lokalanästhetika (z. B. EMLA®-Creme als Gemisch zweier Lokalanästhetika) zeigt zwar einen positiven Effekt (Abbildung 2), ist aber der bereits erwähnten fachgerechten Peniswurzelblockade nicht als äquivalent oder sogar überlegen einzustufen (vgl. Abbildung 1).

Zusammenfassung

Schmerzen müssen nicht ertragen werden. Es gibt heutzutage keinen Grund, eine Zirkumzision – ob rituell oder medizinisch begründet – ohne Analgesie durchzuführen. Die Folgen einer fehlenden oder unzureichenden Analgesie/Anästhesie sind höher bzw. im Ausmaß für das weitere Leben nicht abschätzbar. Eindeutig positioniert haben sich die Wissenschaftlichen Arbeitskreise Kinderanästhesie und Neuroanästhesie dahingehend, dass die Anästhesie notwendig und unverzichtbar für indizierte Operationen ist. „Der Verzicht auf eine adäquate Hypnose und/oder Analgesie“, heißt es in darin, „hat schädliche Auswirkungen auf das Kind. Es gibt kaum Hinweise, dass eine kompetent durchgeführte, klinisch gut überwachte Anästhesie mit modernen, kurz wirksamen Anästhetika negative Auswirkungen wie

kognitive Entwicklungsstörungen oder Lernbehinderungen mit sich bringt.“¹⁷ Dabei ist einem regionalanästhesiologischen Verfahren immer den Vorzug zu geben.

Die medizinethischen Grundprinzipien sollten heutzutage bei allem Respekt vor religiöser Glaubensfreiheit weiterhin ein zwingender Bestandteil ärztlichen Handelns sein, erst recht, wenn es um die Gesundheit und Belange unserer bis dato noch „nicht-einwilligungsfähigen“ Nachkommen geht: Do no harm!

¹ Bremerich DH, Kaufmann M, Dudziak R: Geburtshilfliche Anästhesie. Von den Anfängen zu den modernen heutigen Verfahren: „Ladies, this is no humbug“. Dt Ärztebl 2001; 98 (13): A 834–838.

² Bichat XA: Traité d'anatomie descriptive. Paris, cited by Kanter, 1801; Winkelmann RK: The cutaneous innervation of human newborn prepuce. J Invest Dermatol. 1956 Jan;26(1):53-67.

³ Winkelmann RK: The cutaneous innervation of human newborn prepuce. J Invest Dermatol. 1956 Jan;26(1):53-67.

⁴ Kirya C, Werthmann MW Jr: Neonatal circumcision and penile dorsal nerve block-a painless procedure. J Pediatr. 1978 Jun;92(6):998-1000.

⁵ Brady-Fryer B, Wiebe N, Lander JA: Pain relief for neonatal circumcision. Cochrane Database Syst Rev. 2004 Oct 18;(4):CD004217.

⁶ Gunnar MR, Fisch RO, Korsvik S, Donhove JM: The effects of circumcision on serum cortisol and behavior. Psychoneuroendocrinology. 1981;6(3):269-75.

⁷ Talbert LM, Kraybill EN, Potter HD: Adrenal cortical response to circumcision in the neonate. Obstet Gynecol. 1976 Aug;48(2):208-10.

⁸ Wiech K, Farias M, Kahane G, Shackel N, Tiede W, Tracey I: An fMRI study measuring analgesia enhanced by religion as a belief system. Pain. 2008 Oct 15;139(2):467-76.

⁹ Spiegel P: Was ist koscher?: Jüdischer Glaube – jüdisches Leben. Berlin 2004.

¹⁰ Anand KJS, Hickey PR: Pain and its effects in the human neonate and fetus. New Engl J Med. 1987;317(21):1321-9.

¹¹ Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. Stellungnahme der Kommission für ethische Fragen der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin. Monatsschrift Kinderheilkunde 2012; 160(10):996-1000.

¹² Taddio A, Katz J, Illersich AL, Koren G: Effect of neonatal circumcision on pain response during subsequent routine vaccination. Lancet. 1997 Mar 1;349(9052):599-603.

¹³ Taddio A, Shah V, Gilbert-MacLeod C, Katz J: Conditioning and hyperalgesia in newborns exposed to repeated heel lances. JAMA. 2002 Aug 21;288(7):857-61.

¹⁴ Peters JW, Schouw R, Anand KJ van Dijk M, Duivenvoorden HJ, Tibboel D: Does neonatal surgery lead to increased pain sensitivity in later childhood? Pain. 2005 Apr;114(3):444-54.

¹⁵ Sinner B, Becke K, Engelhard K: Neurotoxizität von Allgemeinanästhetika im Kindesalter. Hinterlässt Narkose Spuren beim Früh-, Neugeborenen und Kleinkind? Anaesthesist. 2013 Feb;62(2):91-100.

¹⁶ Kretz FJ, Becke K (Hg.): Anästhesie und Intensivmedizin bei Kindern. Stuttgart/New York 2006.

¹⁷ Becke K, Schreiber M, Philippi-Höhne C J, Engelhard K, Sinner B: Anästhetikainduzierte Neurotoxizität. Stellungnahme der Wissenschaftlichen Arbeitskreise Kinderanästhesie und Neuroanästhesie. Anaesthesist. 2013 Feb;62(2):101-4.

Jens Soukup ist Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie, Intensivtherapie und Palliativmedizin am Carl-Thiem-Klinikum Cottbus.

Patrick Kellner ist Assistenzarzt in der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin am Universitätsklinikum Halle.

Zur religiös motivierten Beschneidung des männlichen Kindes. Ein verfassungsrechtlicher Überblick

von Ass. iur. Stefanie Hahn, M.mel.

Das so genannte Beschneidungsurteil¹ löste eine gesellschaftlich und wissenschaftlich hitzig geführte Debatte über die Zulässigkeit von religiös motivierten Zirkumzisionen bei Kindern aus.² In den teilweise sehr konträren Stellungnahmen zum Thema spiegelt sich eindrucksvoll der Pluralismus gesellschaftlicher Werte und Einstellungen wieder. Gleichzeitig zeugen sie aber auch von der wissenschaftlichen Vielschichtigkeit des Themenfeldes und bilden damit ein anschauliches Beispiel für die Komplexität interdisziplinärer Fragestellungen. Der folgende Beitrag will sich der Thematik aus verfassungsrechtlicher Perspektive annehmen, da auch in dieser Hinsicht Einstimmigkeit nicht gegeben ist. Hierzu sollen die auf Seiten der Eltern und des Kindes betroffenen Grundrechte nach ihrem spezifischen Gehalt dargestellt und in ihrer wechselseitigen Funktion zueinander in Beziehung gesetzt werden.

I. Elternrecht, Art. 6 II GG

Die Befugnis der Eltern über die Religionszugehörigkeit des Sohnes entscheiden zu können, genießt durch das Elternrecht in Art. 6 II GG abwehrrechtlichen Schutz. Gemäß Art. 6 II 1 GG sind „Pflege und Erziehung der Kinder [...] das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen oblie-

gende Pflicht“. Nach Wortlaut und Systematik weist die Verfassung die Erziehung und Pflege der Kinder danach vor allen anderen Erziehungsträgern den Eltern als deren „natürliches“ Recht zu.³ Art. 6 II 1 GG liegt somit die Vermutung zugrunde, dass diese Aufgabe grundsätzlich auch am besten durch die Eltern erfüllt werden kann.⁴ Für einen in diesem Sinne effektiven Grundrechtsgebrauch sichert die Vorschrift den Eltern daher den Freiraum, die eigenen Lebensvorstellungen an die Kinder weitergeben, mithin die Erziehung nach eigenem Selbstverständnis gestalten zu können.⁵ Gleichsam wird die Verfassung so ihrer Verpflichtung gerecht, zur Erhaltung einer pluralen Gesellschaft offen zu sein gegenüber der Vielfalt ethischer, politischer und religiöser Werte.⁶

Über die Pflichtenbindung in Art. 6 II 1 GG verknüpft die Verfassung diesen Freiheitsgehalt mit der Erwartung, dass die Eltern die Erziehung jedoch nicht egozentrisch verfolgen, sondern diese am Wohl des Kindes, das auf Hilfe und Schutz angewiesen ist, orientieren, damit dieses sich zu einer eigenverantwortlichen Persönlichkeit innerhalb der sozialen Gemeinschaft entwickeln kann.⁷ Art. 6 II 1 GG verdichtet sich so zu einem „dienenden“⁸, dem Kindeswohl verpflichteten Recht der Eltern,⁹ welches „zuvörderst“ diesen obliegt. Aus der Zusammenschau

beider Aspekte ergibt sich denn auch die spezifisch abwehrrechtliche Dimension des Elternrechts. Sie schützt die Eigenverantwortung elterlicher Kindeswohlbestimmung gegen staatliche Eingriffe.¹⁰ Hiervon umfasst ist dann auch die religionsbezogene Sozialisation des Kindes etwa durch die (Erst-)Bestimmung der Konfession,¹¹ lässt sich doch die Verfassungserwartung einer größtmöglichen Persönlichkeitsentwicklung des Kindes innerhalb der pluralen Gesellschaft nicht ohne die Vermittlung auch sinndeutender oder -stiftender Lebensaspekte denken. Diese wesentlich aus der Selbstbestimmungsunfähigkeit des Kindes erwachsende Verantwortung der Eltern schwindet in dem Umfang, in dem die Reife und Verantwortungsfähigkeit des Kindes zunimmt.¹²

Über die Ausübung des Elternrechts „wacht die staatliche Gemeinschaft“, Art. 6 II 2 GG. Soweit die Beschränkbarkeit dieses Rechts danach die Missachtung der Elternverantwortung erfordert, ist auch der Staat an das Kindeswohl gebunden. Für die staatliche Definition¹³ dessen, was in diesem Sinne nicht dem Interesse des Kindes dient ist nach Art. 1 III GG der Erziehungsvorrang der Eltern zu beachten.¹⁴ Der Staat darf also nicht gleichberechtigt mit den Eltern über die Bestimmung des Kindeswohls streiten und paternalistisch Anforderungen an eine optimale Kindererziehung diktieren.¹⁵ In Zusammenschau dieses Zurückhaltungsgebots mit seiner Schutzpflicht für die Grundrechte des Kindes bleibt er für die Kindeswohl-

bestimmung somit auf die Festlegung allgemeinverbindlicher Mindeststandards¹⁶ verwiesen.¹⁷ Hierüber obliegt es allein den Eltern naturgemäß irreversibel Einfluss auch auf die religionsbezogenen Entwicklungsbedingungen des Kindes zu nehmen.

II. Religionsfreiheit, Art. 4 I, II GG

Das Interesse an ritueller Zirkumzision ist in der Gewährleistung des Art. 4 I, II GG aufgehoben. Als körperbezogenes religiöses Selbstbestimmungsrecht begriffen gilt dies zunächst für das Kind als Grundrechtsträger und gewinnt hierüber für das Erziehungsrecht der Eltern verfassungsdogmatische Bedeutung.

a) Religiös motivierte Beschneidung als Gegenstand der Religionsfreiheit

Art. 4 I, II GG ist als einheitliches Grundrecht zu interpretieren, welches umfassend die Religions- und Weltanschauungsfreiheit schützt.¹⁸ Erfasst ist damit insbesondere das Recht jedes Einzelnen „sein gesamtes Verhalten an den Lehren seines Glaubens auszurichten und seiner inneren Glaubensüberzeugung gemäß zu handeln“¹⁹. Dies gilt für alle religiösen und weltanschaulichen Überzeugungen gleichermaßen.²⁰ Hat sich der Staat über das Neutralitätsgebot weiterhin „verfassungsmäßig die Kompetenz zu einer aktiven Konfessions- und Religionspolitik nach eigener religiöser [...] Zielsetzung“²¹ versagt, kann er auch den Inhalt religiöser Freiheit nicht nä-

her bestimmen. Für die Ausfüllung des sachlichen Gehalts des Art. 4 I, II GG ist damit maßgeblich auf das Selbstverständnis des Grundrechtsträgers abzustellen.²² Allein die Definitionshoheit des Staates verlangt es, die behauptete religiöse Motivation für den Schutz aus Art. 4 I, II GG einer staatlichen – letztlich gerichtlichen – Plausibilitätskontrolle zu unterwerfen.²³

Sichert Art. 4 I, II GG dem Einzelnen also die Freiheit aktiver Entfaltung auf Grundlage des religiösen Lebensentwurfs nach eigenem Selbstverständnis²⁴ und zielt dieser Lebensentwurf für seine Entfaltung auf die eigene Körperlichkeit, erfasst Art. 4 I, II GG auch das Interesse an einem in diesem Sinne selbstbestimmten Umgang mit dem eigenen Körper. Über jenen Schutz religiöser Integrität als Ausfluss religiöser Identität findet das Interesse an ritueller Beschneidung Eingang in den Gewährleistungsgehalt der Religionsfreiheit.²⁵ Diesem verfassungsrechtlich gebotenen Verständnis widerspricht es, die religiöse Motivation von Zirkumzisionen überhaupt in Frage zu stellen²⁶ oder einem entsprechend plausibel vorgetragenem Interesse, das wie im Judentum auch zeitlich qualifiziert sein kann, etwa unter Hinweis auf mildere Glaubensrichtungen die grundrechtliche Relevanz nehmen zu wollen.²⁷

b) Religionsfreiheit der Eltern

Über den Schutz des Interesses der Eltern an der Weitergabe des eigenen Glaubens ist von Art. 4 I, II GG auch die

erzieherische Vermittlung religiöser Werte an das Kind erfasst.²⁸ In dieser Hinsicht spiegelt sich das religiöse Erziehungsrecht aus Art. 6 II GG in Art. 4 I, II GG wider. Gleichwohl sind die Gewährleistungen nicht deckungsgleich. Denn Art. 4 I, II GG schützt die Eltern allein vor staatlichen Eingriffen in Erziehungsmaßnahmen, die Ausdruck der religiösen Überzeugungen der Eltern selbst sind. Die Vorschrift ermächtigt aber nicht dazu grundrechtsrelevante Positionen Dritter und damit auch nicht die des Kindes umzusetzen. Diese Befähigung erhalten die Eltern erst aus der spezifischen Gewährleistung des Art. 6 II GG, soweit sich darin die Aktualisierung grundrechtlich geschützter Selbstbestimmungsinteressen des insoweit noch unreifen Kindes ausdrückt.²⁹

c) Die Aktualisierung der Religionsfreiheit des Kindes über das Elternrecht

Die Befugnis der Eltern zur Entscheidung über die rituelle Beschneidung des Sohnes zur Begründung einer religiösen Identität setzt also voraus, dass sich jene Entscheidung als Ausdruck eines religiösen Selbstbestimmungsinteresses des Kindes selbst begreifen lässt, zu dessen Aktualisierung die Eltern dann über Art. 6 II GG berufen sind. Auch das Kind selbst ist Grundrechtsträger und genießt damit in vollem Umfang den Schutz aus Art. 4 I, II GG.³⁰ Es hat somit wie jeder Erwachsene ein Recht auf eine religiöse Identität, die sich auch in einem

bestimmten körperlichen Zustand und darauf bezogener Selbstbestimmung ausdrücken kann. Soweit und solange ein Junge aufgrund fehlender Reife zur selbstbestimmten Entscheidung hierüber indes noch nicht in der Lage ist, obliegt es also der Verantwortung der Eltern, diesem Interesse durch die Entscheidung über eine Beschneidung zur Aktualisierung zu verhelfen.³¹ Den damit verbundenen naturbedingt irreversiblen religionsbezogenen Einfluss der Eltern erkennt die Verfassung mit Blick auf den Erziehungsvorrang der Eltern an. Über jene Anerkennung fließen schließlich die grundrechtlich geschützten religiösen Vorstellungen der Eltern in Art. 6 II GG ein, wodurch die Anforderungen aus Art. 4 I, II GG für die Bestimmung des Kindeswohls spezifische Bedeutung erlangen. Nach allem beschreibt die religionsbezogene Kindeswohlbestimmung der Eltern also nicht eine Kollisionslage zwischen Elternrecht und Religionsfreiheit des Kindes, sondern ist diese vielmehr für die Aktualisierung letzterer konstitutiv.³² Bis zum Erreichen der Religionsmündigkeit des Kindes³³ kann dessen Religionsfreiheit mithin auch nicht gegen das Elternrecht ins Feld geführt werden, indem etwa auf das Interesse des Kindes „später selbst über seine Religionszugehörigkeit entscheiden zu können“³⁴ verwiesen wird. Durch die damit zwangsläufig verbundene staatliche Entscheidung für die Religionslosigkeit des Jungen griffe der Staat unter Missachtung des Neutralitätsgebots vielmehr sowohl in die Religionsfreiheit des Kindes als auch in das

religiöse Elternrecht ein.³⁵

III. Die Schranken des religiösen Elternrechts, Art. 6 II GG i.V.m. Art. 4 I, II GG

Über die Implementierung der Gewährleistungen des Art. 4 I, II GG in das Erziehungsrecht aus Art. 6 II GG erhöhen sich die Anforderungen an die Durchsetzbarkeit staatlicher Kindeswohlbestimmungen.

Eine gegen die religiösen Vorstellungen der Eltern vom Kindeswohl durchsetzbare Bestimmung des Staates muss insoweit auch den Anforderungen an die Rechtfertigung von Eingriffen in die Religionsfreiheit genügen.³⁶ Art. 4 I, II GG unterliegt keinem Gesetzesvorbehalt. Da es der spezifische Ordnungszusammenhang des Grundgesetzes jedoch gebietet die Verfassungsnormen so zu interpretieren, dass Widersprüche zu anderen Verfassungsnormen vermieden werden, kann die Religionsfreiheit durch kollidierendes Verfassungsrecht, insbesondere durch die Grundrechte Dritter begrenzt werden.³⁷ Soweit diese aus ihrem objektiv-rechtlichen Gehalt die staatlichen Organe verpflichten, sich schützend vor die genannten Rechtsgüter zu stellen,³⁸ kann sich insbesondere aus der Schutzpflicht des Staates für die körperliche Unversehrtheit in Art. 2 II 1 GG eine Grenze des religiösen Erziehungsrechts der Eltern ergeben.

Art. 2 II 1 GG schützt neben einem insoweit objektiv fassbaren psychischen und physischen Gesundheits-

zustand nach Maßgabe des konkreten medizinischen Entwicklungsstands insbesondere auch die leiblich-seelische Integrität.³⁹ Mit Blick auf Art. 2 I GG sichert Art. 2 II 1 GG daher über den Schutz eines verobjektivierbaren körperlichen Zustandes hinaus auch die körperbezogene Selbstbestimmung ab, gehört doch die Bestimmung über die eigene leiblich-seelische Integrität zum „ureigensten Bereich der Persönlichkeit des Menschen“⁴⁰. Soweit Art. 2 II 1 GG damit auch den Schutz des Selbstbestimmungsinteresses des Kindes in seiner körperlichen Dimension umfasst, obliegt es in Ansehung der Verfassungsentscheidung des Art. 6 II GG wiederum den Eltern diesen Interessen des Kindes zur Aktualisierung zu verhelfen, bis das Kind eine hierauf bezogene Grundrechtsreife besitzt.⁴¹

Gegen das religiöse Erziehungsrecht der Eltern kann der Staat mit Blick auf die Anforderungen des Art. 4 I, II GG mithin nur durchsetzen, was unmittelbar durch die allgemeinverbindlichen Schutzaspekte des Art. 2 II 1 GG abgesichert ist.

IV. Zuordnung der Grundrechtspositionen

Der spezifische Ausgleich zwischen den abwehrrechtlich geschützten Interessen der Eltern und der staatlichen Schutzpflicht für die körperliche Unversehrtheit erfolgt grundrechtsdogmatisch aus abwehrrechtlicher Perspektive.⁴² Jede staatliche Kindeswohlbestimmung die das abwehrrechtlich geschützte religiöse Erzie-

hungsrecht aus Art. 6 II i.V.m. Art. 4 I, II GG verkürzt, muss daher insbesondere verhältnismäßig sein. Im Wege der Herstellung praktischer Konkordanz ist den kollidierenden Grundrechtspositionen mithin so weit zur Entfaltung zu verhelfen, als es notwendig ist die Harmonisierung beider Rechtsgüter herzustellen.⁴³ Aus dieser rechtsstaatlichen Bindung ergibt sich schließlich das Verbot unangemessener Eingriffe in die Grundrechte als Rechte staatlicher Eingriffsabwehr, die gleichsam die Grenze einer zulässigen Verwirklichung der Schutzpflichten des Staates zieht.⁴⁴ In der Abwägung mit dem abwehrrechtlich betroffenen schrankenlos gewährleisteten religiösen Erziehungsrecht aus Art. 4 I, II und 6 II GG wird der Staat diesen Vorgaben nur gerecht, wenn er die Durchsetzung der Schutzpflicht aus Art. 2 II 1 GG auf das Maß reduziert, was diese im Hinblick auf die allgemeinverbindlichen Mindestanforderungen an die körperliche Unversehrtheit verlangt. Jede weitere Optimierung der Schutzpflicht würde das spezifische verfassungsrechtliche Abwägungsprogramm von Abwehrrecht und Schutzpflicht verletzen.⁴⁵ Mit Blick auf die religiösen körperbezogenen Selbstbestimmungsinteressen des Kindes ist der Staat also nicht bei jeder körperlichen Einwirkung auf das Kind zum Eingreifen ermächtigt. Zu fordern ist hierfür vielmehr eine erhöhte Gefahr schwerwiegender Gesundheitsschädigung.⁴⁶ Solange diese – wie bislang – bei Beschneidungen von Jungen nicht mit ziemlicher Sicherheit nachweisbar ist,

muss in der Abwägung mit dem Interesse an körperlicher Unversehrtheit das Interesse religiöser Erziehungsverantwortung überwiegen.⁴⁷ Hiernach lässt sich zumindest ein generelles Verbot religiös motivierter Beschneidung des männlichen Kindes verfassungsrechtlich nicht begründen. Der neu eingeführte § 1631 d BGB zur Bestimmung des Kindeswohls im Hinblick auf die Beschneidung des männlichen Kindes wiederum hat sich an diesen verfassungsrechtlichen Vorgaben zu messen.

¹ LG Köln, Urteil vom 7.5.2012 – 151 Ns 169/11.

² Überblickartig hierzu Werner Beulke und Annika Dießner, „(...) ein kleiner Schritt für einen Menschen, aber ein großes Thema für die Menschheit“, ZIS 7/2012, S. 338-346 (Fn 3-5).

³ BVerfGE 47, 46 (69 f.).

⁴ BVerfGE 34, 165 (184).

⁵ BVerfGE 107, 104 (117 m.w.N.).

⁶ Umfassend dazu Stefan Huster, Die ethische Neutralität des Staates. Eine liberale Interpretation der Verfassung, Tübingen 2002, S. 250-275.

⁷ BVerfGE 24, 119 (144).

⁸ BVerfGE 99, 145 (156).

⁹ Daher als Elternverantwortung bezeichnend BVerfGE 10, 59 (67).

¹⁰ Michael Germann, Die grundrechtliche Freiheit zur religiös motivierten Beschneidung, in: Johannes Heil und Stephan Kramer (Hg.), Beschneidung: Das Zeichen des Bundes in der Kritik. Zur Debatte um das Kölner Urteil, Berlin 2012, S. 83-97 (87).

¹¹ BVerfGE 52, 223 (235 f. m.w.N.); Matthias Jestaedt, Das elterliche Erziehungsrecht im Hinblick auf Religion (§ 52), in: Joseph Listl und Dietrich Pirson (Hg.), Handbuch des Staatskirchenrechts der Bundesrepublik Deutschland, 2. Aufl., Bd. 2, Berlin 1995, S. 371-414 (371 f.).

¹² Matthias Jestaedt, Fn. 11, (378).

¹³ Diese erfolgt über eine einfachgesetzliche Ausgestaltung der Anforderungen an das Kin-

deswohl wie nun etwa in § 1631 d BGB oder durch eine verfassungskonforme Auslegung abstrakt auf das Kindeswohl bezogener Normen.

¹⁴ BVerfGE 24, 119 (144 f.).

¹⁵ BVerfGE 60, 79 (94).

¹⁶ Michael Germann, Fn. 10, S. 88; ähnlich Michael Jestaedt, in: Rudolf Dolzer u. a. (Hg.), Bonner Kommentar zum Grundgesetz, 139. Aufl., Heidelberg 2009, Art. 6 Abs. 2 und 3, Rn. 44 m.w.N.

¹⁷ Zur Konkretisierung jener Mindeststandards in Bezug auf die religiös motivierte Beschneidung siehe III.

¹⁸ BVerfGE 24, 236 (245 f.).

¹⁹ BVerfGE 32, 98 (106).

²⁰ BVerfGE 108, 282 (299 f. m.w.N.); zur Vereinfachung wird daher im Folgenden nur der Begriff „religiös“ verwendet.

²¹ Martin Heckel, Die theologischen Fakultäten im weltlichen Verfassungsstaat, Tübingen 1986, S. 24.

²² BVerfGE 24, 236 (247 f.); Martin Morlok, in: Horst Dreier (Hg.), Grundgesetz. Kommentar, Bd. 1, 2. Aufl., Tübingen 2004, Art. 4 GG, Rn. 55 m.w.N. auch zur Gegenansicht.

²³ Axel von Campenhausen und Heinrich de Wall, Staatskirchenrecht. Eine systematische Darstellung des Religionsverfassungsrechts in Deutschland und Europa. Ein Studienbuch, 4. Aufl., München 2006, S. 56.

²⁴ BVerfGE 32, 98 (106).

²⁵ Ausführlich Michael Germann, Der menschliche Körper als Gegenstand der Religionsfreiheit, in: Bernd-Rüdiger Kern und Hans Lilie (Hg.), Jurisprudenz zwischen Medizin und Kultur. Festschrift zum 70. Geburtstag von Gerfried Fischer, Frankfurt am Main 2010, S. 35-58 (46-53); zu entsprechenden Motiven etwa im Judentum oder Islam Stephan Schorch und Thomas Eich in diesem Heft.

²⁶ So indes Holm Putzke, Die strafrechtliche Relevanz der Beschneidung von Knaben. Zugleich ein Beitrag über die Grenzen der Einwilligung in Fällen der Personensorge, in: Holm Putzke u. a. (Hg.), Strafrecht zwischen System und Telos. Festschrift für Rolf Dietrich Herzberg zum siebzigsten Geburtstag am 14. Februar 2008, Tübingen 2008, S. 669-709 (697, Fn. 150).

²⁷ So aber Holm Putzke, Recht und Ritual – ein großes Urteil einer kleinen Strafkammer. Be-

sprechung zu LG Köln, Urte. v. 7. 5. 2012, 151 Ns 169/11, MedR 2012, S. 621-625 (624).

²⁸ BVerfGE 41, 29 (47f.).

²⁹ Matthias Jestaedt, Fn. 11, (385 f.).

³⁰ BVerfGE 30, 415 (424).

³¹ Im Ergebnis ebenso Werner Beulke und Annika Dießner, Fn. 2, (344); nach diesem Verständnis kann die Beschneidung dann auch nicht als Körperverletzung des Kindes um der egozentrischen Verfolgung religiöser Interessen der Eltern Willen gedeutet werden. Ein solches Ansinnen wäre vom Tatbestand des Art. 6 II GG auch nicht erfasst. Dazu Michael Germann, Fn. 25, (54); dies übersieht u. a. Günter Jerouschek, Beschneidung und das deutsche Recht. Historische, medizinische, psychologische und juristische Aspekte, NSTZ 2008, S. 313-319 (319).

³² Matthias Jestaedt, Fn. 11, (382 f.).

³³ Typisierende Altersgrenzen hierzu enthält § 5 RKEG.

³⁴ LG Köln, Urteil vom 7.5.2012 – 151 Ns 169/11.

³⁵ Das verkennt u. a. Günter Jerouschek, Fn. 31, (319).

³⁶ Michael Germann, Fn. 10, (89).

³⁷ Statt vieler BVerfGE 108, 282 (297 m.w.N.).

³⁸ BVerfGE 56, 54 (73).

³⁹ BVerfGE 52, 131 (174); 89, 120 (130).

⁴⁰ BVerfGE 52, 131 (175).

⁴¹ Ebenso Bijan Fateh-Moghadam, Religiöse Rechtfertigung? Die Beschneidung von Knaben zwischen Strafrecht, Religionsfreiheit und elter-

lichem Sorgerecht, RW 2010, S. 115-142 (132); diese kann zeitlich durchaus vor der Religionsmündigkeit eintreten.

⁴² Allgemein Lothar Michael und Martin Morlok, Grundrechte, 3. Aufl., Baden-Baden 2012, Rn. 738-739.

⁴³ Klaus Stern, in: Klaus Stern, Das Staatsrecht der Bundesrepublik Deutschland, Bd. 3, Halbbd. 2, Allgemeine Lehren der Grundrechte, unter Mitw. von Michael Sachs, (§ 84), S. 828-835 m.w.N.

⁴⁴ BVerfGE 115, 320 (358).

⁴⁵ Allgemein BVerfGE 115, 320 (359).

⁴⁶ Ebenso Kyriell-A. Schwarz, Die aus religiösen Gründen gebotene Beschneidung und das Verfassungsrecht, in: Heil und Kramer (Hg.), Fn. 10, S. 98-114 (111 f.); BGH, B. vom 26.10.2011 – XII ZB 247/11, Abs. 25 m.w.N.

⁴⁷ Überblickartig zu den vorhandenen divergierenden Studien in der Begründung des Gesetzesentwurfs der Bundesregierung zum Entwurf eines Gesetzes über den Umfang der Personensorge bei einer Beschneidung des männlichen Kindes, Bundesrats-Drucksache 597/12, S. 5 f., 7 f.

Stefanie Hahn ist als Justitiarin an der Uniklinik Leipzig tätig.

Zum „Gesetz über den Umfang der Personensorge bei einer Beschneidung des männlichen Kindes“ (BGBl. 2012 I S. 2749)

von Ministerialrätin Beate Kienemund

1. Zur Vorgeschichte des Regierungsentwurfs

Mit dem Berufungsurteil des LG Köln vom 7. Mai 2012¹ zur Strafbarkeit der religiös begründeten Beschneidung

eines minderjährigen Jungen liegt – soweit ersichtlich – das erste Strafurteil seit Bestehen der Bundesrepublik Deutschland zur Beschneidung eines Jungen vor. Nach Freispruch durch das Amtsgericht entschied das LG Köln,

dass die als körperlicher Eingriff nach § 223 Abs. 1 StGB tatbestandsmäßige Beschneidung trotz Einwilligung der Eltern rechtswidrig, der Arzt jedoch wegen unvermeidbaren Verbotsirrtums freizusprechen sei.

Unmittelbar nach dem öffentlichen Bekanntwerden des Urteils Ende Juni 2012 setzte eine heftige Debatte ein, in der in kürzester Zeit eine unübersehbare Flut öffentlicher Äußerungen aus den verschiedensten Blickwinkeln (und mit unterschiedlichem Niveau) zustande kam. Die betroffenen Religionsgesellschaften sprachen von einem „eklatanten und unzulässigen“² bzw. „beispiellosen und dramatischen Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht der Religionsgemeinschaften“³. Die Ärzteschaft reagierte verunsichert. Schon Ende Juni 2012 teilte das Jüdische Krankenhaus in Berlin mit, dass es im Hinblick auf die rechtliche Unsicherheit „bis auf weiteres keine religiös begründeten Beschneidungen an Jungen mehr vornehmen“⁴ werde. Zwei Wochen später riet die Bundesärztekammer ihren Mitgliedern wegen der unklaren rechtlichen Lage davon ab, rituelle Beschneidungen vorzunehmen und wünschte sich zugleich „eine schnelle und klare rechtliche Feststellung“⁵.

Unter Hinweis auf die Singularität der Entscheidung reagierte das Bundesjustizministerium (BMJ) zunächst zurückhaltend; man werde „sorgfältig alle Facetten dieses Urteils bewerten und mögliche Konsequenzen dieser Einzelfallentscheidung in Ruhe prüfen“⁶. Allerdings war – nachdem

das Urteil am 15. Mai 2012 rechtskräftig geworden war – schnell klar, dass mit einer ober- oder höchstrichterlichen Klärung in absehbarer Zeit nicht zu rechnen war. Daher nahmen politische Forderungen nach einer gesetzlichen Regelung rasch zu.⁷ Verschiedene – auch später nicht weiterverfolgte – Wege wurden öffentlich ins Gespräch gebracht.⁸ Sehr schnell nahm sich der Bundestag des Themas an. Schon am 19. Juli debattierte das Plenum des Bundestages auf gemeinsame Initiative von Abgeordneten der CDU/CSU, der FDP und der SPD den Antrag „Rechtliche Regelung der Beschneidung minderjähriger Jungen“⁹ und forderte „mit großer Mehrheit bei einer Reihe von Gegenstimmen und Stimmenthaltungen aus verschiedenen Fraktionen“¹⁰ die Bundesregierung auf, „im Herbst 2012, unter Berücksichtigung der grundgesetzlich geschützten Rechtsgüter des Kindeswohls, der körperlichen Unversehrtheit, der Religionsfreiheit und des Rechts der Eltern auf Erziehung einen Gesetzentwurf vorzulegen, der sicherstellt, dass eine medizinisch fachgerechte Beschneidung von Jungen ohne unnötige Schmerzen grundsätzlich zulässig ist.“

2. Der Referentenentwurf

Sofort nach Vorliegen des Bundestagsbeschlusses nahm das BMJ die Arbeiten an einem dem Auftrag des Bundestages entsprechenden Gesetzentwurf auf, die in einer BMJ-internen Projektgruppe mit Mitarbeiter/in-

nen insbesondere aus den Bereichen Verfassungsrecht, Strafrecht, Kinderschutzrecht und Medizinrecht geleistet wurden. Der Entwurf wurde zwar binnen weniger Wochen, aber nach außerordentlich intensiver Befassung mit der Materie vorgelegt; der immer wieder erhobene Vorwurf eines „Schnellschusses“ (der eine mangelnde Durchdringung der sich stellenden Fragen nahelegt) ist keinesfalls berechtigt. Der Erarbeitung des Referentenentwurfs ging eine sehr umfangreiche Aufarbeitung der tatsächlichen und rechtlichen Aspekte voraus: Wie schwer ist der mit der Beschneidung verbundene körperliche Eingriff und welche Komplikationen und Folgen können gegebenenfalls damit verbunden sein? Welche Rechtsgüter und Grundrechtspositionen werden berührt und wie sind diese zueinander ins Verhältnis zu setzen? Welchen Grad an Verbindlichkeit beanspruchen die eine Beschneidung vorsehenden religiösen Gebote und könnte diesen etwa in symbolischer Weise Rechnung getragen werden? Die gewonnenen Erkenntnisse über geschichtliche, religiöse und gesellschaftlich-kulturelle Hintergründe der Beschneidung von Jungen, über medizinische Methoden der Durchführung, mögliche körperliche sowie psychische Folgen und Komplikationen und über die nationale und internationale Rechtslage, insbesondere auch in anderen europäischen Staaten haben Eingang in die umfangreiche Begründung des Gesetzentwurfs gefunden.¹¹

Aufmerksam verfolgt wurde im BMJ

zugleich die öffentliche und fachöffentliche Diskussion zum Thema. Mitarbeiter/innen des BMJ besuchten die öffentliche Plenarsitzung des Deutschen Ethikrates am 23. August 2012, in der Mitglieder des Ethikrates zu medizinischen, religiös-kulturellen, straf- und verfassungsrechtlichen sowie ethischen Aspekten der Beschneidung referierten und diskutierten. Die Empfehlung des Deutschen Ethikrates, die „ungeachtet tiefgreifender Differenzen in grundlegenden Fragen [...] einmütig“ erging, lautete dahin, unter Umsetzung bestimmter Mindeststandards (umfassende Aufklärung und Einwilligung der Sorgeberechtigten, qualifizierte Schmerzbehandlung, fachgerechte Durchführung des Eingriffs sowie Anerkennung eines entwicklungsabhängigen Vetorechts des betroffenen Jungen) „rechtliche Standards für eine Beschneidung minderjähriger Jungen aus religiösen oder weltanschaulichen Gründen zu etablieren.“¹² Der Entwurf des BMJ hat diese Anforderungen aufgegriffen. Sie sind – bis auf die gesetzliche Verankerung eines Vetorechts – heute Gesetz. Schließlich hat sich BMJ selbst um die Einbeziehung externen Sachverständigen bemüht. Dazu wurde die Thematik am 28. August 2012 mit hochrangigen Expert(inn)en für Verfassungsrecht, Völkerrecht, Familien- und Strafrecht, für Ethik, des Kinderschutzes, aus der Urologie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Vertretern der betroffenen Religionsgesellschaften (Juden, Muslime und Aleviten) ausführlich erörtert. Ergebnis sowohl der

öffentlichen Plenarsitzung des Ethikrates als auch des BMJ-internen Expertengesprächs war, dass mit Blick auf die durch das Urteil des LG Köln entstandene Rechtsunsicherheit der Regelungsbedarf zu bejahen und – auf der Grundlage der vorhandenen tatsächlichen Erkenntnisse über die Durchführung der Beschneidung und ihre medizinischen und psychologischen Folgen – der Gesetzgeber weder verfassungs- noch europa- oder völkerrechtlich¹³ gehindert sei, davon auszugehen, dass die lege artis durchgeführte Beschneidung von Jungen zulässig ist.

Im nächsten Schritt stellte das BMJ ein Eckpunktepapier vor, das Gegenstand und Grundlage der am 28. September 2012 durchgeführten Bundesländer-Besprechung und der am selben Tag stattgehabten Verbändeanhörung war. Das Papier enthielt bereits den (später unverändert Gesetz gewordenen) konkreten Regelungstext.¹⁴ Ferner stellte das Eckpunktepapier die wesentlichen Weichenstellungen des Regelungsvorschlags vor (Ansatz im elterlichen Sorgerecht, keine Prüfung der religiösen Motivation der Eltern, Beschränkung auf die nach der Entscheidung des LG Köln tatsächlich regelungsbedürftigen Fallkonstellationen, Kindeswohlklausel für Ausnahmefälle, fachgerechte Durchführung einschließlich einer wirkungsvollen Schmerzbehandlung und Aufklärung der Eltern sowie die Möglichkeit, den Eingriff in den ersten sechs Monaten nach der Geburt des Kindes durch einen religiösen Beschneider durchfüh-

ren zu lassen, sofern dieser einem Arzt vergleichbar dazu befähigt ist). Am 10. Oktober 2012 wurde der Referententwurf im Kabinett beschlossen.

Den vom Bundestag für die Vorlage eines Regierungsentwurfs gesetzten – knappen – Zeitrahmen („Herbst 2012“) hat das BMJ einhalten können. Dies war notwendig und richtig: Die anhaltende öffentliche Diskussion hatte einen erkennbar hohen emotionalen Stellenwert für „Beschneidungsbefürworter“ ebenso wie für „Beschneidungsgegner“; es wurden zum Teil Argumente ausgetauscht, die dauerhafte Verletzungen auf allen Seiten zu hinterlassen drohten. Nicht zu vernachlässigen war der Umstand, dass wegen der bestehenden Rechts-

Der § 1631d im Wortlaut:

Beschneidung des männlichen Kindes
(1) Die Personensorge umfasst auch das Recht, in eine medizinisch nicht erforderliche Beschneidung des nicht einsichts- und urteilsfähigen männlichen Kindes einzuwilligen, wenn diese nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt werden soll. Dies gilt nicht, wenn durch die Beschneidung auch unter Berücksichtigung ihres Zwecks das Kindeswohl gefährdet wird.
(2) In den ersten sechs Monaten nach der Geburt des Kindes dürfen auch von einer Religionsgesellschaft dazu vorgesehene Personen Beschneidungen gemäß Absatz 1 durchführen, wenn sie dafür besonders ausgebildet und, ohne Arzt zu sein, für die Durchführung der Beschneidung vergleichbar befähigt sind.

unsicherheit (Eltern und Ärzten drohten strafrechtliche Konsequenzen) fortlaufend auch jüdische Beschneidungen aufgeschoben werden mussten, die nach den religiösen Vorgaben eigentlich am achten Lebensstag des Jungen durchzuführen sind. Vor allem war es aber wünschenswert, dass die gesellschaftlich wichtige, ethische Grundfragen berührende Debatte – anhand eines konkreten Lösungsvorschlags – sehr schnell wieder vom Parlament selbst als dem Repräsentanten des Souveräns geführt werden konnte.

3. Das parlamentarische Verfahren

Der Bundesrat beschloss in seiner Plenarsitzung vom 2. November 2012, in der Integrationsministerin Öney (BW) die familienrechtliche Anknüpfung und das Fehlen eines Religionsbezuges begrüßte, gegen den Gesetzentwurf¹⁵ keine Einwendungen zu erheben.¹⁶ In der ersten Lesung des Bundestages am 22. November 2012¹⁷ wurde neben dem Regierungsentwurf¹⁸ auch der alternative Gruppenentwurf von MdB Rupperecht, Dörner, Golze und anderen Abgeordneten der Grünen, der SPD und der Linken¹⁹ beraten. Auch der Alternativentwurf setzte im elterlichen Sorgerecht an, wollte aber eine elterliche Einwilligung nur zulassen, wenn der Junge „das 14. Lebensjahr vollendet hat, einsichts- und urteilsfähig ist, der Beschneidung zugestimmt hat und diese nach den Regeln der ärztlichen Kunst von einer Ärztin oder einem Arzt mit der Befähigung zum

Facharzt für Kinderchirurgie oder Urologie durchgeführt werden soll.“ Zu Recht machte MdB Montag (Bündnis 90/Die Grünen) auf die Konsequenz dieses Entwurfs aufmerksam: Eltern, die ihren noch nicht vierzehnjährigen Sohn beschneiden ließen, hätten sich der Strafbarkeit ausgesetzt und „im Übrigen auch einer Nachschau durch das Jugendamt im präventiven Bereich“²⁰.

In der Debatte, die von Bundesjustizministerin Leutheusser-Schnarrenberger eröffnet wurde, meldeten sich Vertreter/innen aller Bundestagsfraktionen zu Wort, wobei die Haltung zu den vorliegenden Entwürfen nicht von der Fraktionszugehörigkeit abhängig war. Manche auch der Redner, die dem Regierungsentwurf zuneigten, sahen sich in einem Wertekonflikt; teilweise wurde Verständnis laut dafür, dass die Beschneidung in Deutschland als fremd, „ja archaisch“ wahrgenommen werde. Zugleich war es durchweg wesentliches Anliegen der Redner/innen, dass religiöses Leben von Muslimen und Juden in Deutschland weiter möglich sein müsse. Die Diskussion darüber, ob Riten als nicht mehr zeitgemäß abgeschafft oder ersetzt werden sollten, könne (nach Auffassung einiger: solle aber auch) nur innerhalb der Religionsgesellschaften selbst geführt werden; nicht der Staat entscheide darüber, was die Identität einer Religionsgemeinschaft ausmache.²¹ Die Unterstützer des Alternativentwurfs bedauerten den „massiven Zeitdruck“, unter dem beraten werde und kamen auf den auch öffentlich

diskutierten Vorschlag einer ausführlicheren Debatte während eines zweijährigen Moratoriums zurück, in dem die Beschneidung straffrei bleiben sollte. Es klangen auch bereits die Punkte an, die die Diskussion in den Ausschüssen bis in die 2./3. Lesung hinein wesentlich bestimmen sollte: die Forderung nach einem Vetorecht auch des noch nicht einsichtsfähigen Kindes und nach einer deutlichen Verkürzung des Zeitraums, in dem auch Nichtärzte die Beschneidung durchführen können.

Am 26. November 2012 führte der federführende Rechtsausschuss eine öffentliche Anhörung durch, deren Gegenstand der Gesetzentwurf der Bundesregierung und der alternative Gruppenentwurf waren sowie die Änderungsanträge von MdB Lischka und weiteren Abgeordneten der SPD²² und MdB Montag und weiteren Abgeordneten von Bündnis 90/Die Grünen.²³ Beide Änderungsanträge hatten ein Vetorecht des Jungen zum Gegenstand; der Antrag der SPD sah für die nähere Ausgestaltung eines entwicklungsabhängigen Vetorechts und weiterer Voraussetzungen (u. a. die Ausbildung der Beschneider, Anforderungen an die Modalitäten des Eingriffs und die Schmerzbehandlung) eine Verordnungsermächtigung vor, während der Änderungsantrag von Bündnis 90/Die Grünen ein Vetorecht auch des noch nicht einsichts- und urteilsfähigen Jungen etablieren wollte, „wenn das Kind einen entgegen stehenden Willen zum Ausdruck bringt“, und vorsah, den Zeitraum, innerhalb

dessen der Eingriff auch nichtärztlichen Beschneidern erlaubt ist, auf vierzehn Tage nach der Geburt zu verkürzen. Unter den elf Sachverständigen waren vier Mediziner aus den Bereichen Pädiatrie, Urologie und innere Medizin, fünf Juristen aus den Bereichen Verfassungs-, Straf- und Familienrecht sowie die Generalsekretäre der Zentralräte der Juden und der Muslime in Deutschland vertreten, darunter als erklärte Gegner des Regierungsentwurfs der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. und der Strafrechtler Prof. Dr. Merkel. Mit Ausnahme von Prof. Dr. Merkel, der Regelungsansatz und -ausführung für verfehlt hielt, bejahten die angehörten Rechtsexperten den Regelungsbedarf und begrüßten die im Regierungsentwurf gefundene Lösung. Ein Vetorecht für das nicht einsichts- und urteilsfähige Kind wurde als eher problematisch oder jedenfalls nicht praktikabel bewertet, während die in Sechsmonatsfrist von der überwiegenden Mehrheit der Sachverständigen als „gegriffen“ kritisiert wurde.

Nach abschließender Beratung im Rechtsausschuss, der die Ablehnung des Alternativentwurfs und die Annahme des Regierungsentwurfs ohne Änderungen empfahl,²⁴ fand die 2. und 3. Lesung am 12. Dezember 2012 statt.²⁵ Noch in der 2. Lesung brachte eine Gruppe von 33 Abgeordneten einen Änderungsantrag²⁶ ein mit dem Ziel, die Sechsmonatsfrist in § 1631d Abs. 2 des Regierungsentwurfs auf zwei Monate zu verkürzen. Der Regierungsentwurf wurde nach intensiver

Debatte und Ablehnung des Alternativentwurfs und aller Änderungsanträge mit 434 Ja- gegen 100 Neinstimmen bei 36 Enthaltungen angenommen. 55 Abgeordnete gaben schriftliche Erklärungen zur Abstimmung²⁷ nach § 31 GO BT zu Protokoll, in denen sie ihr jeweiliges Stimmverhalten erläuterten.

Am 14. Dezember 2012 beschloss der Bundesrat, den Vermittlungsausschuss nicht anzurufen. Das Gesetz wurde am 27. Dezember 2012 im Bundesgesetzblatt²⁸ verkündet und trat gemäß seinem § 2 am 28. Dezember 2012 in Kraft.

4. Einige Überlegungen zu § 1631d BGB

Nachstehend werden – im Hinblick auf den begrenzten Raum – nur einzelne der im Zusammenhang mit der Norm diskutierten Fragen kurz und ohne Anspruch auf wissenschaftliche Vertiefung angerissen.

Lösungsansatz im Kindschaftsrecht

Am Beginn der Arbeiten stand die Frage nach Lösungsansatz und Regelungsstandort. Im Wesentlichen kamen in Betracht: Ausschluss der Strafbarkeit einer mit Einwilligung der Eltern fachgerecht durchgeführten Beschneidung²⁹ oder eine Lösung über das elterliche Sorgerecht, die ihren Standort (eingegrenzt auf religiös motivierte Beschneidungen) im Gesetz über die religiöse Kindererziehung oder – umfassender – in den allgemeinen Regelungen zum elterlichen Sorgerecht

finden konnte. Wie bekannt wurde zugunsten des sorgerechtlchen Ansatzes entschieden und eine – verfassungsrechtlich zulässige³⁰ – klarstellende Regelung im Kindschaftsrecht gefunden. Damit setzt die Regelung an dem Punkt an, der Kern der (verfassungs-)juristischen Debatte ist und zugleich ein Ansatzpunkt war für die besondere Emotionalität der öffentlichen Diskussion: Überschreiten Eltern bei Einwilligung in eine Beschneidung ihrer Söhne die vom Sorgerecht gezogenen Grenzen? Ein strafrechtlicher Ansatz hätte genau diesen Punkt ausgeklammert³¹ und außerdem im Hinblick auf zivilrechtliche Schadensersatzansprüche keine Rechtssicherheit schaffen können. Der Lösungsansatz im Kindschaftsrecht wurde in den oben genannten Expertengesprächen und Anhörungen fast durchweg für sachgerecht gehalten und begrüßt.

Religiöse Motivation der Eltern ist nicht Voraussetzung

Sehr schnell wurde eine Regelung für vorzugswürdig gehalten, die von der religiösen Motivation der in die Beschneidung einwilligenden Eltern unabhängig ist. Damit entfiel der Standort im Gesetz über die religiöse Kindererziehung. Auch wenn die Beschneidung von Jungen in den beiden hauptsächlich betroffenen religiösen Gemeinschaften Judentum und Islam eindeutig religiöses Gebot ist,³² dürfte im Einzelfall nur schwer festzustellen sein, ob die Entscheidung der Eltern tatsächlich in ihrer religiö-

sen Überzeugung wurzelt, eher oder ausschließlich traditionellen Überlegungen folgt oder daneben, vielleicht auch ausschließlich von der – weit verbreiteten, wenngleich umstrittenen – Überzeugung getragen ist, damit präventiv-medizinisch sinnvoll zu handeln.³³ Die Rechtspraxis hätte sich im Streitfall vor der kaum lösbaren Aufgabe gesehen, das Vorhandensein und den Inhalt religiöser Überzeugungen ermitteln zu müssen.

Beschränkung auf die tatsächlich problematischen Konstellationen

Die Regelung in § 1631d BGB ist bewusst beschränkt auf die nach der Entscheidung des LG Köln problematischen tatsächlichen Konstellationen. Nur für diese bestand gesetzlicher Klarstellungsbedarf, nur für diese wurde eine Regelung getroffen.³⁴ Rechtliche Rückschlüsse für ähnliche, in § 1631d BGB nicht erfasste Konstellationen erlaubt die Regelung mithin nicht. Sie ist ausdrücklich beschränkt auf den Eingriff der Beschneidung von Jungen, sie sagt nichts und will nichts sagen über andere körperliche Eingriffe wie etwa (nicht klar medizinisch indizierte) Impfungen, Ohrlochstechen, Tätowierungen oder Schönheitskorrekturen. Ausdrücklich nicht von der Vorschrift erfasst ist die Beschneidung von Mädchen, die wegen der regelmäßig damit verbundenen Gefahr schwerwiegender Gesundheitsrisiken, aber auch der (intendierten) Folgen für die sexuelle Empfindung zweifelsfrei verboten und strafrechtlich sanktioniert

ist.³⁵ Von vorneherein ausgeklammert wurden medizinisch notwendige (= indizierte) Beschneidungen von Jungen. Diese unterscheiden sich nicht von anderen medizinisch indizierten Eingriffen und folgen hinsichtlich der elterlichen Einwilligung den allgemeinen Grundsätzen. Schließlich ist die Norm tatbestandsmäßig beschränkt auf die Beschneidung von (noch) nicht einsichts- und urteilsfähigen Jungen, da religiöse bzw. rituell-traditionelle Beschneidungen durchweg in einem Alter vorgenommen werden,³⁶ in dem Kinder mangels Einsichts- und Urteilsfähigkeit regelmäßig noch nicht selbst wirksam einwilligen können. Die unterschiedlich beurteilte, sehr ausdifferenzierte rechtliche Situation bei schon selbst einwilligungsfähigen Kindern bedurfte für den zu regelnden Spezialfall der Beschneidung keiner gesetzgeberischen Entscheidung.

Kindeswohlrelevante Voraussetzungen für die Einwilligung der Eltern

Dass die elterliche Einwilligung nur unter einschränkenden, am Kindeswohl orientierten Voraussetzungen zulässig sein soll, war auch unter Befürwortern einer klarstellenden Regelung unstrittig.³⁷ Besonders eingehend diskutiert wurden die Einbeziehung des Jungen³⁸ und eine (mögliche?) Schmerzfreiheit des Eingriffs, insbesondere bei Neugeborenen.

§ 1631d BGB selbst regelt nicht ausdrücklich, wie der Junge in die Entscheidung einzubeziehen ist; insbesondere sieht er für die betroffene

Gruppe der noch nicht einsichts- und urteilsfähigen Jungen kein Vetorecht vor. Dennoch ist der Kindeswille für die Entscheidung der Eltern nicht bedeutungslos. Vielmehr müssen sie sich nach § 1626 Abs. 2 S. 2 BGB und im Hinblick auf § 1631 Abs. 2 BGB mit dem Willen und den Vorstellungen des Kindes auseinandersetzen; je nach Reifegrad auch des noch nicht einsichts- und urteilsfähigen Kindes ist ein ernsthaft und unmissverständlich geäußertes Wille (im Einzelfall bis hin zur Wirkung eines Vetos) zu beachten. Ein Vetorecht (bei welcher kindlichen Äußerung? ab welchem Alter?) hätte erhebliche Wertungswidersprüche zu anderen elterlichen Entscheidungen mit ebenfalls hoher Tragweite zur Folge gehabt. Eine ausdrückliche Regelung der Pflicht zur Berücksichtigung des Kindeswillens hätte wegen der sehr unterschiedlichen Einzelfallgestaltungen nicht mehr als den Inhalt des § 1626 Abs. 2 S. 2 BGB wiedergeben können und damit gegenüber dem vorhandenen Rechtszustand nicht weitergeführt.

Aus den anzuwendenden Regeln der ärztlichen Kunst folgt, dass das Kind die im Einzelfall gebotene und wirkungsvolle Betäubung erhält. Eingriffe ohne jede Schmerzbehandlung sind danach nicht zulässig und damit ggf. auch strafbar. Welche Schmerzbehandlung zu wählen ist, entscheiden der Arzt oder – im Rahmen des § 1631d Abs. 2 BGB – der Beschneider im jeweiligen Einzelfall anhand der zu beachtenden ärztlichen Standards. Bei älteren Jungen wird der (dann ärztli-

che) Eingriff unter injizierter örtlicher Betäubung oder Vollnarkose vorgenommen werden. Für Neugeborene,³⁹ für die Vollnarkose und schmerzausschließende Injektionen regelmäßig nicht in Betracht kommen, bietet sich als wirkungsvolle, wenngleich den Schmerz nicht völlig ausschließende⁴⁰ Alternative nach Einschätzung von in den Anhörungen gehörter Mediziner nach derzeitigem Stand eine Behandlung mit EMLA[®]-Salbe an,⁴¹ die auch Mohalim⁴² applizieren dürfen. Auch der religiöse Beschneider muss im Übrigen die Voraussetzungen nach § 1631d Abs. 1 BGB einhalten, insbesondere die Eltern über Durchführung, Bedeutung und Tragweite des Eingriffs aufklären und die aktuellen medizinischen Standards einschließlich der bestmöglichen Schmerzlinde- rung beachten.

5. Schlussbemerkung

Mit der in § 1631d BGB vorgenommenen Klarstellung ist eine wesentliche Verbesserung erreicht. Erstmals sind Anforderungen an die Beschneidung definiert: Ärzte und nichtärztliche Beschneider müssen jetzt wissen, dass Eltern über den Eingriff, seine Risiken und Folgen aufzuklären und Jungen einer Beschneidung nicht ohne angemessene Schmerzbehandlung unterzogen werden dürfen. Bei Jungen jenseits des Säuglingsalters müssen Ärzte aufmerksam sein, wenn Signale des Kindes darauf hindeuten, dass es die Beschneidung ablehnt. Wichtig ist jetzt, dass sich Eltern, Ärzte und nicht-

ärztliche Beschneider mit diesen Anforderungen auseinandersetzen und sie in der Praxis Beachtung finden.

¹ NJW 2012, 2128.

² Zentralrat der Muslime, Pressemitteilung vom 27. Juni 2012.

³ Zentralrat der Juden, Pressemitteilung vom 26. Juni 2012.

⁴ Spiegel online vom 29. Juni 2012.

⁵ Spiegel online vom 14. Juli 2012.

⁶ Financial Times Deutschland vom 28. Juni 2012.

⁷ Vgl. MdB Volker Beck (Bündnis 90/ die Grünen) in der Financial Times Deutschland am 28. Juni: „Wir müssen uns darüber Gedanken machen, ob wir die Religionsfreiheit der jüdischen und muslimischen Glaubensgemeinschaft besser schützen müssen.“

⁸ So etwa über eine gesundheitsrechtliche Regelung im Entwurf des Patientenrechtegesetzes; Spiegel online vom 14. Juli 2012.

⁹ BT-Drs. 17/10331.

¹⁰ 473 Ja-Stimmen, 97 Nein-Stimmen und 13 Enthaltungen, Stenografischer Bericht zur 189. Sitzung vom 19. Juli 2012, S. 22829 ff, 22836.

¹¹ BT-Drs. 17/11295, S. 6 ff.

¹² <http://www.ethikrat.org/presse/pressemitteilungen/2012/pressemitteilung-09-2012>; darüber hinaus forderte der Ethikrat die Entwicklung und Evaluation von fachlichen Standards für die Durchführung der Beschneidung unter Mitwirkung der Betroffenen und der beteiligten Gruppen; vergleichbare Voraussetzungen finden sich in der europaweit einzigen anderen gesetzlichen Regelung, dem schwedischen „Gesetz zur Beschneidung von Jungen“, in Kraft seit 1. Oktober 2001, www.riksdag.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2001-499.

¹³ Vgl. BT-Drs. 17/1295 S. 14 f

¹⁴ Siehe Kasten S. 42.

¹⁵ BR-Drs. 597/12

¹⁶ Plenarprotokoll des Bundesrates 902 vom 2. November 2012, S. 491ff, 493.

¹⁷ Stenografischer Bericht zur 208. Sitzung vom 22. November 2012, S. 25441 ff.

¹⁸ BT-Drs. 17/11295.

¹⁹ BT-Drs. 17/11430.

²⁰ Stenografischer Bericht zur 208. Sitzung vom

22. November 2012, S. 25451.

²¹ Bundesjustizministerin Leutheusser-Schnarrenberger: „Wie die Religion ausgeübt wird, ist nicht der Gestaltung des Gesetzgebers unterworfen. Die weltanschauliche Neutralität des Staates ist im Sinne einer kooperativen Zuordnung zu verstehen, nicht negativ ausgrenzend. Ein moderner, pluralistischer Staat braucht auch die Glaubens- und Religionsgemeinschaften als bedeutsame gesellschaftliche Akteure.“ Stenografischer Bericht zur 208. Sitzung vom 22. November 2012, S. 25442.

²² BT-Drs. 17/11815.

²³ BT-Drs. 17/11816.

²⁴ Am 10. Dezember 2012, BT-Drs. 17/11800.

²⁵ Stenografischer Bericht zur 213. Sitzung vom 12. Dezember 2012, S. 26073 ff.

²⁶ BT-Drs. 17/11835.

²⁷ Stenografischer Bericht zur 213. Sitzung vom 12. Dezember 2012, S. 26159 ff.

²⁸ BGBl 2012 I S. 2749.

²⁹ Vgl. Walter, Der Gesetzentwurf zur Beschneidung – Kritik und strafrechtliche Alternative, JZ 2012, S. 1110 ff.

³⁰ Vgl. Rixen, Das Gesetz über den Umfang der Personensorge bei einer Beschneidung des männlichen Kindes, NJW 2013, 257, 258 f.; vgl. auch Klinkhammer, Beschneidung männlicher Kleinkinder und gesetzliche Vertretung durch die Eltern, FamRZ 2012, 1913, 1915; BT-Drs. 17/11295, S. 12 f.; zu Komplikationsraten und Auswirkungen auf die sexuelle Empfindungsfähigkeit vgl. auch Voß, Zirkumzision – die deutsche Debatte und ihre medizinische Basis, Sexuologie 2012, 154 ff.

³¹ Vgl. Walter, Der Gesetzentwurf zur Beschneidung – Kritik und strafrechtliche Alternative, JZ 2012, S. 1110, 1115 ff.

³² Vgl. BT-Drs. 17/11295, S. 6 f.

³³ Im Einzelnen vgl. BT-Drs. 17/11295 S. 16.

³⁴ vgl. BT-Drs. 17/11295 S. 17.

³⁵ vgl. BT-Drs. 17/11295 S. 13 f.

³⁶ Judentum: am achten Tag nach der Geburt; Islam: je nach Ausrichtung vom siebten Tag nach der Geburt bis etwa Ende Grundschulalter.

³⁷ Vgl. schon den Beschluss des Bundestages vom 19. Juli 2012, BT-Drs. 17/10331; auch Beschluss des Ethikrates vom 23. August 2012, <http://www.ethikrat.org/presse/pressemitteilungen/2012/pressemitteilung-09-2012>.

³⁸ Vgl. den Beschluss des Ethikrates und die Änderungsanträge von SPD (BT-Drs. 17/11815) und Bündnis 90/Die Grünen (BT-Drs. 17/11816).

³⁹ Nach jüdischem Ritus erfolgt die Beschneidung am achten Tag nach der Geburt; Ausnahmen bis hin zum völligen Absehen von der Beschneidung sind mit Rücksicht auf den Gesundheitszustand des Jungen möglich und ggf. geboten, vgl. Deusel, „Mein Bund, den ihr bewahren sollt“, Freiburg 2012, S. 136.

⁴⁰ Auch die schwedische Regelung fordert keine Schmerzfreiheit, sondern eine „adäquate Schmerzlinderung“, § 3 der Verwaltungsvorschriften, SOSOS 2001:14, <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2001:14>.

⁴¹ Vgl. auch Deusel, Fn. 39, S. 136.

⁴² Besonders ausgebildete und qualifizierte jüdische Beschneider; der Zentralrat der Juden hat angekündigt, für die Ausbildung der Mohalim in Deutschland eine entsprechende Zertifizierung vorzusehen, vgl. <http://www.zentralratjuden.de/de/article/3773.html?sstr=Zertifizierung|Mohalim> und <http://www.zentralratjuden.de/de/article/3850.html?sstr=Mohel|Ausbildung>.

Beate Kienemund ist Unterabteilungsleiterin im Fachbereich Bürgerliches Recht des Bundesjustizministeriums.

Beschneidung des männlichen Kindes. Zivilrechtliche Grenzen der Personensorge

von Dipl.-Jur. Franziska Wagener, LL.M.oec.

Problemabriss

Mit der Entscheidung des Landgerichts Köln im Mai 2012¹ wurde eine Diskussion in der Öffentlichkeit ausgelöst, die sich mit einer jahrhundertalten Tradition und ihrer Rechtfertigung auseinandersetzt. Das Gericht hatte über die Strafbarkeit eines Arztes zu entscheiden, der aus religiösen Gründen eine Beschneidung bei einem vierjährigen Jungen vorgenommen hatte.

Jede in die körperliche Unversehrtheit eingreifende ärztliche Behandlungsmaßnahme wird vom Tatbestand des § 223 StGB erfasst.² Auch eine Beschneidung, medizinisch auch Zirkumzision,³ verwirklicht tatbestandlich eine Körperverletzung.⁴

Die Bewertung der Strafbarkeit von Personen, die eine Beschneidung von männlichen Kindern durchführen, soll jedoch nicht Inhalt des Beitrags sein. Vielmehr geht es um die Frage, inwiefern die Zustimmung der Eltern zur Durchführung eines solchen Eingriffs eine Entscheidung im Sinne des Kindes, mithin eine dem Kindeswohl entsprechende Entscheidung, sein kann, wenn dessen Merkmale einen Tatbestand des Strafgesetzbuches erfüllen.

Inhalt und Umfang der Personensorge

Eltern obliegt nach § 1631 Abs. 1 BGB die Pflicht wie auch das Recht, ihr Kind zu pflegen, zu erziehen, zu beaufsichtigen und dessen Aufenthalt zu

bestimmen. Sie haben mithin die Personensorge inne. Diese bildet zusammen mit der Vermögenssorge gem. § 1626 Abs. 1 BGB die elterliche Sorge, also eine Fürsorgeverantwortung der Eltern für ihre minderjährigen Kinder.

Dieses Pflichtrecht, für die Erhaltung, Förderung und Entwicklung des Kindes zu sorgen,⁵ umfasst neben der Bestimmung über die religiöse Erziehung auch die ärztliche Betreuung für das Kind.⁶ In dieses Spannungsfeld ist auch die (religiös motivierte) Beschneidung einzuordnen. Soll eine Zirkumzision aus religiösen oder kulturellen Gründen durchgeführt werden, fehlt es an der medizinischen Notwendigkeit, der Eingriff ist folglich nicht indiziert. Es stellt sich daher die Frage, ob es dem Wohl des Kindes entsprechen kann, es einem Eingriff und den damit verbundenen Gefahren⁷ auszusetzen, obwohl der Eingriff für den Erhalt oder die Verbesserung der Gesundheit nicht erforderlich ist. Die Überlegung, ob eine nicht aus gesundheitlichen Gründen erforderliche Zirkumzision (bei männlichen Kindern) überhaupt von der Personensorge der Eltern erfasst ist, ist mit Einführung des § 1631d BGB⁸ obsolet geworden.

Nach dieser Norm umfasst die Personensorge auch das Recht, in eine medizinisch nicht indizierte Beschneidung eines männlichen Kindes einzuwilligen.⁹ Diese klarstellende Erweiterung der Personensorge ist jedoch nicht vollumfänglich, sondern nur in Grenzen zulässig. Zunächst ist festzuhalten, dass sich die Regelung nur auf medizinisch nicht erforderliche

Beschneidungen bezieht. Das leuchtet ohne weiteres ein, da eine medizinisch notwendige Zirkumzision über die gesundheitliche Verantwortung der sorgeberechtigten Eltern von der Personensorge umfasst ist und damit sogar die Pflicht zur Betreuung durch einen Arzt besteht.

Das Recht des Personensorgeberechtigten, in den Eingriff einzuwilligen, ist zudem begrenzt durch die Einsichts- und Urteilsfähigkeit des männlichen Kindes. Es kann selbst einwilligen oder den Eingriff auch ablehnen,¹⁰ wenn es nach seiner „geistigen und sittlichen Reife“¹¹ einsichtsfähig ist. Abzustellen ist dabei auf die persönliche Entwicklung und die Fähigkeit, die „Bedeutung und Tragweite des Eingriffs“¹² erkennen zu können. Auf eine festgelegte Altersgrenze wie z. B. die starre Grenze bei der Geschäftsfähigkeit, kann es nicht ankommen.¹³ Bei Säuglingen und Kleinkindern kann von Einwilligungsfähigkeit nicht ausgegangen werden. Mit zunehmendem Alter steigt in der Regel die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind selbst rechtswirksam einwilligen kann.¹⁴ Dieser Entwicklungs- und Reifeprozess wurde bereits in § 1626 Abs. 2 S. 2 BGB berücksichtigt. Dort wird dem Kind zwar kein Mitentscheidungsrecht eingeräumt, den Eltern obliegt es aber, das Kind zu selbstständigem verantwortungsbewussten Handeln zu erziehen und dem Alter entsprechend die Ansichten und Wünsche des Kindes zu berücksichtigen, mithin Einvernehmen mit dem Kind anzustreben.¹⁵

Generell gilt es daher, bei Beurteilung der Einsichtsfähigkeit nach Anhaltspunkten zu suchen, die z. B. auf eine Verzögerung der Reife hindeuten könnten.¹⁶ Orientiert wird sich am Alter: So soll ein Kind, das unter 14¹⁷ oder auch 12¹⁸ Jahren ist, nicht einwilligungsfähig sein. Eine Parallele kann hier zu § 5 KErzG¹⁹ gezogen werden: Ab einem Alter von 12 Jahren darf ein Kind nicht mehr gegen seinen Willen in einem religiösen Bekenntnis erzogen werden; ab einem Alter von 14 Jahren kann ein Kind selbst entscheiden, zu welchem Bekenntnis es sich halten will. Soll ein Junge daher beschnitten werden, ist jedenfalls ab einem Alter von 12 Jahren besonderes Augenmerk auf seine persönliche geistige Reife und Entwicklung zu legen. Grundsätzlich kann aber auch ein jüngeres Kind in der Lage sein, den Umfang und die Bedeutung des Eingriffs zu überschauen. Ob letztlich Einsichtsfähigkeit beim Kind vorliegt, ist von demjenigen zu beurteilen, der die Beschneidung durchführen soll.²⁰ In der Regel ist dies nach § 1631d Abs. 1 BGB der Arzt.²¹

Sollte die Einwilligungsfähigkeit beim Kind zu verneinen sein, ist die Einwilligung des Sorgeberechtigten einzuholen. Sind beide Elternteile sorgeberechtigt, müssen auch beide einwilligen (§ 1629 Abs. 1 S. 2 BGB). Allenfalls bei einem allgemeinen Routinefall kann u. U. auch von der Einwilligung eines nicht erschienenen Elternteils ausgegangen werden.²² Die Zirkumzision mag zwar ein Routineeingriff sein, die einfache Annahme der Einwilligung eines nicht anwesen-

den Elternteils bei fehlender medizinischer Indikation kann hier allerdings nicht genügen.

Eine wirksame Einwilligung erfordert immer die vorherige Aufklärung über den Eingriff und die Gefahren durch denjenigen, der den Eingriff vornehmen wird.²³ Die Aufklärung über den Zweck ist bei medizinisch nicht notwendigen Eingriffen entbehrlich, da das Motiv in der Sphäre des Patienten (oder seiner Eltern) liegt. § 1631d BGB ist diesbezüglich nicht beschränkt. So können Eltern religiöse oder kulturelle Gründe haben oder den Eingriff auch prophylaktisch vornehmen lassen.²⁴ Dem gegenüber steht die Therapiefreiheit des Arztes. Ihm steht es frei, einen Eingriff unter bestimmten Umständen abzulehnen.²⁵ Ein nicht nachvollziehbares Motiv kann ein solcher Umstand sein.

Die Einwilligung der Personensorgeberechtigten in eine medizinisch nicht notwendige Zirkumzision ist nur möglich, wenn sie nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt werden soll. Der Eingriff hat somit nach dem medizinischen Standard des Fachbereichs zu erfolgen.²⁶ Auch eine effektive Schmerzbehandlung soll davon erfasst sein.²⁷ In diesem Sinne ist eine angemessene und wirkungsvolle Betäubung erforderlich. Von diesem in § 1631d Abs. 1 BGB normierten Arztvorbehalt kann innerhalb der ersten sechs Monate nach der Geburt des Kindes abgewichen werden: Den innerhalb einer Religionsgemeinschaft für diesen Ritus vorgesehenen Personen²⁸ ist eine Sonderstellung

eingräumt, sodass auch sie eine Beschneidung durchführen dürfen. Vorteil ist, dass diese Personen die für den rituellen Akt erforderlichen konstitutiven Begleithandlungen durchführen können.²⁹ Formell muss die Person durch die zuständigen Organe der Religionsgemeinschaft bestimmt werden.³⁰ Materiell ist eine dem Arzt vergleichbare Befähigung nachzuweisen. Hierzu muss derjenige in einer Art Ausbildung³¹ theoretisches Wissen wie auch praktische Erfahrungen in Bezug auf die Durchführung einer Beschneidung gesammelt haben. Diese Ausbildung kann nur in den Religionsgemeinschaften selbst erfolgen und nicht staatlichen Anforderungen unterstellt werden. Im Übrigen gelten die gleichen Anforderungen wie in § 1631d Abs. 1 BGB. Auch der „nicht-ärztliche Beschneider“³² muss sich an den medizinischen Facharztstandard halten. Dazu gehört die angemessene Schmerzlinderung.³³

Die Beschneidung ist immer auch am Wohl des Kindes zu messen.³⁴ Bei einer Gefährdung des Kindeswohls ist eine Einwilligung durch den Personensorgeberechtigten nicht möglich (§ 1631d Abs. 1 S. 2 BGB), sie wäre unwirksam.³⁵ Damit erkennt der Gesetzgeber an, dass eine Beschneidung grundsätzlich dem Kindeswohl entsprechen kann.³⁶ Bereits nach § 1666 BGB kann bei Kindeswohlgefährdung in die elterliche Personensorge eingegriffen werden (staatliches Wächteramt³⁷). Demnach hat § 1631d Abs. 1 S. 2 BGB vor allem klarstellende Funktion. Maßstab ist auch im Rahmen der

neuen Regelung das Wohl des Kindes.

Das Wohl des Kindes ist gesetzlich nicht definiert; es handelt sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff.³⁸ Nach § 1666 Abs. 1 BGB sind das körperliche, geistige und seelische Wohl des Kindes erfasst. Bei einer Zirkumzision ist zumindest das körperliche Wohl betroffen.³⁹ Eine Gefährdung liegt vor, bei einer gegenwärtigen, in einem solchen Maß vorhandenen Gefahr, dass bei Nichteingreifen eine erhebliche Schädigung des körperlichen, geistigen und seelischen Wohls des Kindes zu befürchten ist.⁴⁰ Bei einer (religiös) motivierten Beschneidung kann zumindest nach der Gesetzeskonzeption nur in besonderen Fällen eine Gefährdung vorliegen; in ihr kann nicht generell eine Kindeswohlgefährdung gesehen werden.⁴¹ Wird, wie gefordert, der ärztliche Facharztstandard eingehalten, werden die Nachteile für das körperliche Wohl verringert.⁴² Jedenfalls bei religiösem Anlass sollen mit der Zirkumzision Vorteile für das seelische Wohl verbunden sein, weil das Kind dadurch vollwertiges Mitglied der Religionsgemeinschaft wird.

Bewertung und Fazit

Mit der Normierung des § 1631d BGB hat der Gesetzgeber Stellung bezogen. Auch wenn nicht medizinisch indiziert, kann eine Beschneidung dem Kindeswohl entsprechen. Richtigerweise kann sich bei deren Bewertung nicht allein auf den körperlichen Eingriff gestützt, sondern muss auch auf das (religiöse) Erziehungsrecht der

Eltern Rücksicht genommen werden. Auch die Einordnung im Familienrecht unter die Personensorge kann daher überzeugen. Strafrechtlich relevant wird eine medizinisch nicht notwendige Beschneidung ohnehin, falls die Anforderungen des § 1631d BGB nicht erfüllt werden. Wegen der dann unwirksamen Einwilligung läge eine nicht gerechtfertigte Körperverletzung vor.

Geboten war auch die Auseinandersetzung mit religiösen Beweggründen für eine Beschneidung. Eine grundrechtlich verbürgte Religionsfreiheit ist nur dann glaubhaft, wenn es die Bereitschaft gibt, sich verschiedenen Glaubensrichtungen offen zu nähern. Die bloße Ablehnung einer Beschneidung ohne Verständnis für oder Interesse an den Hintergründen dieses religiösen Ritus war daher schon deswegen nicht angezeigt. Richtig ist aber auch, dass sich jede Handlung auch am Rechtssystem messen lassen muss. Daher waren der Zulässigkeit einer nicht medizinisch indizierten Beschneidung von männlichen Kindern Grenzen zu setzen. M. E. konnte ein angemessenes Gleichgewicht der verschiedenen Interessen erreicht werden.

Dadurch, dass in § 1631d Abs. 1 BGB die Zulässigkeit einer Beschneidung unabhängig vom Motiv ist, wurde nicht nur die Befugnis, über die religiöse Erziehung zu bestimmen, gestärkt, sondern das Erziehungsrecht des Personensorgeberechtigten im Allgemeinen. Der Gesetzgeber hat es vermieden, die verschiedenen Beweggründe für diesen Eingriff zu gewich-

ten. So ist grundsätzlich jedes Motiv zu akzeptieren; es muss theoretisch nicht einmal offen gelegt werden. Das erleichtert zunächst die Rechtslage für denjenigen, der die Beschneidung durchführen soll. Ein Arzt wird sich jedoch in der Regel vor einem nicht aus gesundheitlichen Gründen notwendigen Eingriff über den Anlass informieren. So kann bei Unverständnis für das Motiv der Eingriff auf Grundlage der Therapiefreiheit abgelehnt werden. Die Bewertung des Beweggrundes kann unter Umständen zudem ergeben, dass die Beschneidung das Wohl des Kindes gefährdet. Eine Einwilligung wäre dann nicht möglich und der Eingriff nicht zu rechtfertigen.

Religionsgemeinschaften wurden im zweiten Absatz der neuen Norm besonders berücksichtigt. Das liegt daran, dass Beschneidungen wegen Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft Auslöser der Diskussion waren. Richtig erkannt und entsprechend gewertet hat der Gesetzgeber, dass die Bedeutung der Beschneidung als religiöser Akt über das bloße Entfernen der Vorhaut hinausgeht. Innerhalb der Religionsgemeinschaften gibt es Personen, die mit der Durchführung der Beschneidung betraut sind, wie auch Begleithandlungen, die sie darüber hinaus bestimmen. So spielt z. B. im Judentum der zeitliche Faktor eine entscheidende Rolle. Sollte der zeitliche Rahmen des § 1631d Abs. 2 BGB nicht eingehalten werden können, bleibt immer noch die Möglichkeit, einen Arzt aufzusuchen. Auch das ist m. E. grundsätzlich ein angemessener

Kompromiss. Im Vergleich werden Religionen, in denen eine Beschneidung üblicherweise nicht im ersten halben Jahr durchgeführt wird, aber benachteiligt.

Fraglich ist, inwiefern von nicht-ärztlichen Personen überhaupt ein medizinischer Standard eingehalten werden kann. Schwierigkeiten liegen hier weniger im Können als in den Umständen. Der medizinische Maßstab setzt auch ein steriles Umfeld voraus. Somit können die Regeln der ärztlichen Kunst zwar auch für die beschneidenden Personen der Religionsgemeinschaften als Grundsatz dienen, klinische Bedingungen können von diesen jedoch nicht gefordert werden.

Die neue Norm zur Beschneidung erfasst ausdrücklich nur männliche Kinder. Der Ausnahmecharakter verdeutlicht einmal mehr, dass die Beschneidung von Mädchen auch mit Einwilligung der Eltern nicht zulässig ist. Hierfür sind bereits keine dem Kindeswohl entsprechenden Motive ersichtlich, sodass eine diesbezügliche Regelung auch nicht notwendig ist.

Mit der Einführung des § 1631d BGB ist damit der richtige Weg beschriftet. Er bringt Gewissheit für Mediziner, orientiert sich auch weiterhin am Wohl des Kindes und bringt darüber hinaus die verschiedenen Interessen in ein Gleichgewicht.

¹ LG Köln, Urt. v. 7.5.2012, 151 Ns 169/11, juris.
² BGH Urt. v. 29.6.1995, 4 StR 760/94, juris Rn 30.

³ Zirkumzision ist die vollständige oder teilweise Entfernung der Vorhaut (Präputium) des männlichen Gliedes. Putzke, Rechtliche Gren-

zen der Zirkumzision bei Minderjährigen, MedR 2008, 268-272 (268); Rixen, Das Gesetz über den Umfang der Personensorge bei einer Beschneidung des männlichen Kindes, NJW 2013, 257-262 (260); Hamdan, jurisPK-BGB, 6. Aufl., § 1631d Rn 7.

⁴ So auch Putzke, Juristische Positionen zur religiösen Beschneidung, NJW 2008, 1568-1570 (1569); ders., MedR 2008, 268 (269); Bauer, Kindeswohlgefährdung durch religiös motivierte Erziehung, Hamburg 2012, S. 216 f.

⁵ Gernhuber/Coester-Waltjen, Familienrecht, 6. Aufl., München 2010, § 62 Rn 1.

⁶ MüKo-BGB/Huber, 6. Aufl., München 2012, § 1626 Rn 33.

⁷ Kunstfehler, Komplikationen ohne Verschulden des Beschneiders, psychische Auswirkungen. Putzke, MedR 2008, 268 (269).

⁸ Siehe Kasten S. 42.

⁹ Anders noch LG Köln, Urt. v. 7.5.2012, 151 Ns 169/11, juris Rn 7, 9.

¹⁰ MüKo-BGB/Huber, § 1626 Rn 43.

¹¹ BGH Urt. v. 5.12.1958, VI ZR 266/57, juris Rn 13.

¹² Ebd.

¹³ Geilen in Wenzel, Handbuch des Fachanwalts Medizinrecht, 2. Aufl., Köln 2009, Kap. 4 Rn 430; Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, 6. Aufl., Berlin u. a. 2008, Rn 256; Igl/Welti, Gesundheitsrecht, München 2012, Rn 1359; Kern, Fremdbestimmung bei der Einwilligung in ärztliche Eingriffe, NJW 1994, 753-759 (755).

¹⁴ Rixen, NJW 2013, 257 (259).

¹⁵ Palandt/Diederichsen, BGB Kommentar, 71. Aufl., München 2012, § 1626 Rn 22.

¹⁶ Putzke, NJW 2008, 1568 (1569).

¹⁷ Kern, NJW 1994, 753 (755); Geilen in Wenzel, Handbuch des Fachanwalts Medizinrecht, Kap. 4 Rn 430.

¹⁸ Putzke, NJW 2008, 1568 (1569 f.).

¹⁹ Gesetz über die religiöse Kindererziehung vom 15.07.1921, RGBl. S. 939.

²⁰ Rixen, NJW 2013, 257 (260).

²¹ MüKo-BGB/Huber, § 1626 Rn 41.

²² Geilen in Wenzel, Handbuch des Fachanwalts Medizinrecht, Kap. 4 Rn 431.

²³ Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, Rn 243.

²⁴ Hamdan, jurisPK-BGB, § 1631d Rn 8.

²⁵ Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechts, 4. Aufl., München 2010, § 3 Rn 14.

²⁶ BGH Urt. v. 16.05.2000, VI ZR 321/98, juris Rn 20; Igl/Welti, Gesundheitsrecht, Rn 1373.

²⁷ BT-Drs. 17/11295, S. 17.

²⁸ BT-Drs. 17/11295 S. 7-9: z. B. jüdischer Moshel (hebräisch für Beschneider) oder türkischer Sünnetçi (muslimische Beschneidung = Sünnet).

²⁹ Hamdan, jurisPK-BGB, § 1631d Rn 20.

³⁰ Rixen, NJW 2013, 257 (261); Hamdan, jurisPK-BGB, § 1631d Rn 21.

³¹ BT-Drucks. 17/11295, S. 19; Hamdan, jurisPK-BGB, § 1631d Rn 22.

³² Rixen, NJW 2013, 257 (261).

³³ Die Schmerzlinderung wird in verschiedenen Religionen unterschiedlich praktiziert. Im Judentum werden vielfach Mittel zur Schmerzlinderung verabreicht (Ausnahme orthodoxes Judentum). Bei türkeistämmigen Muslimen findet die traditionelle Beschneidung überwiegend ohne Betäubung statt. BT-Drs. 17/11295 S. 8 f.

³⁴ Vgl. auch § 1627 BGB.

³⁵ Rixen, NJW 2013, 257 (260).

³⁶ Vor Einführung des § 1631d BGB ablehnend: LG Köln, Urt. v. 7.5.2012, 151 Ns 169/11, juris Rn 10; Putzke, MedR 2008, 268 (271 f.); i.E. wohl auch Kern, NJW 1994, 753 (756).

³⁷ Das Wächteramt des Staates kann Eingriffe in das Erziehungsrecht der Eltern bei Kindeswohlgefährdung rechtfertigen. Jarass/Pieroth, Grundgesetz, Kommentar, 11. Aufl., München 2011, Art. 6 Rn 46; Rauscher, Familienrecht, 2. Aufl., Heidelberg u. a. 2008, Rn 954.

³⁸ Rauscher, Familienrecht, Rn 958.

³⁹ Auf die mögliche Betroffenheit des geistigen oder seelischen Wohls wegen Nichtdurchführung einer religiösen Beschneidung soll an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden.

⁴⁰ BGH Urt. v. 26.10.2011, XII ZB 247/11, juris Rn 25; AG Daun Urt. v. 27.6.2007, 2 F 300/05, juris Rn 8.

⁴¹ So auch Rixen, NJW 2013, 257 (261).

⁴² Bauer, Kindeswohlgefährdung durch religiös motivierte Erziehung, S. 220.

Franziska Wagener ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Zivilprozess- und Handelsrecht an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Die rituelle Beschneidung vor und nach dem Urteil des LG Köln aus berufsrechtlicher Perspektive

von Sebastian Müller, M.mel.

Am 12.12.2012 hat der Bundestag in dritter Lesung das Gesetz über den Umfang der Personensorge bei einer Beschneidung des männlichen Kindes verabschiedet.¹ Damit findet eine durch das Urteil des Landgerichts Köln vom 07.05.2012 (AZ. 151 Ns 169/11) ausgelöste und von Vertreter verschiedenster Fachdisziplinen heftig

geführte Debatte ein (vorläufiges) Ende. In weiten Teilen der Ärzteschaft herrscht jedoch noch immer Ratlosigkeit, weil viele Mediziner das Gesetz für unvereinbar mit ihrer Berufsordnung halten. Tatsächlich enthält der sonst sehr umfassende Gesetzentwurf der Bundesregierung keinerlei Ausführungen dazu, welche berufsrecht-

lichen Konsequenzen mit dem Gesetz verbunden sind. Entgegen dem Antrag der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP² an die Bundesregierung durch einen Gesetzentwurf sicherzustellen, dass eine medizinisch fachgerechte Beschneidung von Jungen grundsätzlich zulässig ist, fehlt in diesem Bereich die notwendige, endgültige Klarheit.³ Obwohl sich die Rechtsprechung bis zum Urteil des LG Köln bereits zuvor vereinzelt mit der medizinisch nicht-indizierten Beschneidung befasst hat, finden sich keine Entscheidungen, die zu berufsrechtlichen Konsequenzen für die behandelnden Ärzte führte. Da auch in der Literatur, trotz der vielfältigen Rezeption des Gerichtsurteils und des folgenden Gesetzentwurfes, diese Perspektive bislang nicht erörtert wurde, sollen hier die berufsrechtlichen Konsequenzen der rituellen Beschneidung näher untersucht werden.

1. Berufsgerichtliche Maßnahmen

Nach Veröffentlichung des Urteils des LG Köln legten ärztliche Berufsorganisationen ihren Mitgliedern nahe, medizinisch nicht-indizierte Beschneidungen männlicher Kinder vorerst nicht mehr durchzuführen. Daraufhin teilte etwa das jüdische Krankenhaus in Berlin am 05.06.2012 mit, dass bis zu einer abschließenden juristischen Klärung aus Sorge vor strafrechtlichen Konsequenzen für die handelnden Ärzte keine religiös motivierten Beschneidungen an jüdischen und muslimischen Jungen unter 14 Jahren mehr durchgeführt würden.⁴ Erst nachdem

der Berliner Senator für Justiz und Verbraucherschutz den Ärzten Straffreiheit zugesichert hatte, erklärte das jüdische Krankenhaus am 05. September, dass nunmehr religiös motivierte Beschneidungen wieder möglich seien. Im Hinblick auf mögliche Sanktionen ist jedoch nicht nur das Strafrecht von Bedeutung, sondern auch das Berufsrecht.

a) Berufsrechtlicher Überhang

Die Handlung eines Arztes kann sowohl Strafgesetze, als auch ärztliche Berufspflichten verletzen. Durch den strafähnlichen Charakter berufsrechtlicher Sanktionen sind die Voraussetzungen für die Ahndung von berufsunwürdigen Handlungen in den förmlichen Kammer- und Heilberufsgesetzen der Länder geregelt. In Sachsen-Anhalt finden sich die maßgeblichen Normen zur Berufsgerichtsbarkeit in den §§ 21 sowie 46 ff. des Gesetzes über die Kammern für Heilberufe Sachsen-Anhalt (KGHB-LSA). Danach ist ein berufsrechtliches Verfahren zunächst bis zur Beendigung des strafgerichtlichen Verfahrens auszusetzen, § 61 Abs. 1 S. KHBG-LSA. Das berufsgerichtliche Verfahren kann gem. § 61 Abs. 2 KHBG-LSA nach einem Freispruch im gerichtlichen Verfahren nur dann eröffnet oder fortgesetzt werden, wenn die Tatsachen, die Gegenstand der gerichtlichen Entscheidung waren, ein Berufsvergehen enthält.⁵ Sowohl über die Einleitung als auch über den Abschluss des Verfahrens erhält die Ärztekammer eine Mitteilung nach Nr. 26

der Anordnung über Mitteilungen in Strafsachen (MiStra).

Dass eine erneute Sanktion durch die Berufsgerichte nicht durch Art. 103 Abs. 3 GG ausgeschlossen wird, hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) bereits festgestellt. Zwar darf niemand wegen derselben Tat auf Grund der allgemeinen Strafgesetze mehrmals bestraft werden. Dies gilt jedoch nicht für das Verhältnis zwischen Berufs- und Strafrecht. Nach Auffassung des BVerfG „kann es [...] notwendig sein, über die in der Strafe liegende allgemeine Mißbilligung der Verletzung des Rechtsgutes hinaus, die besondere Mißbilligung wegen der Verletzung der Berufspflicht zum Ausdruck zu bringen und mit dieser Reaktion einer Minderung des Ansehens der Ärzteschaft entgegenzuwirken.“⁶ Diese Notwendigkeit wird als so genannte berufsrechtlicher Überhang bezeichnet.⁷ Nachdem das LG Köln, freilich ohne Präjudizwirkung für andere Verfahren, festgestellt hatte, dass Eltern nicht in eine rituelle Beschneidung ihres Kindes einwilligen können, weil dies dem Kindeswohl widerspreche, bestand für spätere Beschneidungen nicht nur die Gefahr einer strafrechtlichen und gegebenenfalls⁸ einer berufsrechtlichen Verfolgung.

b) Strafrechtliche Wirkung des §1631d BGB

Durch das Gesetz über den Umfang der Personensorge bei einer Beschneidung des männlichen Kindes wird ausweislich der Gesetzesbegründung zum

neuen § 1631d BGB klargestellt, dass die „Personensorge der Eltern auch das Recht umfasst, unter Einhaltung bestimmter Anforderungen in die Beschneidung ihres nicht einsichts- und urteilsfähigen Kindes einzuwilligen.“⁹ Führt der Arzt die rituelle Beschneidung mit Einwilligung der Eltern nach umfassender Aufklärung der Eltern und unter Berücksichtigung des Kindeswillens fachgerecht sowie mit hinreichender Schmerzbehandlung aus, ist eine Strafbarkeit wegen Körperverletzung ausgeschlossen. Nicht beantwortet ist die Frage, ob damit auch die berufsrechtliche Verfolgung einer rituellen Beschneidung ausgeschlossen ist.

2. Der Grundsatz „primum non nocere“

Grundlage der ärztlichen Pflichten ist § 1 Abs. 1 (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO)¹⁰ sowie § 1 der Bundesärzteordnung (BÄO). Danach dienen die Ärzte der Gesundheit der Menschen. Dies umfasst entsprechend § 1 Abs. 2 MBO die Aufgabe, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken. Traditionell wird hierunter die indizierte, auf Heilung, Linderung oder Begleitung gerichtete Tätigkeit verstanden.¹¹ Vom Wortlaut werden

rein subjektive Wunscheingriffe, die, wie etwa die rituelle Beschneidung, medizinisch nicht indiziert sind und denen der Heilzweck völlig fehlt, also nicht erfasst.

a) Erfassung durch das Berufsrecht

Damit stellt sich zunächst die Frage, ob nicht indizierte Eingriffe auf einen subjektiven Wunsch hin überhaupt unter den Anwendungsbereich des ärztlichen Berufsrechtes fallen. § 3 Abs. 1 MBO untersagt den Ärzten, neben der Ausübung ihres Berufes Tätigkeiten auszuführen, die mit den ethischen Grundsätzen des ärztlichen Berufs nicht vereinbar sind. Freilich verbietet die Berufsordnung der Ärzteschaft damit nicht berufsfremde Betätigungen in Bereichen, in denen die im Studium erworbenen Kenntnisse nicht verwendet werden können. Wenn jedoch auch nichtärztliche Tätigkeiten mit Berufspflichten erfasst werden, sind medizinisch nicht indizierte Eingriffe, die an die im Studium erworbenen Kenntnisse anknüpfen, erst recht von der Berufsordnung erfasst.¹² Darüber hinaus darf nicht übersehen werden, dass § 3 MBO durch die Untersagung mit der ärztlichen Tätigkeit unvereinbarer Handlungen einerseits den Schutz des Ansehens der Ärzteschaft in der Öffentlichkeit und andererseits das des individuellen Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient bezweckt.¹³ Eine Beschränkung der Berufsaufsicht auf den in § 1 Abs. 2 MBO genannten Bereich der Heilkunde würde diesen Zweck nur unzureichend erreichen

und hätte zugleich unweigerlich Auswirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis. Konsequenterweise weisen daher etwa auch die Einbecker Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht zu Rechtsfragen der wunscherfüllenden Medizin darauf hin, dass der Arzt auch bei Maßnahmen der wunscherfüllenden Medizin der ärztlichen Berufsordnung unterliegt.¹⁴

Selbst wenn die Nichtanwendbarkeit des Berufsrechtes angenommen wird, bedeutet dies nicht, dass der Arzt damit in den rechtsfreien Raum entlassen ist. Die Regelungen der §§ 203 und 223 ff. StGB sowie die §§ 823 ff. BGB gelten ungemindert fort.¹⁵ Da diesen Normen der Schutz der körperlichen Unversehrtheit und des Selbstbestimmungsrechtes der Patienten zugrunde liegt, gelten die wesentlichen Kerngedanken des ärztlichen Berufsrechtes auch ohne dessen direkte Anwendbarkeit.

b) Zulässigkeit nicht-indizierter Behandlungen

Sofern also, wie hier vertreten, angenommen wird, dass auch nicht indizierte ärztliche Maßnahmen mit Berufspflichten belegt werden, stellt sich die Frage, ob nicht indizierte Behandlungen berufsrechtlich zulässig sind.

Dem Wortlaut nach lässt das Schadensvermeidungsprinzip in § 1 MBO, als zentrale Programmnorm des ärztlichen Berufsrechtes, keine Ausnahmen zu. Dennoch ist der Grundsatz „primum non nocere“ (zuerst einmal

nicht schaden) nicht absolut zu verstehen. Die Zulässigkeit der Lebendorganspende,¹⁶ die Möglichkeit von Schönheitsoperationen, die Vereinbarung von individuellen Gesundheitsleistungen (iGe-Leistungen) und letztlich auch die besonderen Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch, zu besonderen medizinischen Verfahren und zur Forschung in der ärztlichen Berufsordnung selbst verdeutlichen, dass das gebotene Schadensvermeidungsprinzip Einschränkungen unterliegt. Die Verfassung gewährt dem Einzelnen auf Grundlage des allgemeinen Persönlichkeitsrechtes das Recht, grundsätzlich über den eigenen Körper zu verfügen.¹⁷ Dies ermöglicht es dem Patienten körperbezogene Schutzvorschriften zu beseitigen.¹⁸

Bereits 1978 hat der Bundesgerichtshof in einem vielbeachteten Urteil für eine nicht indizierte Zahnextraktion betont, dass „nicht jede ärztliche Maßnahme [...] zu Heilzwecken (geschieht). Der Arzt führt vielmehr in grundsätzlich zulässiger Weise auch Behandlungen durch, die wie Sterilisationen oder kosmetische Operationen anderen Zielen dienen können.“¹⁹ Eine fehlende medizinische Indikation führt damit nicht zwangsläufig zur (berufsrechtlichen) Unzulässigkeit des Eingriffes.²⁰ Vielmehr ist der Grundsatz der Schadensvermeidung mit dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten in ein ausgewogenes Verhältnis zu bringen. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten dabei nur auf medizinisch vernünftige Eingriffe zu beschränken, würde, wie

Duttge überzeugend darstellt, dazu führen, dass „die vermeintliche Entscheidungshoheit des Betroffenen von vornherein unter dem Diktat externer Genehmigung“ steht.²¹ Der lange Zeit geltende Grundsatz „salus aegroti suprema lex“ (Das Heil des Kranken sei höchstes Gesetz) hat sich gewandelt in den Grundsatz „voluntas aegroti-suprema lex“ (Der Wille des Patienten als oberstes Gebot). Die allgemeine Meinung geht daher davon aus, dass die Patientenautonomie und das Selbstbestimmungsrecht des Patienten Vorrang vor dem Schadensvermeidungsprinzip und dem Prinzip des Patientenwohls haben.²² Der Arzt kann folglich auch neben den in § 1 Abs. 2 MBO genannten Aufgaben ärztliche Behandlungen durchführen. Allerdings lässt sich aus dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten kein Anspruch des Patienten auf Durchführung einer nicht indizierten Maßnahme ableiten. Den Ärzten bleibt es folglich selbst überlassen, ob sie eine nicht indizierte, rituelle Beschneidung durchführen oder nicht.

3. Kompensation einer fehlenden Indikation

Soll das Selbstbestimmungsrecht der Patienten respektiert werden und die ärztliche Maßnahme trotz fehlender Indikation nicht rechtswidrig sein, so ist die fehlende Indikation durch gesteigerte Anforderungen an die ärztliche Aufklärung und die Einwilligung zu kompensieren. Dabei gilt der an der Indikation gemessene Grundsatz:

„je weniger ein ärztlicher Eingriff medizinisch geboten ist, umso ausführlicher und eindrücklicher ist der Patient, dem dieser Eingriff angeraten wird oder den er selbst wünscht, über dessen Erfolgsaussichten und etwaige schädliche Folgen zu informieren.“²³ Die nicht indizierte Maßnahme ist von der kontraindizierten Behandlung, d. h. diagnostische oder therapeutische Behandlungen, die sich trotz gegebener Indikation verbieten,²⁴ zu unterscheiden. Eine Einwilligung in kontraindizierte Behandlungsmaßnahmen sind, im Gegensatz zur Einwilligung in nicht indizierte Maßnahmen, trotz hinreichender Aufklärung unzulässig, sodass diese Behandlungen stets nicht gerechtfertigt sind.²⁵ Begrenzt wird die Möglichkeit der Einwilligung in medizinisch nicht indizierte Eingriffe zudem durch § 228 StGB. Das berufsrechtliche Schadensvermeidungsprinzip bedeutet schließlich in diesem Zusammenhang, dass der Arzt die erforderlichen Maßnahmen mit den Kenntnissen und Fähigkeiten sorgfältigen Personals, d. h. standardgemäß durchzuführen hat.²⁶

4. Bedeutung des neuen § 1631d BGB

Damit erlangt die Aufklärung und Einwilligung bei rituellen Beschneidungen nicht nur aus strafrechtlicher, sondern auch aus berufsrechtlicher Perspektive maßgebliche Bedeutung. Mit der Einwilligung verfügt der Betroffene über das höchstpersönliche Rechtsgut der körperlichen Unversehrtheit. Ausschlaggebend für die Wirksamkeit

ist daher nicht die Geschäftsfähigkeit, sondern die natürliche Einsichts- und Entschlussfähigkeit.²⁷ Die Einwilligung eines Minderjährigen, bei denen die rituelle Beschneidung vorgenommen wird, ist wirksam, wenn dieser „nach seiner geistigen und sittlichen Reife die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und seiner Gestattung zu ermessen vermag.“ Da die minderjährigen Jungen (bei jüdischen Beschneidungen) einwilligungsunfähig sind, ist grundsätzlich die Einwilligung beider Eltern einzuholen. Dass die Eltern grundsätzlich in die nicht medizinisch indizierte Beschneidung ihres Kindes einwilligen können, wurde nunmehr für die Beschneidung des männlichen Kindes ausdrücklich durch den § 1631d BGB festgelegt. Damit hat der Gesetzgeber zugleich den Rahmen der Kompensation der fehlenden Indikation im Bereich des Berufsrechts vorgegeben. Neben der erforderlichen und zulässigen Einwilligung der Eltern sind an die ärztliche Aufklärungspflicht gesteigerte Anforderungen zu stellen.

Eine umfassende Aufklärung war bereits vor dem Gesetz über den Umfang der Personensorge bei einer Beschneidung des männlichen Kindes geltende Rechtslage. Aus diesem Grund wurde die Aufklärungspflicht nicht in die Fassung des § 1631d BGB mit aufgenommen. Auf die Grenze der Sittenwidrigkeit hat der Gesetzgeber nur sehr knapp Bezug genommen. Das LG Köln habe die Strafbarkeit des Arztes nicht mit besonderen strafrechtlichen Aspekten (Verstoß gegen die guten Sitten) begründet, sondern mit

der Überschreitung des Kindeswohles. Deswegen sei eine Regelung der Beschneidung im BGB und nicht im Strafrecht erforderlich.²⁸ Damit wird deutlich, dass weder das LG, noch der Gesetzgeber davon ausgehen, dass die fachgerechte Beschneidung gegen die guten Sitten verstößt. Unzulässig bleibt auch nach der Gesetzesänderung eine kontraindizierte Beschneidung. Führt der Arzt die Beschneidung daher fachgerecht, d. h. standardgemäß und mit effektiver Schmerzbehandlung durch und hat er zuvor die Einwilligung der Eltern nach umfassender Aufklärung eingeholt, so ist auch kein Verstoß gegen die ärztlichen Berufspflichten gegeben.

¹ BT-Drs. 17/11295 vom 05.11.2012.

² BT-Drs. 17/10331 vom 19.07.2012.

³ Im Gegensatz dazu hat die Ärzteschaft bereits 1996 für die rituelle Verstümmelung weiblicher Genitalien beim 99. Deutschen Ärztetag in Köln die Feststellung verabschiedet, dass jegliche Form von Beschneidung weiblicher Genitalien verurteilt wird und zugleich darauf hingewiesen, dass entsprechend der Generalpflichtenklausel der Berufsordnung „derartige Praktiken berufsrechtlich zu ahnden sind.“ Vgl. die Ausführungen im Gesetzentwurf, BT-Drs. 17/11295, S. 13 f.

⁴ <http://www.juedisches-krankenhaus.de/servicenavigation/aktuelles.html>.

⁵ Ausführlich zum berufsrechtlichen Überhang: Reiermann, Der berufsrechtliche Überhang, 2011.

⁶ BVerfG, NJW 1970, 507, 509.

⁷ Lipp, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, Arztrecht, II Rn. 35

⁸ „Ob der besondere Grund und Zweck der Berufsergänzung durch eine strafgerichtliche Verurteilung etwa schon erfüllt und erreicht wurde, ist eine Frage des Einzelfalles, die nicht allgemein beantwortet werden kann.“, BVerfG,

NJW 1970, 507, 509.

⁹ BT-Drs. 17/11295, S. 16.

¹⁰ Die (Muster-)Berufsordnung ist lediglich eine Empfehlung. Erst durch die Umsetzung in den Landesärztekammern und der nachfolgenden Genehmigung der Aufsichtsbehörden wird diese verbindlich. Da nicht auf alle landesrechtlichen Regelungen Bezug genommen werden kann, werden hier nur die Regelungen der (Muster-)Berufsordnung dargestellt.

¹¹ Eberbach, in: Wienke/Eberbach/Kramer/Janke (Hrsg.), Die Verbesserung des Menschen, S. 19.

¹² Scholz, in Spickhoff (Hg.), Medizinrecht, § 3 MBO Rn. 2; ders., in: Wienke/Eberbach/Kramer/Janke (Hg.), Die Verbesserung des Menschen, S. 164. A.A. Eberbach, MedR 2008, 325, 332; ders., in: Wienke/Eberbach/Kramer/Janke (Hg.), Die Verbesserung des Menschen, S. 20. In diese Richtung wohl auch: Beck, MedR 2006, 95, 97.

¹³ Ratzel, in: Ratzel/Lippert (Hg.), Kommentar zur Musterberufsordnung der deutschen Ärzte, § 3 Rn. 1; Scholz, in Spickhoff (Hg.), Medizinrecht, § 3 MBO Rn. 1.

¹⁴ Unter Punkt III. 5. Im Internet abrufbar unter: <http://www.uk-koeln.de/dgmr/empfehlungen/emp16.shtml>.

¹⁵ Eberbach, MedR 2008, 325, 332.

¹⁶ Vgl. die §§ 8 ff. TPG.

¹⁷ Di Fabio, in Maunz/Dürig, GG, Art. 2 Abs. 1 Rn. 204 ff.

¹⁸ Schroth, in: Roxin/Schroth, Handbuch des Medizinstrafrechts, S. 43.

¹⁹ BGH, NJW 1978, 1206.

²⁰ Ratzel, in: Ratzel/Lippert (Hg.), Kommentar zur Musterberufsordnung der deutschen Ärzte, D15 Rn. 5; Ulsenheimer, in Laufs/Kern (Hg.), Handbuch des Arztrechts, § 138 Rn. 7.

²¹ Duttge, MedR 2005, 706, 707.

²² Kern, in: Laufs/Kern (Hg.), Handbuch des Arztrechts, § 50 Rn. 7; Laufs, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp (Hg.), Arztrecht, I Rn. 27 ff.; Vossenkuhl, in: Roxin/Schroth, Handbuch des Medizinstrafrechts, S. 5, 14. Vgl. auch: Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“, BT-Drs. 14/9020, S. 201 f.

²³ BGH, NJW 1991, 2349 für eine kosmetische Operation zum Zwecke der Beseitigung von Falten unter dem Kinn.

²⁴ Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, Stich-

wort: Kontraindikation.

²⁵ Vgl. OLG Karlsruhe, MedR 2003, 104 ff. (für den Fall einer kontraindizierten Mehrfach-Laserbehandlung).

²⁶ Lippert, in: Ratzel/Lippert (Hg.), Kommentar zur Musterberufsordnung der deutschen Ärzte, § 2 Rn. 10.

²⁷ BGHZ 29, 33, 36.

²⁸ BT-Drs. 17/11295, S. 2.

Sebastian Müller ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl von Prof. Dr. Hans Lilie, Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht, Medizinrecht und Rechtsvergleichung an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

GESETZESENTWURF

Zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung

von Dr. iur. Marlis Hübner

Am 12. Dezember 2012 fand im Rechtsausschuss des Deutschen Bundestages eine Sachverständigenanhörung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung (BT-Drucksache 17/11126) statt. Der Gesetzentwurf sieht folgende Regelung vor:

Gewerbsmäßige Förderung der Selbsttötung

(1) Wer absichtlich und gewerbsmäßig einem anderen die Gelegenheit zur Selbsttötung gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ein nicht gewerbsmäßig handelnder Teilnehmer ist straffrei, wenn der in Absatz 1 genannte andere sein Angehöriger oder eine andere ihm nahestehende Person ist.

Der vorgelegte Gesetzentwurf ist umstritten. Die Bewertungen der Sachverständigen weichen stark voneinander ab. Sie reichen von der Forderung, die gewerbsmäßige Suizidbeihilfe unter Strafe zu stellen bis hin zur Ablehnung der Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Suizidbeihilfe.¹ Die Bundesärztekammer spricht sich für die Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung aus.

Die Situation verzweifelter Menschen darf nicht das Einfallstor für Gewinnerzielungsabsichten sein. Das Ziel, aus der existenzbedrohenden Not anderer einen wirtschaftlichen Vorteil zu ziehen, ist mit den Grundwerten unserer Gesellschaft unvereinbar. Es ist nicht hinnehmbar, wenn Menschen in verzweifelten Lebenssituationen durch Organisationen zur Selbsttötung ermutigt werden, anstatt ihnen Hilfe und Unterstützung anzu-

bieten. Primär sollten suizidwilligen Menschen lebensbejahende Perspektiven aufgezeigt, die Suizidprävention verstärkt und die palliative Versorgung flächendeckend ausgebaut werden. Wenngleich die Ärzteschaft hier besonders gefordert ist, sind diese Ziele aber durch die Gesellschaft insgesamt zu unterstützen und zu fördern.

Im Folgenden sollen zwei wesentliche Aspekte aus der Stellungnahme der Bundesärztekammer herausgegriffen und summarisch dargestellt werden. Der erste betrifft die Strafbarkeit der organisierten Sterbehilfe.

I. Um die Zielrichtung des Gesetzes zu bekräftigen, ist es über den Regelungsvorschlag hinaus notwendig, nicht nur die gewerbsmäßige Suizidbeihilfe unter Strafe zu stellen, sondern jede Form der organisierten Sterbehilfe.

Von der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung wird nur erfasst, wer in der Absicht tätig wird, sich durch wiederholte Tatbegehung eine fortlaufende Einnahmequelle von einiger Dauer und einigem Gewicht zu verschaffen,² wobei die Tätigkeit von der Absicht getragen sein muss, Gewinn zu erzielen.³ Dabei reicht es aus, wenn sich der Täter lediglich mittelbare Vermögensvorteile verspricht.⁴

Organisationen wie Dignitas Deutschland e. V. und andere würden mangels Gewinnerzielungsabsicht von der vorgeschlagenen Regelung nicht erfasst. Zudem ist zu befürchten, dass bisher gewerbsmäßig handelnde Organisationen auf „gemeinnützige“ Organisationsformen ausweichen. Dass

es sich hierbei nicht nur um eine theoretische Möglichkeit handelt, sondern um ein reales Szenario, zeigt beispielhaft das Agieren von Sterbehilfe Deutschland e. V.

II. Der zweite Aspekt betrifft das in § 217 Abs. 2 StGB-E enthaltene Merkmal der „anderen ihm nahestehenden Person“. Gegen diesen Strafausschließungsgrund bestehen grundlegende Bedenken.

Ein Strafausschließungsgrund muss so klar gefasst sein, dass sich durch Auslegung ermitteln lässt, welcher Personenkreis erfasst ist. Die Gesetzesbegründung verweist darauf, dass dieser Begriff bereits an anderer Stelle im Strafgesetzbuch verwandt wird. Es könne daher auf die hierzu entwickelten Grundsätze zurückgegriffen werden.⁵ Erforderlich soll ein auf eine gewisse Dauer angelegtes zwischenmenschliches Verhältnis sein, das ähnliche Solidaritätsgefühle wie – in der Regel – unter Angehörigen hervorruft und deshalb beim Suizidwunsch des anderen zu einer vergleichbaren emotionalen Zwangslage führt.

Diese offene Umschreibung ist nicht rechtssicher. Dies zeigt sich bereits an dem Umstand, dass noch in der Begründung zum Referentenentwurf Personengruppen aufgeführt waren, bei welchen eine solche vergleichbare Nähe gegeben sein kann. Genannt war hier zum Beispiel der „langjährige Hausarzt“⁶. Im Regierungsentwurf findet sich diese beispielhafte Aufzählung nicht mehr. Da die Norm selbst aber nicht geändert wurde, sondern

lediglich die Begründung, können Ärzte und Pflegekräfte gleichwohl unter das Merkmal „andere nahestehende Personen“ subsumiert werden.⁷

Das Beispiel zeigt auch, dass nicht von den äußeren Umständen auf eine emotionale Nähebeziehung oder Nähe geschlossen werden kann. Ein solches Vorgehen verbietet sich insbesondere bei einem Gesetz, welches das Ziel hat, durch ein Verbot der gewerbmäßigen Förderung der Selbsttötung das Leben von suizidwilligen Personen zu bewahren. Gerade die Bedeutung des dahinterstehenden Schutzgutes verbietet jegliche Unklarheiten und Vermutungen bei der Bestimmung des Anwendungsbereichs eines Strafausschlussgrundes. Mit einer solchen Unbestimmtheit geht auch die Gefahr einher, dass durch den Begriff der „nahestehende[n] Person“ ein Einfallstor für die Ausweitung des Anwendungsbereichs des § 217 Abs. 2 StGB Reg-E geschaffen wird, der die erstrebte Wirkung von § 217 Abs. 1 StGB Reg-E konterkariert. Zudem wird ein falsches Signal gesendet. Durch § 217 Abs. 2 StGB Reg-E entsteht der Eindruck, dass die Schwelle für einen Suizid herabgesetzt wird.

Hinzu kommt, dass ein Erwartungsdruck nicht nur bei alternden und pflegebedürftigen Menschen, sondern auch gegenüber den Pflegenden und Ärzten entsteht. Die Mitwirkung bei der Selbsttötung ist weder eine pflegerische noch eine ärztliche Aufgabe. So haben Ärztinnen und Ärzte nach der Berufsordnung die Aufgabe, das Leben zu erhalten, die Gesundheit

zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern sowie Sterbenden beizustehen. Würden sie als „andere [...] nahestehende Person“ gem. § 217 Abs. 2 StGB-E angesehen, würden Ärztinnen und Ärzte nicht nur mit dem Berufsrecht sondern mit grundlegenden medizinethischen Prinzipien (u. a. das Prinzip der Autonomie, des Nicht-Schadens, der Fürsorge) in Konflikt geraten. Eine potentielle Mitwirkung von Ärztinnen und Ärzten an der Selbsttötung der sich ihnen anvertrauenden Menschen würde eine Abkehr von diesen Prinzipien bedeuten und eine vertrauensvolle Patient-Arzt-Beziehung letztlich zerstören.

¹ Die Stellungnahmen der Sachverständigen sind über folgenden Link (http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a06/anhörungen/35_Selbsttötung/04_Stellungnahmen/index.html) abrufbar.

² BGH NJW 1996, 1069 (1070).

³ BGHSt 29, 187 (189).

⁴ Fischer, Strafgesetzbuch, 59. Aufl. 2012, Vor § 52 StGB, Rn. 62.

⁵ Gesetzesentwurf der Bundesregierung (BT-Drucks 17/11126), S. 12.

⁶ Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz, S. 14.

⁷ Vgl. auch Stellungnahme, Deutsche Hospiz Stiftung vom 25. September 2012, S. 14.

Marlis Hübner ist Leiterin der Rechtsabteilung der Bundesärztekammer.

Anmerkung zum Urteil des OLG Hamm vom 06.02.2013 – Az. I-14 U 7/12

von Helena Bebert, M.mel.

Leitsätze

1. Das Interesse des durch eine heterologe Insemination gezeugten Kindes, seine genetische Abstammung zu erfahren, kann im Rahmen der vorzunehmenden Abwägung höher zu bewerten sein als die Interessen des beklagten Arztes und der Samen-spender an einer Geheimhaltung der Spenderdaten. In diesem Fall kann das Kind vom behandelnden Arzt Auskunft über seine genetische Abstammung verlangen.

2. Eine Einigung zwischen den Eltern und dem behandelnden Arzt, die Anonymität des Samenspenders zu wahren, stellt im Verhältnis zu dem ungeborenen Kind einen unzulässigen Vertrag zu Lasten Dritter dar.

3. Die Auskunftserteilung ist dem beklagten Arzt erst dann unmöglich, wenn er die benötigten Informationen auch nach einer umfassenden Recherche nicht mehr beschaffen kann.

Problematik der Entscheidung

Die Parteien sind der beklagte Arzt und die, vor 22 Jahren durch heterologe Insemination gezeugte, Klägerin. Die in der ersten Instanz unterlegene Klägerin verfolgt einen Anspruch auf Auskunft, wer der leibliche Vater ist.

Dabei ist sie der Ansicht, dass der beklagte Arzt Aufbewahrungs- und Auskunftspflicht hinsichtlich der betreffenden Behandlungsunterlagen habe. Dementgegen ist der Beklagte der Auffassung, dass er nicht zur Auskunftserteilung verpflichtet sei. Damals habe er sich gegenüber dem Samenspender zur Anonymität verpflichtet und auch im Rahmen des Behandlungsvertrages mit den Eltern der Klägerin wurde eine Anonymitätsabrede getroffen. Zudem sei ihm die Auskunftserteilung unmöglich, da die Behandlung über 20 Jahre zurückliege, und er die betreffenden Behandlungsunterlagen nicht mehr besitze.

Im Einzelnen

Nach Auffassung des OLG besteht ein Auskunftsanspruch der Klägerin aus § 242 BGB. Zwischen den Eltern der Klägerin und dem Behandlungszentrum sei damals ein Behandlungsvertrag, dessen „Gegenstand“ u. a. die Zeugung der Klägerin durch heterologe Insemination war, geschlossen worden. Die Anonymitätsvereinbarung zugunsten des Samenspenders stelle jedoch insoweit gegenüber der Klägerin eine unzulässige Vereinbarung zu ihren Lasten dar. Das höherwertige Recht der Klägerin auf Kennt-

nis der Abstammung ergebe sich aus ihrem grundrechtlich geschützten Persönlichkeitsrecht aus Art. 2 Abs. 1, Art. 1 Abs. 1 GG. Die Bedeutung dieses Rechts hat zuvor auch das BVerfG in verschiedenen Entscheidungen herausgestellt (Beschluss vom 18.01.1988 - BVerfG 1 BvR 1589/87, NJW 1988, 3010; Urteil vom 31.01.1989 BVerfG 1 BvL 17/87, NJW 1989, 891f). Nach dieser Rechtsprechung sichere das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit und die Menschenwürde jedem Einzelnen einen autonomen Bereich privater Lebensgestaltung, in dem er seine Individualität entwickeln und wahren könne. Das Verständnis und die Entfaltung der eigenen Individualität seien daher mit der Kenntnis der für sie konstitutiven Faktoren eng verbunden. Zu diesen Faktoren zähle u.a. die Abstammung. Sie lege die genetische Ausstattung des Einzelnen fest, präge seine Persönlichkeit und nehme auch im Bewusstsein des Einzelnen eine Schlüsselstellung für Individualitätsfindung und Selbstverständnis ein. Daher umfasse das Persönlichkeitsrecht auch die Kenntnis der eigenen Abstammung. Grundrechte wie das allgemeine Persönlichkeitsrecht, in ihrem Verständnis als öffentlich-rechtliche Abwehrrechte gegen den Staat, finden zwischen Privaten, wie im vorliegenden Fall, Einzug durch die zivilrechtlichen Generalklauseln wie zum Beispiel § 242 BGB („Treu und Glauben“).

Dagegen führt das Gericht die Rechte des beklagten Arztes und des Samenspenders an. Zwar sei der Samen-

spender nicht bekannt, und könne daher nicht angehört werden, jedoch schließt das Gericht aufgrund des Umstands, dass sich Samenspende auf eine entgeltliche, anonyme Samenspende eingelassen, dass sie kein Interesse daran hätten, zu einem späteren Zeitpunkt mit „den Folgen“ konfrontiert zu werden.

Neben möglichen rechtlichen Folgen wie einer entstandenen Unterhaltsverpflichtung und einer durch ein weiteres Kind „beeinflussten“ gesetzlichen Erbfolge sei auch ihr Persönlichkeitsrecht betroffen, wenn z. B. in ihrem privaten Umfeld bekannt werden würde, dass sie mittels einer anonymen Samenspende ein Kind gezeugt haben.

Nach Auffassung des Gerichts seien auch die Interessen des Beklagten, sein Persönlichkeitsrecht und die Freiheit seiner Berufsausübung dahingehend betroffen, dass er es nunmehr sei, der die Namen des Spenders preisgeben habe, nachdem er seinerzeit Anonymität zugesichert habe. Im vorliegenden Fall müssten jedoch die tangierten Rechtspositionen des Spenders und des Arztes hinter dem grundgesetzlich besonders geschützten Interesse der Klägerin an der Kenntnis ihrer Abstammung zurücktreten.

Für ein vorrangiges Recht der Klägerin spreche insbesondere die familienrechtliche Rechtslage. Nach dieser könne das gezeugte Kind die eheliche Vaterschaft anfechten und habe dann ein Recht auf Feststellung der Vaterschaft des Samenspenders. Die fami-

lienrechtlichen Vorschriften seien insoweit zwingend. Auf diesen Umstand wiesen auch die seinerzeit geltenden Richtlinien der Bundesärztekammer „zur Durchführung der In-vitro-Fertilisation mit Embryotransfer und des intratubaren Gameten- und Embryotransfers als Behandlungsmethoden der menschlichen Sterilität“ aus dem dt. Ärzteblatt vom 15.12.1988 in ihrem Anhang unter I.4. hin. In den Richtlinien sei ausdrücklich davon die Rede, dass das durch heterologe Insemination gezeugte Kind einen Anspruch auf Bekanntgabe seines biologischen Vaters habe.

Weiterhin verstoße der Beklagte auch nicht gegen § 203 StGB (Verletzung von Privatgeheimnissen), wenn er die geforderte Auskunft erteilt, da die Klägerin einen zivilrechtlichen Auskunftsanspruch habe. Das Gericht stellt heraus, dass der Beklagte nicht gegen seine ärztliche Schweigepflicht verstoße.

Eine Auskunftserteilung sei dem Beklagten auch nicht nach § 275 BGB bereits dann unmöglich, wenn er sich nicht mehr an die Namen der als Erzeuger der Klägerin in Betracht kommenden Samenspende erinnere. Er müsse vielmehr zunächst alles Zumutbare unternommen haben, um die geschuldete Leistung zu erbringen, was vorliegend nicht geschehen sei.

Vor dem Hintergrund der ausgelösten öffentlichen Debatte ist die abschließende Entscheidung, dass der Senat die Revision nicht zugelassen hat, überraschend. Die Rechtssache habe weder grundsätzliche Bedeu-

ung, noch sei eine Entscheidung des Revisionsgerichts zum Zwecke der Rechtsfortbildung oder zur Wahrung einer einheitlichen Rechtsprechung nötig.

Wertung

Das Urteil ist im Ergebnis zu begrüßen und stärkt die Rechte der durch heterologe Insemination gezeugten Kinder. Der zugesprochene Auskunftsanspruch schließt sich der Rechtsprechung an, dass der Patient bei einem besonderen Interesse (z. B. bei Arzthaftungsklagen) einen Anspruch auf Auskunft, welche Personen an der Behandlung beteiligt waren, als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag hat. Da die Klägerin in den Behandlungsvertrag bestimmungsgemäß mit einbezogen war und das Interesse auf Kenntnis ihrer Abstammung ein besonderes Gewicht hat, wird ihr dieser Anspruch folgerichtig zugesprochen.

Zudem wird das auf diesem Weg gezeugte Kind dem adoptierten Kind gleichgestellt, denn auch dieses hat (gemäß § 63 I PersStG) einen eigenen Anspruch auf Einsicht in die Unterlagen des Standesamtes, wenn es das 16. Lebensjahr vollendet hat. Zudem hat auch nach § 1598a BGB das Kind einen Anspruch auf Einwilligung in eine genetische Untersuchung zur Klärung der leiblichen Abstammung. Es kann verlangen, dass die Eltern in eine genetische Abstammungsuntersuchung einwilligen und die Entnahme einer für die Untersuchung geeigneten genetischen Probe dulden. Inso-

fern ist es nur konsequent, die Rechte auch „diesen Kindern“ zuzusprechen.

Weiterhin kommen auch weitere familienrechtliche und erbrechtliche Konsequenzen auf die Väter und Kinder zu, wobei beiderseitige Unterhaltsansprüche denkbar sind. In der öffentlichen Debatte wird befürchtet, dass diese Konsequenz die Zahl der (potenziellen) Samenspender maßgeblich verringert. Aber es erweitert sich der Kreis der potentiellen Organspender bei der gerichteten Organspende.

Von ärztlicher Seite wird befürchtet, dass erhebliche Schadensersatzan-

sprüche von Seiten der Samenspender auf sie zukommen. Die Spender haben sich auf die Anonymitätsabreden verlassen und könnten im Falle einer unterhaltsrechtlichen Inanspruchnahme Regressansprüche geltend machen. Aufgrund der im Urteil erwähnten Richtlinie der Bundesärztekammer können sich die Ärzte auch nicht auf Unwissenheit berufen.

Helena Bebert ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt OR.NET der Juristischen Fakultät der Universität Augsburg.

PATIENTENRECHTE

Behandlungsentscheidung

von RA Sven Wedlich, M.mel.

Ausgehend von einer Indikation für eine Behandlung bedarf es mit Ausnahme von Notfällen, bei denen zur Abwehr von Gefahren für das Leben oder schweren gesundheitlichen Schäden sofortiges Handeln erforderlich ist, einer Einwilligung durch den Patienten zur Rechtfertigung des medizinischen Eingriffs. Der Weg zu einer solchen Entscheidung des Patienten für oder gegen eine Behandlung stellt Ärzte nicht nur bei Einwilligungsunfähigen vor gewisse Herausforderungen.

Einwilligung

Die Einwilligung ist entgegen der Willenserklärung, die im Rahmen eines Rechtsgeschäftes auf eine Rechtswirkung gerichtet ist und damit eine Äußerung mit Rechtsbindungswillen darstellt, die Zustimmung in die Vor-

nahme einer tatsächlichen Handlung und in die damit einhergehenden Gefahr, die in den Rechtskreis des Einwilligenden eingreift.¹ Die Einwilligung ist demnach eine Äußerung eines natürlichen Gestaltungswillens. Die Einwilligung rechtfertigt die Behandlung, die den Tatbestand der Körperverletzung

oder gar der gefährlichen Körperverletzung erfüllt und zivilrechtlich eine Haftung begründen kann. Die Pflicht zur Einholung einer Einwilligung wurde mit Einführung des Patientenrechtegesetz in § 630d Abs. 1 BGB ausdrücklich normiert. Grundlegende Voraussetzung für eine rechtswirksame Einwilligung ist die Aufklärung des Patienten über die für die Einwilligung relevanten Umstände.² Die Aufklärung, nunmehr in § 630e BGB geregelt, hat im „Großen und Ganzen“ über die eingriffsspezifischen Risiken, Notwendigkeit, Dringlichkeit, Art, Umfang, Durchführung, Behandlungsziel sowie die Eignung des Eingriffs zu erfolgen.³ Adressat der Aufklärung ist in der Regel der einwilligungsfähige Patient.

Einwilligungsfähigkeit

Auf dem Weg zu einer Behandlungsentscheidung hat der Arzt daher zunächst zu überprüfen, ob der Patient einwilligungsfähig ist. Einwilligungsfähig ist, wer die Art, Bedeutung und Tragweite der medizinischen Maßnahme und seiner Entscheidung bezüglich dieser erfassen kann.⁴ Die Einwilligungsfähigkeit ist von der Geschäftsfähigkeit i.S.d. § 104 BGB strikt zu trennen. Im Gegensatz zur Geschäftsfähigkeit, welche die Fähigkeit einer Person bezeichnet, rechtsgeschäftliche Willenserklärungen wirksam abzugeben und entgegenzunehmen, knüpft die Einwilligungsfähigkeit an die Fähigkeit des Einzelnen an, die Chancen und Risiken eines Eingriffs

zu erfassen (natürliche Einsichts- und Steuerungsfähigkeit).⁵

Die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit hat durch den behandelnden Arzt zu erfolgen. Zweifelt der Arzt an seiner Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit, ist es ratsam, einen weiteren Arzt (nicht zwingend einen Psychologen), aber auch Pflegekräfte, die zumeist intensiveren Kontakt mit dem Patienten hatten, zur Beurteilung heranzuziehen, um die eigene Einschätzung kritisch zu überprüfen und abzusichern. Die Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit ist insbesondere in den Zweifelsfällen eingehend zu dokumentieren.

Einwilligungsfähigkeit bei Minderjährigen

In der Praxis erweist sich die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit von Minderjährigen immer wieder als problematisch. Der Gesetzgeber hat im Rahmen der Normierung der Einwilligung in § 630d BGB kein Mindestalter für das Bestehen einer Einwilligungsfähigkeit festgesetzt. Dies kann hinsichtlich der bestehenden Rechtsunsicherheit bei der Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit von Minderjährigen durchaus kritisiert werden. Jedoch würde eine starre Altersgrenze dem Umstand nicht Rechnung tragen, dass die Einwilligungsfähigkeit an dem Moment anknüpft, in welchem der zu Behandelnde die Tragweite und Bedeutung des Eingriffs versteht und damit eigenverantwortlich für sich selbst entscheiden kann.⁶

Eine starre Altersgrenze besteht daher zu recht nicht. Vielmehr bedarf es auch in diesen Fällen der Einzelfallprüfung,⁷ ob der Minderjährige nach seiner geistigen und sittlichen Reife unter Berücksichtigung der Komplexität des konkreten Eingriffs die Art, Bedeutung und die Tragweite der Behandlung und seiner Entscheidung zu erfassen vermag.⁸ Es kann in der Regel davon ausgegangen werden, dass aufgrund der Reife des Minderjährigen unter 14 Jahren keine Einwilligungsfähigkeit besteht und über 16 Jahren eine Einwilligungsfähigkeit angenommen werden kann.

Behandlungsentscheidung bei Einwilligungsunfähigen

Problematischer wird die Bestimmung der Behandlungsentscheidung bei Patienten, die einwilligungsunfähig sind. Bei der Ermittlung des für die Behandlungsentscheidung relevanten Willens des Patienten ist für den Arzt der Betreuer oder der ihm gleichstehende Vorsorgebevollmächtigte von zentraler Bedeutung, da er als Vertreter der Rechte und Interessen des Patienten den Willen des Patienten gemäß § 1901a Abs. 1 und Abs. 2 BGB festzustellen hat und ggf. auf Grundlage von ermittelten Behandlungswünschen oder mutmaßlichem Willen eine Behandlungsentscheidung zu treffen hat.

Bei der Bestimmung des Patientenwillens kommt auch den Angehörigen oder anderen Vertrauenspersonen eine nicht zu unterschätzende Bedeutung zu, kennen diese doch zumeist

die Lebenseinstellung des Patienten genauer oder haben sich im Idealfall mit dem Patienten im Vorfeld über dessen Willen hinsichtlich einer konkreten Behandlungssituation verständigt. Die Relevanz der Angehörigen zur Ermittlung des Patientenwillens ist insbesondere in den Fällen von besonderer Bedeutung, wo keine Patientenverfügung besteht und der Betreuer selbst kein Angehöriger ist. Für die Ermittlung der Behandlungsentscheidung bei Einwilligungsunfähigen ist im ersten Schritt zunächst zu prüfen, ob eine Patientenverfügung besteht.

Patientenverfügung

Die Patientenverfügung, ursprünglich unter anderem auch als Patiententestament bezeichnet,⁹ ist eine antizipierte Willensbekundung eines zum Zeitpunkt der Behandlung einwilligungsunfähigen Patienten. Primäre Funktion der Patientenverfügung ist die Wahrung der Selbstbestimmung des Patienten über den Zeitpunkt hinaus, in welchem dieser nicht mehr die Art, Bedeutung und Tragweite der ärztlichen sowie pflegerischen Maßnahme erfassen und entscheiden kann.

Darüber hinaus sind der Patientenverfügung durchaus weitere Funktionen wie Entlastungs-, Reflexions-, Kommunikations-, heuristische sowie Empowermentfunktion immanent, die ihre Wirkung in Abhängigkeit des Umgangs mit der Patientenverfügung entfalten.¹⁰

Voraussetzungen für eine wirksame

Patientenverfügung sind nach § 1901a Abs. 1 BGB, dass der Patient zum Zeitpunkt der Abfassung einwilligungsfähig und volljährig war sowie die Patientenverfügung schriftlich niedergelegt wurde. Schriftform bedeutet gemäß § 126 BGB, dass die Patientenverfügung eigenhändig unterschrieben sein muss.

Liegt eine solche Patientenverfügung vor, obliegt es dem Betreuer gemäß § 1901a Abs. 1 BGB zu überprüfen und zu entscheiden, ob der in der Patientenverfügung festgestellte Wille auf die konkrete Lebens- und Behandlungssituation zutrifft. Wenn dies der Fall ist, hat der Betreuer dem Willen, d. h. der Entscheidung des Patienten hinsichtlich einer Behandlungsmaßnahme Ausdruck und Geltung zu verleihen. Bei der Überprüfung der Anwendbarkeit der Patientenverfügung auf die Lebens- und Behandlungssituation hat der Betreuer die vom Arzt zuvor als indiziert angesehene Behandlungsmaßnahme gemäß § 1901b Abs. 1 BGB unter Berücksichtigung des Patientenwillens mit dem Arzt zu erörtern. Die Erörterung versetzt den Betreuer, der zumeist medizinischer Laie ist, in die Lage, zu überprüfen und zu entscheiden, ob eine Behandlungssituation vorliegt, auf welche der Patient mit der Patientenverfügung Bezug nehmen wollte. Darüber hinaus sind gemäß § 1901b Abs. 2 BGB bei der Feststellung des Willens die Angehörigen oder nahe Vertrauenspersonen mit heranzuziehen, sofern dies ohne erhebliche, d. h. in der konkreten Situation den Eingriff gefährdende Ver-

zögerung möglich ist. Die Erörterung zwischen Betreuer und Arzt sowie die Anhörung von Angehörigen oder nahen Vertrauenspersonen trägt zur Wahrung der Selbstbestimmung sowie dem Schutz des Lebens und der Gesundheit des Patienten Rechnung, zum anderen führt sie zu einer Entlastung des Betreuers, dem unter Umständen die Last einer solchen Überprüfung und Entscheidung, ob der festgestellte Wille auf die Lebens- und Behandlungssituation zutrifft, nicht allein zugemutet werden kann.¹¹

Die Patientenverfügung tritt gemäß §§ 630d Abs. 1 S. 2, 1901a Abs. 1 S. 1 BGB an die Stelle der Einwilligung und ist damit, soweit die Patientenverfügung auf die Lebens- und Behandlungssituation anwendbar ist, allgemein verbindlich.¹²

Der § 630d Abs. 1 S. 2 BGB steht hierbei nicht im Widerspruch zu § 1901a Abs. 1 S. 2 BGB, nach dessen Wortlaut der Betreuer den in der Patientenverfügung zum Ausdruck kommenden Willen Ausdruck und Geltung zu verleihen hat. Der § 1901a Abs. 1 BGB normiert nicht, wie der Wortlaut vermuten lässt, eine ausschließliche Verbindlichkeit der Patientenverfügung gegenüber dem Betreuer, da dieser als einziger Adressat genannt ist, sondern stellt die Verbindlichkeit der Patientenverfügung gegenüber dem Betreuer aufgrund dessen Funktion klar, da dieser sonst gemäß § 1901a Abs. 2 BGB als gesetzlicher Vertreter im Rahmen seines Aufgabenkreises unter Berücksichtigung

des Behandlungswunsches oder des mutmaßlichen Willens des Betreuten (Willensvorrang des Betreuten) die Einwilligung zur Behandlung erteilt oder verweigert.¹³

Der Betreuer trifft nach § 1901a Abs. 1 BGB keine eigene Entscheidung über die Vornahme oder Untersagung einer medizinisch angezeigten Behandlung; dies würde der grundsätzlichen Richtungsentscheidung des Betreuungsrechts widersprechen.¹⁴ Dem Betreuer steht lediglich im Rahmen seiner Überprüfungsbefugnis die Entscheidung zu, ob der festgestellte Wille auf die Lebens- und Behandlungssituation zutrifft und er somit keine Entscheidung nach § 1901a Abs. 2 BGB zu treffen, sowie eine Umsetzungsbefugnis bzw. -pflicht bzgl. des von ihm festgestellten Willens des betreuten Patienten hat.¹⁵ Somit stellt § 1901a Abs. 1 BGB lediglich klar, dass der primäre Adressat der Patientenverfügung, der als Vertreter des Patienten eingesetzte Betreuer, an dem in der Patientenverfügung zum Ausdruck kommenden Willen gebunden ist und bekräftigt damit den Willensvorrang des betreuten Patienten. Wenn nun bereits der Vertreter an der aus der Patientenverfügung zu entnehmenden Entscheidung gebunden ist, gilt dies ebenso für die anderen gesetzlich nicht genannten Adressaten der Patientenverfügung, gegenüber denen der Betreuer den zum Ausdruck kommenden Willen dem Gesetzeswortlaut nach Geltung zu verschaffen hat.¹⁶

Ist eine Betreuung noch nicht eingerichtet oder ein Betreuer nicht zu-

gegen und lässt die Behandlungssituation ein Warten auf den Betreuer zum Zweck der Feststellung des Patientenwillen anhand der Patientenverfügung nicht zu, hat der Arzt den in der Patientenverfügung zum Ausdruck kommenden Willen zu beachten und entsprechend diesem zu handeln, soweit dieser erkennbar auf die konkrete Lebens- und Behandlungssituation anwendbar ist.

Behandlungswünsche und mutmaßlicher Wille

Besteht keine Patientenverfügung oder trifft die bestehende Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- oder Behandlungssituation zu, hat der Betreuer in einem zweiten Schritt die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des betreuten Patienten festzustellen und gemäß § 1901a Abs. 2 BGB auf dieser Grundlage eine Einwilligung oder Nichteinwilligung zu erteilen. Der Wortlaut des § 1901a Abs. 2 BGB vermag den Eindruck zu vermitteln, dass der Betreuer eine eigene Entscheidung hinsichtlich der Vornahme oder Untersagung einer Behandlung trifft, jedoch setzt der Betreuer letztendlich aufgrund des im Gesetz zum Ausdruck kommenden Willensvorrangs des Betreuten den festgestellten Behandlungswunsch oder mutmaßlichen Willen lediglich um.¹⁷

Auch wenn die Begriffe Behandlungswunsch und mutmaßlicher Wille nach dem Wortlaut des Gesetzes äquivalent einander gegenüberstehen und

der Betreuer danach selbst wählen dürfte, ob er den Behandlungswunsch oder den mutmaßlichen Willen ermittelt, hat der Betreuer zunächst zu versuchen, den Behandlungswunsch festzustellen, da dieser entgegen dem mutmaßlichen Willen, der lediglich eine auf Anhaltspunkten beruhende individuelle Vermutung darstellt, wie der Patient in der konkreten Lebens- und Behandlungssituation entschieden hätte, näher am tatsächlichen Willen des Patienten anknüpft.

Die Ermittlung von Behandlungswünschen oder mutmaßlichem Willen ist äußerst schwierig, da diese immer mit einer belastenden Ungewissheit einhergeht, die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen wirklich erfasst zu haben und damit im Sinne des Patienten zu handeln.

Für die Ermittlung von Behandlungswünschen ist bei Vorliegen einer Patientenverfügung, die nicht auf die aktuelle Lebens- oder Behandlungssituation zutrifft, zunächst zu betrachten, ob sich aus dieser allgemein ein Verlangen bzgl. einer konkreten Behandlungssituation ableiten lässt oder ob der Patient im Vorfeld einen Wunsch hinsichtlich einer Behandlungsmaßnahme geäußert hat, die auf die konkrete Behandlungssituation anzuwenden ist. Ist ein Behandlungswunsch nicht feststellbar, so ist der mutmaßliche Wille zu ermitteln. Diese konkrete Vermutung, wie der Patient in Kenntnis aller entscheidungsrelevanten Umstände entschieden hätte, hat gemäß § 1901a Abs. 2 BGB aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu erfolgen.

Hierbei sind insbesondere schriftliche und mündliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und persönliche Wertvorstellungen des Patienten zu berücksichtigen. Dabei hat der Betreuer wiederum nahe Angehörige oder nahe Vertrauenspersonen mit einzubeziehen, soweit dies die zeitliche Situation erlaubt. Ferner hat der Betreuer die Behandlungsmaßnahme mit dem behandelnden Arzt unter Berücksichtigung des festgestellten Willens zu erörtern.

Lässt sich auch ein mutmaßlicher Wille des Patienten nicht ermitteln, hat sich die Behandlung am Wohl des Patienten auszurichten.

Betrachtet man die Relevanz von Angehörigen oder auch näheren Bezugspersonen bei der Ermittlung des Willens des betreuten Patienten, ist allgemein anzuraten, mit Angehörigen oder anderen nahestehenden Personen über Wünsche und Ängste hinsichtlich Behandlungen zu sprechen. Auch das Bestehen einer Patientenverfügung ersetzt ein solches Gespräch nicht, da es oftmals der Erörterung mit den Angehörigen bedarf, um zu überprüfen, ob die Patientenverfügung tatsächlich auf die konkrete Lebens- und Behandlungssituation Anwendung finden soll.

Einvernehmen zwischen Arzt und Betreuer

Besteht eine begründete Gefahr, dass der Patient anlässlich einer Untersuchung des Gesundheitszustandes, einer Heilbehandlung, einem ärztli-

chen Eingriff i.S.d. § 1904 Abs. 1 BGB oder bei Unterbleiben bzw. Abbruch einer Behandlungsmaßnahme i.S.d. § 1904 Abs. 2 BGB stirbt oder einen schweren länger dauernden Gesundheitsschaden erleidet, bedarf es nach § 1904 Abs. 4 BGB dem Einvernehmen zwischen Arzt und Betreuer, dass die Einwilligung oder Untersagung des Betreuers dem festgestellten Willen des Patienten nach § 1901a BGB entspricht.¹⁸ Liegt zwischen Arzt und Betreuer kein Einvernehmen vor, bedarf die Einwilligung oder Untersagung in die gefahrgeneigte Behandlungsmaßnahme durch den Betreuer nach § 1904 Abs. 1 bzw. Abs. 2 BGB der Genehmigung des örtlich zuständigen Betreuungsgerichtes nach § 298 FamFG.

Ebenso bedarf es bei Vorliegen einer Patientenverfügung nach § 1901a Abs. 1 BGB des Einvernehmens zwischen Arzt und Betreuer nach § 1904 Abs. 4 BGB, dass die Vornahme, das Unterbleiben oder der Abbruch einer Behandlungsmaßnahme dem in der Patientenverfügung festgestellten Willen entspricht und der Betreuer somit keine Entscheidung nach § 1901a Abs. 2 BGB zu treffen hat.¹⁹

Besteht hierüber kein Einvernehmen, hat das Betreuungsgericht unter entsprechender Anwendung der § 1904 Abs. 1 und Abs. 2 BGB darüber zu entscheiden,²⁰ ob die Entscheidung des Betreuers, keine Einwilligung oder Untersagung i.S.d. § 1901a Abs. 2 BGB zu erteilen, da eine für die Behandlungssituation verbindliche Willensbekundung nach § 1901a Abs. 1 BGB

vorliegt, richtig ist.²¹

Gleiches gilt gemäß § 1904 Abs. 5 BGB für den Bevollmächtigten, der aufgrund einer schriftlichen Vollmacht ausdrücklich zur Einwilligung und Untersagung in Maßnahmen nach § 1904 Abs. 1 und Abs. 2 BGB durch den Patienten ermächtigt wurde. Eine allgemeine Ermächtigung, dass der Bevollmächtigte über alle gesundheitlichen Angelegenheiten entscheiden darf, genügt demnach nicht. Liegt ein Einvernehmen zwischen Arzt und Betreuer vor, besteht keine Genehmigungsbedürftigkeit nach § 1904 Abs. 4 BGB.²²

Das Gesetz sieht bei Behandlungsmaßnahmen, denen keine begründete Gefahr des Todes oder eines schweren und länger andauernden gesundheitlichen Schadens immanent sind, zwar nicht die Notwendigkeit eines Einvernehmens zwischen Arzt und Betreuer vor, jedoch wird in der Praxis auch in diesen Fällen ein Einvernehmen bestehen, da sich Arzt und Betreuer ansonsten gegenseitig den Vorwurf aussetzen würden, nicht nach dem Willen des Patienten oder zu dessen Wohl zu handeln. So wird die Erörterung nach § 1901b Abs. 1 BGB zumeist mit einem Einvernehmen einhergehen. Auch bei nicht gefahrgeneigten Behandlungen i.S.d. § 1904 BGB besteht durch den Amtsermittlungsgrundsatz im Verfahren der Freien Gerichtsbarkeit die Möglichkeit der Kontrolle der Betreuungsentscheidungen.²³

Notfälle

Ist kein Betreuer bestellt und kein Vorgesorgebevollmächtigter benannt und lässt die Behandlungssituation ein Abwarten der Bestellung eines Betreuers nicht zu, ist die Behandlungsmaßnahme durch den Arzt an dem in einer Patientenverfügung zum Ausdruck kommenden Willen auszurichten, soweit dieser auf die konkrete Behandlungs- und Lebenssituation anwendbar ist. Liegt keine Patientenverfügung vor oder kann diese nicht mit Sicherheit auf die Behandlungs- und Lebenssituation angewandt werden, ist wiederum auf den mutmaßlichen Willen zurückzugreifen. Hierfür hat der Arzt Angehörige oder nahe Vertrauenspersonen, soweit dies ohne die Gefährdung der Behandlungsmaßnahme möglich ist, hinsichtlich Anhaltspunkten für einen die Behandlung betreffenden mutmaßlichen Willen zu befragen. Kann ein mutmaßlicher Wille nicht festgestellt werden oder bestehen berechtigte Zweifel an dem mutmaßlichen Willen, hat sich die Behandlung an dem Wohl des Patienten zu orientieren und eine Behandlung nach dem Grundsatz in dubio pro vita zu erfolgen.

¹ BGH, Urteil 05.12.1958 – VI ZR 266/57; Deutsch, Medizinrecht, 6. Auflage 2008, Rn. 243, 265 ff.

² Deutsch, Medizinrecht, 6. Auflage 2008, Rn. 243, 265.

³ BGH, Urteil 14.03.2006 – VI ZR 279/04 = NJW 2006, 2108-2110; OLG Brandenburg, Urteil vom 20.05.2010 - 12 U 196/09; OLG Braunschweig, Urteil 06.11.2008 – 1 U 48/07; OLG München, Urteil 23.10.2008 – 1 U 2046/08.

⁴ BGH NJW 1972, 335.

⁵ Deutsch, Medizinrecht, 6. Auflage 2008, Rn. 685.

⁶ vgl. BGH, Urteil 05.12.1958 – VI ZR 266/57; Deutsch, Medizinrecht, 6. Auflage 2008, Rn. 685.

⁷ BGH NJW 1971, 1887, vgl. Deutsch Medizinrecht, 6. Auflage 2008, Rn. 686.

⁸ BGH, Urteil 05.12.1958 – VI ZR 266/57; LG Köln, Urteil 17.09.2008 – 25 O 35/08.

⁹ Deutsch, Sterbehilfe und Euthanasie als rechtliches Problem, in: Deutsch/Kleinsorge/Ziegler (Hg.), Das Patienten-Testament, 1983, S. 51, 60; Uhlenbruck, Selbstbestimmtes Sterben, 1997, S. 299 ff m.w.N.

¹⁰ Hierzu Wedlich, Konflikt oder Synthese zwischen dem medizinischen ethischen Selbstverständnis des Arztes und den rechtlichen ethischen Aspekten der Patientenverfügung, S. 4.

¹¹ vgl. BGH, Urteil 17.03.2003 – XII ZB 2/03.

¹² Palandt, 70. Auflage 2011, § 1901a BGB Rn. 20.

¹³ BT-Drs. 16/8442, S. 14 f; Palandt, 70. Auflage 2011, § 1904 BGB, Rn. 10.

¹⁴ Vgl. AG Nordham, Beschluss 20.03.2011 – 9 XVII 8/00.

¹⁵ BT-Drs. 16/8442, S. 14.

¹⁶ Adressaten der Patientenverfügung sind diejenigen, die an der Behandlung und Betreuung beteiligt sind; vgl. BT-Drs. 16/8442, S. 15.

¹⁷ AG Nordenham, Beschluss 20.03.2011 – 9 XVII 8/00; Kieß, in Jurgeleit, Betreuungsrecht, 2. Auflage 2010, § 1904 BGB, Rn. 12.

¹⁸ Kieß, in Jurgeleit, Betreuungsrecht, 2. Auflage 2010, § 1904 BGB, Rn. 9 ff.

¹⁹ Vgl. Kieß, in Jurgeleit, Betreuungsrecht, 2. Auflage 2010, § 1904 BGB, Rn. 9.

²⁰ Da der Wortlaut des § 1904 Abs. 1 und 2 BGB eine Erklärung des Betreuers voraussetzt, die in den Fällen des § 1901a Abs. 1 BGB nicht gegeben sind, verbietet sich eine direkte Anwendung des § 1904 Abs. 1 und 2 BGB.

²¹ Kieß, in Jurgeleit, Betreuungsrecht, 2. Auflage 2010, § 1904 BGB, Rn. 15 f., 21.

²² LG Kleve, Beschluss 31.05.2010 - 4 T 77/10.

²³ Vgl. BT-Drs. 16/8442, S. 19.

Sven Wedlich ist Rechtsanwalt in Dessau-Roßlau.

Denkräume der Autonomie

von Dr. phil. Andreas Walker, M.Mel.

Vorbemerkung

Wenn ich im Folgenden von „Autonomie“ spreche, so kann ich diesem Begriff in all seinen Facetten keineswegs gerecht werden. Beinahe scheint es so, als gäbe es so viele Nuancen des Begriffs, wie es Autoren¹ gibt, die sich zu diesem Begriff äußern. Nicht zuletzt könnte dies daran liegen, dass Autonomie performativen Charakter hat: Indem ein Autor/Sprecher über die Autonomie schreibt/spricht, gestaltet er gleichzeitig sein Schreiben/Reden „autonom“, bestimmt mithin den Begriff auch durch den Akt des Schreibens/Sprechens.² Für einen praktischen Kontext stellt dies freilich eine Schwierigkeit dar: Wenn jeder das Recht hat, die Autonomie performativ für sich zu deuten, so ist eine Einigung dessen, was Autonomie in ethischer Hinsicht ist und umfasst, kaum zu erreichen.

Im Folgenden werde ich drei *Orte* markieren, die Diskurse der Autonomie betreffen. Die Reihenfolge der Orte scheint einer historischen Genese des Autonomiebegriffs zu folgen. Wo ist jemand, der für sich Autonomie reklamiert oder dem sie zugeschrieben wird? In welchen Diskursen bewegen wir uns, wenn wir von Autonomie sprechen? Und welche Funktion wird der Autonomie jeweils zuge-

sprochen? Diese Fragen können hier nicht erschöpfend behandelt werden. Mein Text wird ein Torso bleiben, der die Gestalt eher errahnen lassen denn dass er sie darzustellen imstande sein wird.

1. Der Ort des Politischen

In einem Mythos, den Platon im gleichnamigen Dialog *Protagoras* erzählen lässt, wurden Epimetheus und Prometheus von den Göttern beauftragt, die sterblichen Geschlechter mit Kräften und Eigenschaften auszustatten. Epimetheus erbat von seinem Bruder, das Werk allein zu vollbringen, und nahm die Aufgabe beherzt in Angriff. Er verteilte die Fähigkeiten unter den Tieren ausgleichend: Diejenigen, die klein oder schwach waren, stattete er mit Federn und/oder Schnelligkeit aus; für den Wechsel der Jahreszeiten sorgte er mit dichten Haaren oder Fellen vor; fleischfressende Tiere sollten sich nur dürrftig vermehren; die von diesen Verzehrten verlieh er „vielerzeugende Kraft dem Geschlecht zur Erhaltung.“³ Als die Reihe an die Menschen kam, geriet Epimetheus in Verlegenheit, denn er hatte nichts mehr zu verteilen. Ohne Schutz und Kleidung fand Prometheus die Menschen vor, als er das Werk seines Bruders begutachtete. Prometheus stahl

daraufhin „die kunstreiche Weisheit des Hephaistos und der Athene, nebst dem Feuer“⁴ und gab sie den Menschen. So erlangten die Menschen zwar Wissen und Technik, doch es ermangelte ihnen an Gemeinschaftssinn und politischer Kunst. Die Menschen lebten deshalb anfänglich verstreut. Viele von ihnen wurden Opfer wilder Tiere. Sie versuchten daher, Städte zu errichten. Doch die Harmonie währte nicht lange. Die Menschen zerstritten sich und gingen wieder auseinander. Zeus wollte sich diesen Zustand nicht länger mit ansehen und schickte Hermes, jeden Menschen mit Scham und Recht auszustatten.

Auf den ersten Blick könnte es so scheinen, als zielte bereits dieser Mythos auf individuelle Autonomie, da alle Menschen über Urteilsfähigkeit in Sachen der Gerechtigkeit und über das Wissen um schamvolles Handeln verfügen sollten. So wäre Autonomie mindestens verbunden mit einem sozialen Miteinander und mit der Kompetenz, Recht von Unrecht unterscheiden zu können. Im Zentrum dieser Fähigkeiten steht aber der Stadtstaat. So geht es bei dem antiken Autonomiegedanken weniger um den Einzelnen als vielmehr um die Gemeinschaft, die als Staat autonom, unabhängig von ihren Bündnispartnern, agieren konnte. Autonomie ist in der Antike vor allem eine politische Kategorie, die die Souveränität des Staates bezeichnet.

Das bedeutet nicht, dass die Antike nicht den Gedanken individueller Autonomie kannte. Allerdings wird eine

solche äußerst kritisch betrachtet, da sie sich gegen den Staat richten kann. Sophokles lässt in der *Antigone* den Chor zur Protagonistin sagen: „nicht zehrender Krankheit erlagest du,/ empfingst nicht des Schwertes blutigen Lohn: du lebst nach eigenem Gesetz (autonomos), drum allein/ zum Lande der Toten gehst du. [...] Du schrittest bis zum Äußersten/ der Kühnheit: an den stolzen Thron/ des Rechtes stießest du heftig, Kind.“⁵ Die individuelle Autonomie wird hier als Gegensatz zum Recht der Gemeinschaft betrachtet. Freilich wähnt sich auch Antigone im Recht, da sie ungeschriebenen Gesetzen der Götter folgte, als sie ihren Bruder Polyneikes, der im Kampf gegen Theben fiel, bestatten wollte. Dies hatte aber Kreon, der Herrscher Thebens, unter Androhung der Todesstrafe untersagt. Wer gegen das bürgerliche Gesetz verstößt, der handelt zügellos: anarchisch.⁶

Am Inhalt zweier Zeilen zuvor wird sich der aufklärerische, aufs Individuum konzentrierende Autonomiebegriff abarbeiten und entwickeln: „Wen auch der Staat einsetze, man gehorche ihm/ im Kleinen selbst, sei's Recht, sei es das Gegenteil.“⁷ Pikant ist, dass ausgerechnet Kreon diese Sätze sagt, auch wenn er selbstbewusst hinzufügt, dass ein guter Bürger, für den er sich offensichtlich hält, selbst gut befehlen werde. Das politische Programm der Aufklärung wird hier – zum Teil – protestieren. Montesquieu rechtfertigt den – autonomen – Widerstand der Bürger für den Fall, dass der Staat seine Bürger

unterdrückt.⁸ Immanuel Kant hingegen lehnt das Recht des Einzelnen auf Widerstand ab: „Denn darin besteht eben das Ansehen der Regierung, daß sie den Untertanen nicht die Freiheit läßt, nach ihren eigenen Begriffen, sondern nach Vorschriften der gesetzgebenden Gewalt über Recht und Unrecht zu entscheiden.“⁹ Revolutionen, die nach Kant immer ungerecht¹⁰ sind, sind deshalb abzulehnen. „Wider das gesetzgebende Oberhaupt des Staats gibt es also keinen rechtmäßigen Widerstand des Volks; denn nur durch Unterwerfung unter seinen allgemeingesetzgebenden Willen ist ein rechtlicher Zustand möglich“,¹¹ schreibt er in der *Metaphysik der Sitten*. Hintergrund für Kants Argumentation bildet die im *Streit der Fakultäten* geäußerte Annahme, dass die Menschheit zum Besseren fortschreite. Diese Evolution zum Besseren entfaltet sich folglich innerhalb eines Staatengefüges, auch wenn man als Zuschauer Revolutionen enthusiastisch genießen darf, sofern ein „Volk“ gegen eine Regierung aufbegehrt, um sich eine „bürgerliche Verfassung zu geben, die ihm selbst gut zu sein dünkt.“¹²

2. Der ideelle Ort

Der Begriff Autonomie hat im Anschluss an Kant einen privaten Sinn gewonnen. Kant bestimmte die Autonomie des Willens als ein Wollen, in welchem „die Maximen seiner Wahl in demselben Wollen zugleich als allgemeines Gesetz mit begriffen sein“¹³ sollen. Sucht der Wille anderswo nach

Gesetzen denn in seinen Maximen – etwa im Empirischen –, so spricht Kant von Heteronomie. Grundlegende Voraussetzung für die Autonomie ist die Freiheit des Willens. Diese ideelle Autonomie bezeichnet ein Selbstverhältnis jenseits von Zeit und Raum, bezeichnet das reflexive Verhältnis zu sich selbst, dass das Verhältnis (von Maximen, Wille und Gesetz) überhaupt sein kann. Innerhalb dieses Verhältnisses geht es nicht darum, was das „Selbst“, das „Ich“ oder die „Person“ empirisch sind bzw. wie selbstbestimmt jemand in der Praxis handeln kann. Aus der Perspektive ideeller Autonomie könnte mein (empirisches) „Ich“ ausgetauscht werden, ohne dass mein (ideelles) „Ich“ Autonomie verliere. Was ich bei diesem Tausch verliere, ist personale Identität. Die aber ist empirisch. Formal bezieht sich die Autonomie also auf eine Relation eines „Ichs“ zu „sich“ und auf das reflexive Verhältnis zwischen beiden.¹⁴

Die Selbstgesetzgebung des Willens in einem ideellen Sinne kommt nach Kant jedem vernünftigen Wesen zu und ist nicht auf den Menschen beschränkt.¹⁵ Tieren oder Maschinen¹⁶ könnte man in gewisser Weise zwar empirische Selbstbestimmung attestieren, indem sie im Handeln ihren Intentionen entsprechen, aber niemals noumenale Autonomie.¹⁷ Im Hinblick auf medizinethische Fragen ist das Konzept einer ideellen Autonomie des Menschen ein strategisches Kalkül, da es auch denjenigen Autonomie zusichert, die noch nicht oder nicht mehr selbstbestimmt handeln können. Der

metaphysische Gewinn einer solchen Konzeption ist groß und deshalb auch verführerisch, denn die substanzlogische Setzung der Autonomie ist auf jeden „Vernünftigen“ – unabhängig von Kultur und Sozialisation – übertragbar. Dieser Transfer des Autonomiekonzepts ist deshalb nicht unproblematisch, da es strukturell auf eine leere Formel „Person“ oder „Ich“ angewiesen bleibt. Die Differenz zwischen noumenaler Autonomie und praktischer Selbstbestimmung ist jedoch nicht in jeder Sprache konzeptionell einleuchtend.

3. Der Ort des Sozialen

Rolf Elberfeld hat darauf hingewiesen, dass im 19. Jahrhundert „in Japan alle grundlegenden Begriffe der europäischen Philosophiegeschichte ins Japanische“¹⁸ übersetzt wurden. Für den Begriff Person wurde das Wort *jinkaku* eingeführt, das sich aus den Zeichen für Mensch und Regel/Status zusammensetzt. Für das – philosophische – Ich wurde das Wort *jiga* erfunden, das in der Alltagssprache nicht benutzt wird.¹⁹ Im Japanischen richtet sich die Verwendung der Personalpronomen „Ich“ und „Du“ nach der sozialen Situation und dem Status. Für das Ich gibt es etwa die unterschiedlichen Ausdrücke wie *watashi*, *atashi*, *washi*, *boku*, *ore*, *onore*, *watakushi*. Gegenüber einem Freund würde man sich als *boku* bezeichnen, sofern man männlich ist. Ein Mädchen würde sich eher als *atashi* bezeichnen. Geschlechtsneutral ist das Wort *watashi*. Häufig werden die

Personalpronomen in der gesprochenen japanischen Sprache aber auch weggelassen, sofern das Subjekt des Satzes mit dem Sprecher identisch ist. „Was bedeutet es nun positiv, daß es im Japanischen eine unbestimmte Anzahl von Personalpronomen der ersten und zweiten Person gibt?“, fragte Kimura Bin und folgerte: „Es bedeutet, daß niemals von Anfang an eindeutig feststeht, wer man selbst ist und wer der einem jeweils gegenüberstehende Mensch ist. [...] Wer ich selbst bin und wer der jeweils andere ist, bestimmt sich in der japanischen Sprache und in der Erfahrung- und Denkweise der Japaner aus der zwischenmenschlichen Beziehung zwischen mir und dem anderen.“²⁰

Der japanische Philosoph Nishida Kitaro dachte sich diese Bewegung des Selbstbewusstseins als gesellschaftlichen Prozess. „Allein indem ich dich anerkenne bin Ich Ich, und indem Du Mich anerkennst bist Du Du; in meinem Grunde existierst Du, in deinem Grunde existiere Ich; [...] Das wahre Selbstbewußtsein, das in sich den absolut anderen sieht, muß gesellschaftlich sein. Es muß eine durch die räumliche Beziehung von Mensch zu Mensch fundiert sein.“²¹ Dass aber diese Bespiegelung bei der Herausbildung der Person nicht beim Ich und Du stehen bleibt, macht Nishida im Hinblick auf den Begriff der *Poiesis* an anderer Stelle deutlich. Das „schöpferische Tun des Individuums bedeutet, daß die Welt vom Gestalteten zum Gestaltenden [sich bewegt]. [...] In der Welt der Einheit der Gegensätze, wo

das Subjekt die Umwelt und die Umwelt das Subjekt gestaltet, ist auch die materielle Welt schon etwas Gestaltetes, und das Gestaltete gestaltet fortschreitend als Umgebung das Subjekt.²² Nishida greift gewissermaßen der „funktionalen Differenzierung“ der Systemtheorie vor: Indem ich die Umwelt gestalte, gestaltet sie mich. „Ich“ werde innerhalb dieses Gestaltungsprozesses als autonomes Teilsystem beschreibbar. Gegenüber meiner „Umwelt“ werde „ich“ selbstbestimmter, gerade weil sie mich herausfordert und bestimmt. Ich setze mich von ihr ab, weil ich zu ihr gehöre.

4. Topoi der Autonomie

Beispielhaft – und deshalb etwas willkürlich – habe ich versucht, Orte der Autonomie zu veranschaulichen. Autonomie kann ein konkretes politisches Programm (der Staaten, das Recht auf Widerstand) meinen, sie kann ein ideelles Konzept bedeuten, eine die Erfahrung übersteigende Forderung, oder sie kann eine soziale Differenzierung zwischen Individuen anzeigen, die selbstbestimmt agieren (wollen). Die dialektische Bewegung zwischen Ich und Du und zwischen Ich und Umwelt haben wir in den medizinischen Diskursen um die Autonomie beobachten dürfen. Sie wurde zu einem Aushandlungsgegenstand zwischen Subjekten und Subjekt und Mitwelt gemacht.²³ Kybernetisch gesprochen gibt es aufgrund dieser gegenseitigen Bespiegelungen tendenziell einen Reflexionsüberschuss auf

Seiten des Subjekts gegenüber der reflektierten Bewusstseinsordnung,²⁴ das heißt: Je mehr die potenzielle Autonomie und Selbstbestimmung Gegenstand von normativen Diskursen um die Autonomie wird, umso mehr wird sich das Subjekt nuanciert von diesen Ansprüchen differenzieren und seine eigenen Entscheidungen fällen wollen. Dies schließt die mögliche Ablehnung der normativen Ansprüche ein. Die drei Orte, wenn sie denn auch historisch aufeinander folgen, gehen in ihrer Genese ineinander über, so dass der ideelle Ort zur Orientierung des Politischen wird und der Politische in der Rechtsprechung die Aushandlungspraktiken des sozialen Ortes aufgreift. Die sozialen Differenzierungen geben wiederum Anlass, Autonomie neu zu konzeptionieren, was vom politischen Diskurs aufgegriffen wird. Die Autonomie flottiert also zwischen diesen Orten des Politischen, Sozialen und Normativen. Aus dem sozialen Aushandeln generiert sich der normative Anspruch, der den Raum des Politischen/des Rechts begründet.

Es bleibt jedoch eine Unruhe angesichts der Autonomie. Mit was für einer Angst, mit was für einem Misstrauen haben wir es zu tun gegenüber dem Anderen, gegenüber dem Fremden, dass wir das Verhältnis zu anderen nur durch den Begriff Autonomie glauben regeln zu können? Was ist also der Grund dafür, dass wir Autonomie *nötig* haben? Dies ist das eigentliche Erbe des Epimetheus: Was fürchten wir, dass wir zu unserem Schutz die Autonomie brauchen?

¹ Dies gilt zumindest für die meisten derjenigen Autoren, die sich philosophisch-reflektierend zu diesem Begriff äußern und ihn zu bestimmen suchen. „Personale Autonomie“ (Quante), „natürliche Autonomie“ (Walter), „Handlungsautonomie“ (Beauchamp) sind nur einige Beispiele für verschiedene Interpretationen des Autonomiebegriffs. Interessanterweise geht es bei den Diskussionen um Autonomie häufig gar nicht so sehr um die Inhalte dessen, wozu Autonomie eigentlich „gut“ sein könnte, sondern mehr darum, wie sich der Begriff Autonomie zu Begriffen wie Person, Biographie, Kompetenz, Willen, Einstellungen und Überzeugen verhält. Es geht also mehr darum, ihre intrinsische Funktion zu beschreiben, denn ihren extrinsischen Wert zu bestimmen. Dass Autonomie an sich etwas Gutes ist, wird ohnehin in diesen Diskursen vorausgesetzt. Damit scheint man sich der Frage nach ihrem extrinsischen Gehalt entledigen zu können.

² Hier gibt es freilich schon die erste Einschränkung: Ein Autor spricht eine bestimmte Sprache, bewegt sich innerhalb einer Grammatik, ist mithin nur bedingt autonom, was die Ausdrucksmöglichkeiten betrifft. Auch soll hier nicht der Eindruck erweckt werden, ich behandle die Autonomie als ein Ding.

³ Platon: Protagoras, 321b, übers. von Friedrich Schleiermacher.

⁴ Ebd. 321d.

⁵ Sophokles: Antigone, übers. von Wilhelm Wilige, München 1966, V. 819 ff. und 853 ff.

⁶ Vgl. Ebd. V. 672.

⁷ Ebd. V. 666 f.

⁸ Vgl. Charles-Louis de Secondat, Baron de La Brède et de Montesquieu: Lettres persanes (1721).

⁹ Kant I: Streit der Fakultäten. In: Werkausgabe Band XI, Weischedel W (Hg.), Frankfurt am Main 1993, S. 287. An anderer Stelle heißt es bei Kant: „Wenn also ein Volk unter einer gewissen itzt wirklichen Gesetzgebung seine Glückseligkeit einzubüßen mit größter Wahrscheinlichkeit urteilen sollte: was ist für dasselbe zu tun? soll es sich nicht widersetzen? Die Antwort kann nur sein: es ist für dasselbe nichts zu tun, als zu gehorchen.“ In: Über den Gemeinspruch: das mag in der Theorie richtig sein, taugt aber nicht für die Praxis. Werkausgabe

Band XI, S. 154.

¹⁰ Ebd., Fn. S. 360.

¹¹ Kant I: Metaphysik der Sitten. In: Werkausgabe Band VIII, Weischedel W (Hg.), Frankfurt am Main 1993, S. 439.

¹² Kant I: Streit der Fakultäten, Fn. 9, S. 358. Ein Fortschritt zum Besseren innerhalb von Staaten in aufklärerischer Hinsicht ist mit Sicht auf das 20. Jahrhunderts gescheitert. Kriege gegen so genannte Unrechtsstaaten und Revolutionen gegen Staaten, die ihre Bürger unterdrücken, ausbeuten und/oder vernichten, gewinnen immer mehr nicht bloß sympathisierende Anhänger – obwohl die deutsche Regierung zumeist die Kant'sche Perspektive des Zuschauers favorisiert und ein Eingreifen zugunsten der rebellierenden Parteien ablehnt, auch wenn sie ihnen, sofern am Ende siegreich, applaudiert.

¹³ Kant I: Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. In: Werkausgabe Band VII, Weischedel W (Hg.), Frankfurt am Main 1998, S. 74 f.

¹⁴ Der Gedanke des Selbst als Verhältnis, das sich zu sich selbst verhält, wurde am eindringlichsten von Sören Kierkegaard herausgearbeitet. Bei ihm schon finden sich die Ansätze, die heute im Hinblick auf den Zusammenhang von Authentizität und Autonomie diskutiert werden. Vgl. Kierkegaard S: Die Krankheit zum Tode, Frankfurt am Main 1984.

¹⁵ Kant I, Grundlegung der Metaphysik der Sitten, Fn. 13, S. 63.

¹⁶ Dass Selbstbestimmung für künstliche Wesen ein Anliegen werden könnte, hat jüngst die schwedische Fernsehserie *Real Humans* thematisiert. Werden Maschinen nicht auf ihre Funktionsweisen oder ihren Nutzen reduziert, sondern über den Spielraum ihrer Unbestimmtheit gedacht, so muss man mit der Offenheit ihrer Struktur auch ihre rekursive Selbstbezüglichkeit akzeptieren. Vgl. zur Existenzweise technischer Objekte Simondon G: Du mode d'existence des objets techniques, Paris 2008.

¹⁷ Deswegen könnte man nach Kant auch nicht sagen, dass Menschen von Gott erschaffen seien, da die Freiheit einer Erschaffung und damit Bestimmung der Handlungen durch ein anderes Wesen widerspricht. Vgl. Kant I, Metaphysik der Sitten. In: Werkausgabe Band VIII, Weischedel W. (Hg.), Frankfurt am Main 1993, S. 393 f.

¹⁸ Elberfeld R: „Zwischen“ Mensch und Mensch.

In: Zollikofer C, Baschera M (Hg.), *Klon statt Person*, Zürich 2011, S. 29-44, hier S. 43, Anm. 7.
¹⁹ Ebd., S. 44, Anm. 18.

²⁰ Kimura B: *Zwischen Mensch und Mensch: Strukturen japanischer Subjektivität*. Übers. und hrsg. von Elmar Weinmayr, Darmstadt 1995, S. 102 f. Das heißt jedoch nicht, dass Japaner nichts mit Vorstellungen wie Individualität oder Person anfangen könnten. Die Konzeption eines Zwischenraums vor den Identitätsausbildungen verweist allerdings darauf, dass Autonomie nicht über ein Noumenon gedacht werden muss, sondern auch über soziale Differenzierungen begriffen werden kann, durch die sich erst Spielräume der Selbstbestimmung ergeben.

²¹ Nishida K: *Ich und Du*. In: *Logik des Ortes*, Elberfeld R (Übers. und Hg.), Darmstadt 1999, S. 140-203, hier S. 170 und S. 178. Diese Gedanken sind freilich von Johann Gottlieb Fichte beeinflusst. Denkt man die Herausbildung des Ichs gesellschaftlich, so wird man gern an George Herbert Mead und seine Unterscheidung von I and Me erinnert.

²² Nishida K: *Die Einheit der Gegensätze*. In: *Die intelligible Welt*, übers. von Robert Schinzinger, Berlin 1943, S. 139-216, hier S. 145 und 167.

²³ Dass es nun in Deutschland ein Patientenrechtegesetz gibt, fügt der Sache selbst nichts hinzu, sondern zeigt eine Reaktion auf eine

bereits bestehende Aushandlungspraxis bezüglich der Autonomie des Subjekts. Die Asymmetrie des Arzt-Patienten-Verhältnisses und die damit (wie auch andernorts) verbundene Konstituierung des Selbstverständnisses von „Person“ und „Ich“ lassen sich in der deutschen Sprache jedoch nur beschreiben und nicht – wie im Japanischen – eigens grammatikalisch ausdrücken. Das bedeutet jedoch nicht, dass die Differenzierungen, die „bei uns“ im sozialen Raum zu Identitätsbildungen führen, nicht ebenso subtil wären. Der Bezug zur japanischen Sprache diente mir so gesehen als ein metonymisches Beispiel.

²⁴ Vgl. Günther G: *Seele und Maschine*. In: *Beiträge zu einer operationsfähigen Dialektik*, Band 1, S. 75-90, Hamburg 1976.

Andreas Walker ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Seminar für Moraltheologie der Katholisch-Theologischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster.

Der selbstbestimmte Demente. Eine philosophische Analyse zu Autonomie und Selbstbestimmung im Grenzfall Demenz

von Marlen Asch, M.mel.

Seit 2009 gibt es in den Niederlanden ein Pilotprojekt, in dem Demenzpatienten in einem Dorf namens Hogewey in Wohngemeinschaften zusammenwohnen, womit ihnen ein scheinbar normales Leben ermöglicht wird.

Der Aufenthalt ist nur für Demenzerkrankte mit der höchsten Pflegestufe vorgesehen, die rund um die Uhr betreut werden müssen. Es gibt einen Supermarkt, ein Restaurant, einen Friseursalon, aber auch Pfleger, Betreuer

und Ärzte. Diese sind allerdings nicht in Kitteln und Dienstbekleidung anzutreffen, sondern in Alltagskleidung. Für die Bewohner des Dorfes wird eine künstlich hergestellte – aber für Demenzkranke vollkommen „natürliche“ – Umgebung geschaffen. Die Bewohner können sich frei bewegen und auch selbständig einkaufen gehen. Vergisst jemand zu bezahlen oder kauft versehentlich 6 Packungen Eier, ist das nicht weiter schlimm. Später werden die Lebensmittel von den Betreuern zurückgebracht.

Es gibt in Hogewey sieben unterschiedliche Wohnkonzepte, vom häuslichen bis hin zum indonesischen Stil, da es in den Niederlanden viele indonesische Einwanderer gibt. Jeder Bewohner und dessen Angehörige werden zu Beginn nach dessen Lebensstil und Biografie befragt und dann in das jeweils entsprechende Umfeld eingeordnet. Dort gibt es dann passendes Essen, die adäquate Einrichtung und ein dem Lebensstil angepasstes Freizeitprogramm. Jeder Bewohner kann sein Leben so fortsetzen, wie er es gewohnt war. In diesem Dorf wird den Bewohnern der größtmögliche Freiraum zur Selbstbestimmung ermöglicht, den sie in der realen Welt oder in vielen Pflegeheimen nicht mehr hätten.

Kann man hier aber noch von einem autonomen Leben sprechen? Es scheint für uns alles inszeniert wie in dem Film *The Truman Show* (1998) von Peter Weir.¹ Die Betreuer, die Kassiererin, der Friseur – jeder spielt für die Bewohner Theater. Sieht so ein

autonomes Leben aus? Wer möchte schon in einer nicht-realen Welt voller Darsteller leben? Und warum haben wir trotzdem den Eindruck den Demenzen wird in Hogewey Selbstbestimmung ermöglicht?

Hier muss man zwischen zwei Fragen unterscheiden: 1. die Frage nach der Autonomie und 2. die Frage nach Selbstbestimmung. Die Antworten können in medizinethischen Grenzfällen durchaus unterschiedlich ausfallen.²

Autonomie

Immanuel Kant prägte den Autonomiebegriff – in der Deutung von Friedrich Kirchner – als „die Fähigkeit der Vernunft, den sittlichen Willen zu bestimmen“³ und einer allgemeinen Gesetzmäßigkeit zu unterwerfen. Für Demenzkranke ist dieser Autonomiebegriff jedoch schwer anwendbar. Einerseits erfordert Autonomie hohe Anforderungen an die Fähigkeit zur Vernunft und eine Regeleinsicht, die Demenzerkrankte nur noch zum Teil haben. Andererseits schließt Autonomie soziale Komponenten aus. Der Gegenbegriff zur Autonomie ist für Kant Heteronomie, d. h. „die von einem anderen oder etwas anderem ausgehende Gesetzgebung, die Fremdgesetzlichkeit im Gegensatz zur Selbstgesetzlichkeit.“⁴ Eine solche soziale Komponente spielt aber für Demenzkranke eine wichtige Rolle, um ihre Selbstbestimmung noch bewahren zu können. Der klassische Autonomiebegriff wird aus diesen beiden

Gründen zu einem Idealbegriff.

Der Autonomiebegriff von Tom L. Beauchamp und James F. Childress, welcher in der Medizinethik häufig verwendet wird, bezieht sich auf eine Handlungsautonomie des Patienten und ist weniger idealisiert als der klassische Autonomiebegriff. Diese Handlungsautonomie basiert auf drei Säulen: a) die Handlungen werden absichtlich (intentionality), b) nicht von außen determiniert (non-control) und c) mit Einsicht ausgeführt (understanding).⁵ Autonom kann man demzufolge also nur handeln, wenn man erstens eine Intention beim Handeln verfolgt, zweitens die Handlung von außen nicht kontrolliert wird und drittens ein Verstehen von möglichen Konsequenzen und Wesen der Handlung erfolgt, wobei die zwei letzteren in Abstufungen auftreten können⁶ – beispielsweise wenn ein Patient nur teilweise medizinische Fachbegriffe versteht.

Aber auch bei Beauchamps Handlungsautonomie muss man, um autonom zu sein, bestimmte Fähigkeiten besitzen, wie rationale Überlegungen, Bewertungen von Situationen und Optionen und auch ein Wissen über Absichten und Wünsche, die längerfristig verfolgt werden.⁷ Diese Fähigkeiten sind bei Dementen je nach Stadium nur noch begrenzt vorhanden.

Bei leichter Demenz können einige Patienten möglicherweise noch als autonom oder teilweise autonom bezeichnet werden. Da durch die Krankheit aber Gedächtnisstörungen, Wortfindungsstörungen, Probleme im

Sprachverständnis und Beeinträchtigungen des Urteilsvermögens auftreten können, kann weder das Ideal der klassischen Autonomie erreicht noch eine vollständige Handlungsautonomie zugesprochen werden. Da es bei medizinischen Entscheidungen um genau solche Kompetenzen geht, muss im jeweiligen Einzelfall abgeklärt werden, inwieweit der jeweilige Patient noch autonom und somit entscheidungsfähig ist.

Selbstbestimmung

Das Pilotprojekt Hogewey zeigt indes, dass ein selbstbestimmtes Leben auf eine bestimmte Art noch weitergeführt werden kann, auch wenn eine fortgeschrittene Demenzerkrankung besteht. Ein solcher Selbstbestimmungsbegriff ist weiter gefasst als der Autonomiebegriff.

Selbstbestimmung kann durch die Herkunft des Wortes „Bestimmung“ (lat. determinatio oder distinctio) als Übereinstimmung mit sich selbst verstanden werden. Dabei stellt Bestimmung einen aktiven Prozess der Formgebung dar.⁸ Primär bedeutet Bestimmung, etwas einen Sinn oder Inhalt zu verleihen, und sekundär ein Gestalten von innen.⁹ Selbstbestimmung heißt dann, dass man sich selbst Inhalt und Sinn gibt und sich selbst gestaltet bzw. auch von anderen abgrenzt. Selbstbestimmung ist also mit der Frage „wer bin ich?“ und somit mit dem Identitätsbegriff verknüpft.

Zum Selbstbestimmungsbegriff gehört laut Tugendhat erstens eine sozi-

ale Komponente.¹⁰ Indem man mit anderen kommuniziert und interagiert, reagiert man auf die anderen und formt so seine Identität oder Persönlichkeit.¹¹ Diese bildet die Grundlage um selbstbestimmt handeln zu können. Dabei wird die Fähigkeit zur Kommunikation benötigt. Demente haben aber oftmals Wortfindungsstörungen und im fortgeschrittenen Stadium kann das Sprachvermögen auch ganz verloren gehen. Demente können jedoch noch sehr lang auf Mimik und Gestik ihrer Mitmenschen reagieren.

Für Tugendhat ist Selbstbestimmung zweitens ein reflektiertes Selbstverhältnis.¹² Um sich zu sich zu verhalten und Stellung zu nehmen gehört die Fähigkeit der Reflexion. Diese Fähigkeit fehlt bei vielen Demenzerkrankten aber teilweise oder auch völlig.

Selbstbestimmte Demente?

Doch warum scheint es, dass die Dementen in Hogewey trotz dieses Einwandes, dass sie keine Fähigkeit der Reflexion mehr aufweisen, auf eine gewisse Art selbstbestimmt handeln? Sie gehen Dingen nach, die sie ihr Leben lang gemacht haben. Sie können tun, was sie wollen oder zumindest, was ihre Gewohnheit war.

Denn was auch Demente im fortgeschrittenen Stadium noch können, ist selbstbestimmtes Handeln der ersten Ebene. Laut Tugendhat handelt man in einer ersten Ebene selbstbestimmt, indem man zu Wünschen und Meinungen der anderen und seiner

eigenen Stellung nimmt. Diese Stellungnahmen können kommuniziert und danach gehandelt werden.¹³ Demente können sich noch zu Wünschen von anderen und zu ihren eigenen Wünschen verhalten und nach ihnen handeln auch wenn dies nur durch Ja/Nein-Stellungnahmen erfolgt und die Patienten bei den bestimmten Handlungen Hilfe durch andere benötigen.

Was Demente jedoch nur noch abgestuft oder gar nicht mehr können, ist diese Wünsche zu hinterfragen, also selbstbestimmt entsprechend der zweiten Ebene zu sein. Auf einer zweiten Ebene kann man selbstbestimmt handeln, indem man zu den Wertungen der ersten Ebene Stellung nimmt. Dabei können eigene Wünsche und Meinungen auch hinterfragt werden.¹⁴ Dieses Hinterfragen und Reflektieren ist es, was den Dementen fehlt.

In Hogewey wird den Dementen aber noch mehr ermöglicht. Sie können in bekannten Strukturen leben, die auf ihrem früheren Leben aufbauen. Sie basieren auf der Biografie und früheren Wertvorstellungen des Patienten und somit auf seiner Persönlichkeit. Diese Persönlichkeit stellt sich als eine Identität in der Zeit dar. Sie konnte sich ein Leben lang ausbilden und beschreibt ein Kontinuum und somit eine Biografie oder Lebensgeschichte.¹⁵

Auch wenn Demenzpatienten ihre Reflexionsfähigkeit verlieren, behalten sie doch Grundmuster, emotionale Strukturen und Gewohnheiten bei, die zu ihrer Persönlichkeit und ihrer narrativen Lebensgeschichte gehören

bzw. in ihrer Biografie enthalten sind. Insofern können auch Demente noch selbstbestimmt leben, indem sie ihre Gewohnheiten ausleben können. Im Grenzbereich der Demenzkranken kann für die pflegerischen Aufgaben die Selbstbestimmung leitend sein. In medizinischen Entscheidungen bleibt die Autonomie vordergründig führend.¹⁶ Jedoch bleibt die Frage, inwieweit aktuelle Willensäußerungen von Dementen gegenüber früheren Äußerungen, beispielsweise in Patientenverfügungen, gewertet werden müssen.

¹ Stoll S: Der Zauber von Hogewey. In: Berliner Zeitung vom 26.10.2010; online: <http://www.berliner-zeitung.de/archiv/in-den-niederlanden-leben-152-demenz-krank-in-einem-kuenstlichen-dorf-dort-haben-sie-das-gefuehl-noch-ganz-normal-zu-leben-und-deshalb-geht-es-ihnen-besser--sagen-die-aerzte-der-zauber-von-hogewey,10810590,10750876.html>, 01.07.2012, und Zörggroep, V.: http://www.vivium.nl/hogewey_weesp, 01.07.2012.

² Im Alltag fallen die Begriffe Autonomie und Selbstbestimmung jedoch meist zusammen.

³ Kirchner F, Michaelis C, Hoffmeister J: Wörterbuch der philosophischen Begriffe, Hamburg 1998, S. 88.

⁴ Ebd., S. 289.

⁵ Vgl. Beauchamp TL, Childress JF: Principles of Biomedical Ethics. New York 1994, S. 123.

⁶ Vgl. Beauchamp TL., Faden RR: A History and Theory of Informed Consent, New York/Oxford 1986, S. 244 ff.

⁷ Vgl. Quante M: Personales Leben und menschlicher Tod. Personale Identität als Prinzip der biomedizinischen Ethik, Frankfurt am Main 2003, S. 174.

⁸ Vgl. Ritter J (Hg.): Historisches Wörterbuch der Philosophie (HWPph), Basel 2010, S. 355 f.

⁹ Vgl. Ebd., S. 850.

¹⁰ Vgl. Tugendhat E: Selbstbewusstsein und Selbstbestimmung. Sprachanalytische Interpre-

tationen, Frankfurt am Main 1979, S. 30 ff.

¹¹ Vgl. Mead GH: Geist, Identität und Gesellschaft. Aus der Sicht des Sozialbehaviorismus, Frankfurt am Main 1973, S. 180 ff.

¹² Vgl. Tugendhat, Fn. 10, S. 282.

¹³ Vgl. Ebd., S. 30.

¹⁴ Vgl. Ebd., S. 31.

¹⁵ Vgl. Rosa H: Identität und kulturelle Praxis. Politische Philosophie nach Charles Taylor, Frankfurt/New York 1998, S. 166.

¹⁶ Hier können beispielsweise Patientenverfügungen und der mutmaßliche Wille von Nutzen sein.

Marlen Asch ist seit September 2011 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Ethik und Geschichte der Medizin an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen im Rahmen des Verbundprojekts REGiNA (Regenerative Medizin im Kreis Neckar-Alb) mit dem Schwerpunkt „Werte und Ethik in der Regenerativen Medizin“.

Katarina Greifeld (Hg.), *Medizinethnologie. Eine Einführung.* Dietrich Reimer Verlag, Berlin 2013, ISBN 978-3-496-02859-8, 204 S., € 19,95

von Dr. phil. Andreas Walker, M.Mel.

Angesichts der Einbände der Ethnologischen Paperbacks des Reimer Verlags könnte man den Eindruck gewinnen, dass jede Annäherung an ethnologische Fragen bewusst auf Visualisierungen und Bebilderungen verzichten muss. Jede Bebilderung des „Anderen“ wäre schon seine Entstellung. Oder lädt das Umschlagsgrau dazu ein, die Ethnologie als immer wieder zu entdeckende Areale wahrzunehmen, die selbst nach jahrzehntelanger Forschung vom „Anderen“ immer noch kaum etwas weiß, da unser hermeneutisch-vernünftiges Verstehen den „Anderen“ nur bedingt erfasst? Wie auch immer man die Blickwechsel zwischen dem Eigenen/Anderen/Fremden auffasst, es ist auf jeden Fall erfreulich, dass der Reimer Verlag erneut eine Medizinethnologie herausgibt.

Die „Medizinethnologie“ hat eine eigene Publikationsgeschichte.¹ Die jetzige Ausgabe, schlicht mit „Medizinethnologie. Eine Einführung“ betitelt, ist völlig neu verfasst und zusammengestellt. Einerseits wird damit auf das sich wandelnde Wissen bezüglich des ethnologischen Gegenstands eingegangen und auf die unterschiedlichen thematischen Fokussierungen

Rücksicht genommen. Andererseits spiegeln sich in diesen Veränderungen auch reflexive Prozesse, die den Diskurs der Medizinethnologie selbst betreffen. So wird in der neuen Ausgabe viel Wert gelegt auf die Transferprozesse medizinischen Wissens und im letzten Kapitel eigens auf die Thematik der Beschneidung eingegangen.

Zunächst jedoch führt Katarina Greifeld in das Feld der Medizinethnologie ein. Dabei beleuchtet sie vor allen Dingen auch den hiesigen begrifflichen Wandel im Gesundheitswesen. Man spricht nicht mehr gern von Krankheit, wie ein Blick auf die eigene „Gesundheitskarte“ zeigt. Man spricht auch von „Gesundheitsversorgung“, wo eine „Krankheitsversorgung“ gemeint ist. Kritisch wird von ihr zudem der Begriff „Biomedizin“ betrachtet, der seit dreißig Jahren das bezeichnet, „was die Medizin ausmacht, die an den Universitäten gelehrt wird.“ (S. 16) Im Gegensatz dazu hat sich mittlerweile herumgesprochen, dass es die so genannte „traditionelle“ Medizin nicht gibt. Die traditionelle Medizin splittert sich in unterschiedliche Philosophien und hat kein Problem damit, wenn die Notwendigkeit es gebietet, „nützlich erscheinende Dinge in ihre Praxis

zu übernehmen“. (Ebd.) Es gibt folglich nicht (mehr) das ganz Andere zur westlichen Medizin, da unterschiedliche Transferprozesse des Wissen die Grenzen verwischt haben.

In den folgenden Kapiteln, die nacheinander die medizinischen Praktiken in Südamerika, Ozeanien, Afrika und Europa streifen, wird deutlich, dass eigentlich überall ein medizinischer Pluralismus ausgeübt wird. Dieser nimmt unterschiedliche Facetten an: So kann die Bevorzugung einer medizinischen Methode, etwa die des indianischen Schamanen, vom Patienten auch die Bindung an eine soziale Schicht demonstrieren, wie Joseph Drexler mit Bezug auf Bolivien anführt. Der Mestize hingegen ginge zum biomedizinisch geschulten Arzt. (s. 63) Oder die indianische Medizin der Sibundoy Süd-Kolumbiens dringt in Form von Therapien und Arzneimitteln bis nach Costa Rica vor, indianische Schamanen gar bis nach Europa. Ähnlich verhält es sich in dem Beitrag von Ruth Kutalek über Afrika. Aus pragmatischen Gründen würde in Afrika entweder ein „Heiler“ oder ein Arzt konsultiert – abhängig von „Verfügbarkeit, Zugänglichkeit und Erreichbarkeit von Ressourcen“. (S. 121) Dabei mischten sich die unterschiedlichsten Formen medizinischen Wissens: Traditionelle Heiler und Rituale würden ebenso in Anspruch genommen werden wie fremde Medizinsysteme – seien sie asiatischen oder biomedizinischen Ursprungs.

Erst mit der Kolonialisierung hat sich die medizinische Versorgung in vielen

Ländern geändert. Dabei konnte eine Missionierung nur gelingen, wenn mit dieser gleichzeitig ein medizinisches Versorgungssystem etabliert wurde, das die Missionseifrigen von Krankheiten wie Malaria heilen konnte. Die Missionare brachten zudem ansteckende Krankheiten mit in die kolonialisierten Gebiete, was Impfungen notwendig machte und der Biomedizin in diesen Ländern zum Aufstieg verhalf. Die Kolonialisierung veränderte auch die Ernährungsgewohnheiten etwa der Samoer durch Junk Food, wie Verena Keck anführt, was zu Folgeerkrankungen wie Diabetes führte.

Wie eng eigentlich das Verständnis der Biomedizin vom Menschen ist, betont Nicholas Eschenbach, indem sie sich auf biologisch-naturwissenschaftliches Wissen über den menschlichen Körper stützt und Krankheiten als Fehlfunktionen eines bestimmten physiologischen Verständnisses dieses Gefüges deutet. Dabei wissen praktizierende Ärzte längst, dass der Verlauf einer Krankheit stets auch von den narrativen Komponenten des Patienten abhängen, von seiner Biographie und seiner sozial-psychischen Situation.

Das Buch schließt mit der Beschneidungsthematik und zwei Artikeln, wobei der erste von Katarina Greifeld auf die „Beschneidung von Mädchen und Frauen“ und der zweite von Petra Pfnadschek und Armin Prinz auf die „Beschneidung von Männern“ eingeht.

Greifeld beschreibt aufgrund einer ethnologischen Studie die Situation

in Mali. 74 Prozent der Mädchen zwischen 0-4 Jahren seien demnach bereits beschnitten. Der Grund, warum die Beschneidung so früh durchgeführt würde, läge darin, dass die Eltern dann keine aufwendigen, teuren Feste ausrichten müssten. Der Anteil an beschnittenen Frauen ist nicht einheitlich über Mali verteilt. In manchen Regionen läge er gar nur bei 26 Prozent. Dabei überrascht der Umstand, dass der Anteil beschnittener Frauen und Mädchen grundsätzlich in Städten höher ist als auf dem Land.

Die Gründe für die Beschneidung reichten von der Kontrolle der Sexualität der Frauen über religiöse Motive bis hin zu Schönheitsidealen. Die Klitoris wird als männliches Organ betrachtet und mit der Beschneidung werde die eigentliche Weiblichkeit hergestellt. Außerdem würde die Klitoris beim Geburtsvorgang des Kindes stören. Natürlich spiele auch der soziale Druck eine Rolle, da eine unbeschnittene Frau schwieriger einen Mann fände. Greifeld weist im weiteren daraufhin, dass auch in Europa die Beschneidung von Frauen „in der Mitte des 19. Jahrhunderts als probates Mittel gegen Epilepsie und andere vorwiegend seelische Erkrankungen eingesetzt“ (S. 158) wurde, weil in den „so genannten Nervenheilanstalten beobachtet worden war, dass die Insassinnen masturbierten.“ Bedenkenswert ist auch, dass im „Globalen Norden“ die Tendenz zur vaginalen kosmetischen Chirurgie zur Herstellung von Designer-Vaginas wächst. Für die Medizinethnologie sei es somit

wichtig, die unterschiedlichen Phänomene und Praktiken in ihrem jeweiligen „historischen und gesellschaftlichen Kontext“ (S. 159) zu betrachten, um die verschiedenen medizinischen Praktiken zu erklären.

Für die Beschneidung von Männern „gibt es seit langem religiöse und magische Begründungen und in den vergangenen drei Jahrhunderten auch medizinische“ (S. 163), schreiben Pfnadschek und Prinz in ihrem Artikel. Bei dem Bedeutungswandel zeichnen die Autoren den Weg von der Antike und der Masturbationsangst bis hin zur „kongenitalen Phimose“ (S. 165) nach. Die Vorhaut sei als nutzloses Überbleibsel der Evolution bewertet, als Lustspender eingestuft und als krankheitserregend identifiziert worden. Die WHO hat sich der Meinung angeschlossen, eine Beschneidung der Männer in Afrika könne „die Ausbreitung von HIV/AIDS reduzieren.“ (S. 163) Viele Männer, die sich in Afrika beschneiden ließen, sähen jedoch die Beschneidung als Schutz gegen HIV und verzichteten somit vermehrt auf ein Kondom.

Studien konnten mittlerweile zeigen, dass eine nicht zurückziehbare Vorhaut bis in die Pubertät im „Rahmen der körperlichen Entwicklung“ sein kann und keineswegs pathologisch sein muss. Demnach wäre eine Beschneidung in diesen Fällen gar nicht angezeigt. Außerdem könnten Kinder durch die Beschneidung traumatisiert werden.

In den USA ist die Beschneidung der Männer weit verbreitet. Auch

weil angeblich in den 1930ziger Jahren nachgewiesen werden konnte, dass bei jüdischen und muslimischen Männern das Peniskarzinom seltener vorkäme als bei christlichen. Doch wegen der mangelnden Konsensfähigkeit der Neugeborenen stehe mittlerweile auch hier die Beschneidung in der Kritik. Zudem würden die Vorhäute nicht entsorgt, sondern die in ihnen vorhandenen Bestandteile in der Kosmetikindustrie für Gesichtscremes verwendet.

Studien konnten inzwischen zeigen, dass der Vorhaut Schutzfunktionen zukommen und nachweisen, dass es sich dabei um den sensitivsten Bestandteil des Penis handelt, der auch ein Gleitmittel produziert. „Bei einem beschnittenen Penis wird das Vaginalsekret ausgedünnt über eine große Fläche verteilt“ (S. 168), und es stellt sich die Frage, ob die verminderte Feuchtigkeit „das Entstehen von Fissuren und Vaginalwandrisen beim Sexualverkehr begünstigen könnte.“ (Ebd.) Der Wegfall der Vorhaut könne längerfristig zudem zu einer Verminderung der Empfindungswahrnehmung führe.

Die Autoren gehen abschließend noch genauer auf die transatlantische Debatte und auf die Situation in Afrika ein, wo je nach Region auch im christlichen Kontext traditionell beschnitten wird, um festzustellen, dass „Beschneidungspraktiken [...] in hohem Maße kulturell determiniert sind.“ (S. 173) Deshalb müsse auch der Forscher immer seinen eigenen kulturellen Hintergrund bei der Interpretation der Ergebnisse mit berücksichtigen.

Abgerundet wird dieser etwas kurzgeratene Überblick durch nützliche Links und ein ebenso brauchbares Literaturverzeichnis. Natürlich kann eine Einführung in die Medizinethnologie bloß ein Aufriss in die Thematik sein und nicht alles abdecken. Dass jedoch der Blick nach Asien fast gänzlich ausgespart wurde, ist unverständlich. Zudem wirkt die Behandlung der Themen schlaglichtartig und, was die Auswahl der Landstriche/„Ethnien“ anbetrifft, willkürlich. Der Leser darf auch keine allzu subtile Auseinandersetzung mit den verschiedenen medizinischen Verfahrensweisen erwarten. Dass aber gerade jetzt Transferprozesse des Wissens im Fokus stehen, mittels denen unser Verständnis von Krankheit und Gesundheit thematisiert werden, ist kein Zufall, wo die naturwissenschaftlich ausgerichtete Medizin mit einer Sozialmedizin in Widerstreit gerät. Insofern bezieht das Buch eine klare Position: Medizin ist eine soziale Angelegenheit und nicht bloße eine, die sich auf Fakten stützen kann. Das Buch ist eine Einführung und so will es auch gelesen werden: als Anregung zum Weiterforschen.

¹ Bereits 1985 erschien das Buch „Krankheit und Kultur. Eine Einführung in den Ethnomedizin“ herausgegeben von Wolfgang Bichmann und Beatrix Pfeleiderer. Die zweite überarbeitete Neuauflage von 1995 wurde „Ritual und Heilung. Eine Einführung in den Ethnomedizin“ betitelt. Bei der dritten Auflage aus dem Jahr 2003 war bereits Katarina Greifeld die Mitherausgeberin. Der Titel wurde abgeändert in „Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie“.

Gründung des Interdisziplinären Forums Medizin-Ethik-Recht Berlin

von Franziska Kelle, M.Mel.

Inspiziert vom Ansatz des Interdisziplinären Wissenschaftlichen Zentrums Medizin-Ethik-Recht (IWZ MER) an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg war einer Gruppe von Absolventen des Masterstudienganges die Idee zur Gründung eines interdisziplinären Diskussionsforums gekommen. Es sollte die spannenden Gespräche und fächerübergreifenden Kontakte zu Gleichgesinnten auch nach dem Ende des Studiums fortsetzen, vertiefen und zugleich für einen größeren Kreis öffnen. Als „Außenstelle“ des MER war schnell Berlin als geeigneter Ort gefunden. Und am 12. Januar 2013 war es dann soweit: Das Interdisziplinäre Forum Medizin-Ethik-Recht Berlin (InFo MER-B) hat in der Charité in Berlin das Licht der Welt erblickt!

Das Forum richtet sich an MER-Studenten und -absolventen, an Institutionen und Interessierte und soll den interdisziplinären Diskurs und interinstitutionellen Austausch zwischen den Fachrichtungen Medizin, Ethik und Recht vertiefen und fördern. Getragen wird das Projekt vom Alumniverein meris e. V. Als Diskussionsforum dienen interdisziplinär besetzte Arbeitsgruppen. Sie diskutieren Themen im Spannungsfeld der drei Disziplinen und bereiten sie für die Treffen des Forums vor. Um den Gesprächskreis zu erweitern und zugleich interdisziplinäre Aspekte stärker in das wissenschaftliche und öffentliche Bewusstsein zu rücken, sind auch Seminare, Tagungen und Symposien sowie Positionspapiere mit den Ergebnissen der Arbeitsgruppen geplant. Im Rahmen der konstituierenden Sitzung haben sich bereits Arbeitsgruppen zu den Themen „Patientenrechte“, „Sterbehilfe“, „Gerechtigkeit“ und „Menschenrechte vs. Tierrechte in der medizinischen Forschung“ zusammengefunden.

Bei Interesse an einer Mitarbeit in einer der Arbeitsgruppen des Interdisziplinären Forums oder bei Ideen für weitere Themen kann per E-Mail an akberlin@meris-mer.de Kontakt mit dem Forum und seinen Ansprechpartnern aufgenommen werden.

Impressum

Redaktionsanschrift:

meris e. V.
c/o Interdisziplinäres Wissenschaftliches Zentrum
Medizin-Ethik-Recht
Juridicum, Raum 0.30
Universitätsplatz 5
06108 Halle (Saale)

zfmer@meris-mer.de
www.meris-mer.de/zfmer

Gestaltung:

Andreas Walker
Sven Wedlich

Druck:

RT Reprrotechnik.de GmbH
Prager Str. 13
04103 Leipzig

Schutzgebühr 8,- €

Redaktionsleitung:

Franziska Kelle
Dr. Andreas Walker
Sven Wedlich

Redaktion:

Helena Bebert
Dr. Adam Gasiorek-Wiens
Lysann Hennig
Dr. Kerstin Junghans
Romy Petzold
Martina Resch
Philipp Skarupinski

Gastautoren dieser Ausgabe:

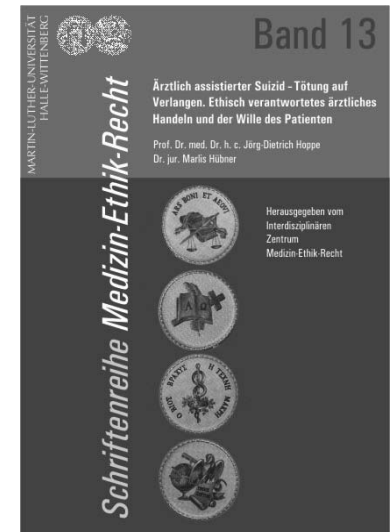
Marlen Asch
Prof. Dr. Thomas Eich
Stefanie Hahn
Dr. Marlis Hübner
Dr. Patrick Kellner
Beate Kienemund
Sebastian Müller
Dr. Mattias Schäfer
Prof. Dr. Stefan Schorch
PD Dr. Jens Soukup
Prof. Dr. Maximilian Stehr
Dr. Hikmet Ulus
Franziska Wagener

Die ZfMER erscheint zweimal im Jahr.
Thema des nächsten Heftes
Perspektiven im Gesundheitswesen
(Herbst 2013)

Alle in der Zeitschrift verwendeten Texte, Fotos und grafischen Gestaltungen sind urheberrechtlich geschützt. Jegliche Verwendung darf, auch auszugsweise, nur nach vorheriger schriftlicher Zustimmung des Herausgebers erfolgen. Eine kommerzielle Weitervermarktung des Inhalts dieser Zeitschrift ist untersagt.

Schriftenreihe Medizin-Ethik-Recht

herausgegeben vom
Interdisziplinären Wissenschaftlichen Zentrum
Medizin-Ethik-Recht



Diese wie auch alle anderen Bände der Schriftenreihe sind zu beziehen über <http://www.mer.uni-halle.de/schriftenreihe/>.