



HIV/AIDS ist eine der schlimmsten und beängstigendsten Gefahren, die die Menschheit bedrohen. Insbesondere im südlichen Afrika hat die Epidemie katastrophale Ausmaße angenommen.

Möglichkeiten, die Verbreitung der Krankheit effektiv einzudämmen, werden verzweifelt gesucht. Als UNAIDS und

WHO Ende März 2007 verkündeten, dass männliche Beschneidung das Infektionsrisiko um bis zu 60 % verringert, und Beschneidungsprogramme für die am schlimmsten betroffenen Regionen empfohlen, muss das für viele wie das langersehnte Wundermittel geklungen haben: Eine einmalige Maßnahme, verhältnismäßig kostengünstig, die keinerlei mühevoller Aufklärung und lebenslange Disziplin der Bevölkerung erfordert.

Doch bei genauer Betrachtung stellt sich dieses "bequeme" Wundermittel als gefährlicher Trugschluss heraus, der die Epidemie sogar verschlimmern könnte. phimose-info.de hat die Stellungnahme von Doctors Opposing Circumcision übersetzt, die sich mit den Problemen von "Beschneidung gegen HIV" intensiv auseinandersetzt.

Der Nutzen von männlicher Beschneidung zum Schutz vor HIV-Infektion



Eine Stellungnahme von
Doctors Opposing Circumcision

www.doctorsopposingcircumcision.org



*Übersetzt und veröffentlicht von www.phimose-info.de im April 2007 mit
freundlicher Genehmigung von Doctors Opposing Circumcision.*

Abbildungen und farbig unterlegter Text wurden von phimose-info.de ergänzt.

Einleitung. Es wurden eine Reihe übertriebener Behauptungen aufgestellt, dass männliche Beschneidung angeblich effektiv die Übertragung des Humanen Immundefizienz-Virus (HIV) von Frauen auf Männer verhindern könne. Diese Stellungnahme untersucht die Behauptungen und rückt sie in die richtige Perspektive.

Hintergrund. Die Theorie, dass männliche Beschneidung vor HIV-Infektion schützen könnte, wurde in Nordamerika erfunden und entwickelt. [Professor Valiere Alcena](#) hat nach eigenen Angaben die Theorie, dass das Entfernen der Vorhaut HIV-Übertragung verhindert, in einem Artikel¹ vom August 1986² als erster aufgebracht. Der verstorbene Arzt Aaron J. Fink, ein bekannter nordamerikanischer Beschneidungsbefürworter, unterstützte Alcenas Theorie in Briefen an medizinische Fachzeitschriften.³⁻⁵ Der nordamerikanische Arzt Gerald N. Weiss, der eine [Webseite](#) betreibt, auf der Beschneidung propagiert wird, und andere trugen durch einen Artikel zur Weiterentwicklung der Theorie bei. Er wurde 1993 in Israel veröffentlicht und identifiziert die Vorhaut als eine mögliche Eintrittspforte für HIV.⁶ Nordamerikanische Beschneidungsenthusiasten haben männliche Beschneidung weiterhin mit Meinungsbekundungen in medizinischen Fachzeitschriften gefördert.^{7,8} Stephen Moses, Daniel T. Halperin und Robert C. Bailey sind weitere bekannte nordamerikanische Befürworter von männlicher Beschneidung.^{8,9}

Die Unterstützer von "Beschneidung gegen HIV" sind langjährige, überzeugte Beschneidungsbefürworter.

Zahlreiche Beobachtungsstudien wurden in Afrika durchgeführt, doch das auf Beweisen basierende Cochrane Review (2003) fand keine ausreichenden Belege, um Beschneidungskampagnen zum Schutz vor HIV-Infektion zu empfehlen.¹⁰

Randomisierte, kontrollierte Studien. Nachdem Beobachtungsstudien keinen eindeutigen Schutzeffekt nachweisen konnten, erlangten Beschneidungsbefürworter Fördermittel vom Nationalen Gesundheitsinstitut der USA, um randomisierte, kontrollierte Studien (abgekürzt RCT für Randomized Controlled Trial) in Afrika durchzuführen. Seit der Veröffentlichung des Cochrane Reviews wurden drei RCTs zur Untersuchung der Wirksamkeit von männlicher Beschneidung für die Verringerung von HIV-Infektionsraten durchgeführt. Die Studien sollten herausfinden, ob Beschneidung eine effektive Maßnahme ist, um die Übertragung des Virus von der Frau auf den Mann zu verhindern. Einer der RCTs, unter der Aufsicht des französischen Beschneidungsbefürworters Bertran Auvert, wurde in Orange Farm in Südafrika durchgeführt;¹¹ ein RCT fand in Kenia unter der Aufsicht der nordamerikanischen Beschneidungsbefürworter Robert C. Bailey und Stephen Moses statt;¹² und der dritte RCT wurde in Uganda unter der Aufsicht des nordamerikanischen Beschneidungsbefürworters Ronald H. Gray durchgeführt.¹³ Dr. Auvert hat Beschneidung mindestens seit 2003 befürwortet.¹⁴ Professor Moses hat sich mindestens seit 1994 für Beschneidung ausgesprochen.⁹ Professor Bailey ist seit mindestens 1999 ein Beschneidungsbefürworter.⁸

Alle drei Studien ergaben, dass nicht beschnittene Männer sich schneller mit HIV anstecken als beschnittene Männer. Dies könnte daran liegen, dass die

beschnittenen Männer nach der Operation für eine Weile abstinenz leben mussten. Alle drei Studien wurden vorzeitig abgebrochen, bevor die Häufigkeit von HIV-Neuinfektionen bei den beschnittenen Männern die Häufigkeit von Neuinfektionen bei nicht beschnittenen Männern einholen konnte. Wenn die Studien über den gesamten geplanten Zeitraum durchgeführt worden wären, hätte es wahrscheinlich nur einen unbedeutenden Unterschied zwischen der beschnittenen und der nicht beschnittenen Gruppe gegeben. Mills & Siegfried weisen darauf hin, dass ein vorzeitiger Abbruch solcher Studien die Vorteile der Maßnahme überhöht.¹⁶

Alle drei Studien wurden vorzeitig abgebrochen, was das Ergebnis verfälscht.

Kulturelle Vorurteile. Wenn Beschneidung erforscht wird, müssen kulturelle Vorurteile in Betracht gezogen werden:

Beschneidungspraktiken werden weitgehend kulturell bestimmt. Daraus ergeben sich starke Überzeugungen und Meinungen rund um die Praktik. Es ist wichtig, zu beachten, dass die persönlichen Vorurteile der Wissenschaftler und die dominierende Beschneidungspraktik in ihren jeweiligen Herkunftsländern ihre Interpretation der Ergebnisse beeinflussen kann.¹⁰

Immer noch werden mehr als 50 Prozent der neugeborenen Jungen in Nordamerika nicht-therapeutischer Beschneidung unterzogen. Die kulturellen Vorurteile pro Beschneidung in Nordamerika sind wohlbekannt.¹⁷⁻²⁰ Sie können sowohl die Ärzte am Nationalen Gesundheitsinstitut als auch die Autoren der Studien beeinflusst haben. Die Ärzte, die diese Studien durchführen, weisen möglicherweise nicht die notwendigen Eigenschaften von Neutralität und Objektivität auf. Idealerweise sollten Wissenschaftler aus beschneidenden Kulturen, die selbst beschnitten sind, die Bewertung solcher Daten aus Befangenheit ablehnen.

Beschneidung hat nicht zu unterschätzende Komplikationsraten und negative Auswirkungen auf die Sexualität.

Risiken, Komplikationen und Nachteile. Die in den Studien dokumentierte Komplikationsrate von 1,7 Prozent erscheint unrealistisch niedrig. Williams & Kapila schätzten die Häufigkeit von Komplikationen auf 2-10 Prozent.²¹ In der Erhebung von Kim &

Pang berichteten nach einer Beschneidung 48 Prozent der Männer von verringerter Lust bei der Masturbation, 63 Prozent berichteten von erhöhten Schwierigkeiten bei der Masturbation und 20 Prozent empfanden eine Verschlechterung ihres Sexuallebens.²²

[Seit der Erstellung dieser Stellungnahme wurde eine weitere Studie veröffentlicht, die belegt, dass Beschneidung die fünf empfindsamsten Stellen des Penis entfernt und die sexuelle Sensitivität deutlich verringert.^a]

Effektivität. Beschneidung verhindert HIV-Infektion nicht. In der Studie von Auvert in Südafrika gab es 20 Neuinfektionen bei beschnittenen Männern.¹⁷ Die Studie in Kenia berichtete von 22 Neuinfektionen bei beschnittenen Männern. Brewer und Kollegen fanden höhere Raten von HIV-Infektion unter beschnittenen Jugendlichen, die noch keinen Geschlechtsverkehr hatten.²³ Die USA haben die höchste Rate von HIV-Infektionen und die höchste Rate von männlicher Beschneidung in der industrialisierten Welt. Es kann somit nicht vernünftigerweise davon ausgegangen werden, dass männliche Beschneidung HIV-Infektion verhindert.

Es gibt viele Übertragungspfade für HIV, u.a.:

- Übertragung von der Mutter auf das Kind,
- Transfusion von infiziertem Blut,²⁴
- unsterile Nadeln im Gesundheitswesen,²⁴
- Übertragung durch homo- und heterosexuellen Analverkehr,²⁵
- gemeinsame Verwendung von Nadeln bei Drogenmissbrauch,
- traditionelle afrikanische Skarifikationspraktiken (rituelle Narben),
- rituelle männliche Beschneidung,²³
- weibliche Beschneidung,²⁶
- heterosexuelle Übertragung vom Mann auf die Frau, und
- heterosexuelle Übertragung von der Frau auf den Mann.

HIV kann durch Beschneidung übertragen werden.

Beschneidung verhindert HIV-Infektion nicht. Sie schützt nur Männer, nicht die Frauen.

Männliche Beschneidung reduziert vermutlich nur das Übertragungsrisiko von der Frau auf den Mann, so dass der Gesamteinfluss auf die HIV-Epidemie in Afrika bestenfalls gering wäre. Das Risiko einer Übertragung vom Mann auf die Frau ist jedoch wesentlich höher als das Risiko einer Übertragung von der Frau auf den Mann. Männliche Beschneidung ist daher ein Mittel, das nur den zweitwichtigsten Übertragungspfad teilweise verhindert, auf Kosten des wichtigsten Übertragungspfad, so dass sie insgesamt kontraproduktiv wäre.

Es gibt keinen Hinweis darauf, dass männliche Beschneidung Frauen schützt. Die Viruslast ist der wichtigste Einflussfaktor für HIV-Übertragung.²⁷ Infektion mit Malaria erhöht die Viruslast und erhöht so die Ansteckungsgefahr.²⁸

Männliche Beschneidung würde die Viruslast und somit die Infektionsgefahr für die weiblichen Partner nicht verringern. Eine Studie hat allerdings gezeigt, dass weibliche Beschneidung Frauen schützt.²⁹

Weibliche Beschneidung schützt Frauen vor HIV – dennoch wäre das keine akzeptable Maßnahme.

Gebrauch von Kondomen. Kondome sind erwiesenermaßen ein effektives Mittel zum Schutz vor HIV-Übertragung.³⁰ Der Gebrauch von Kondomen ist zum Schutz nötig, ob der Mann beschnitten ist oder nicht.

Auswirkungen auf den Gebrauch von Kondomen. Männliche Beschneidung entfernt Nerven vom Penis³¹ und verursacht einen signifikanten Verlust von sexueller Sensitivität und Funktionalität.³² Aus diesem Grund zögern viele beschnittene Männer, Kondome zu verwenden. Ein Massenbeschneidungsprogramm könnte die Verwendung von Kondomen zurückdrängen und einen nachteiligen Effekt auf die HIV-Verhütung haben.

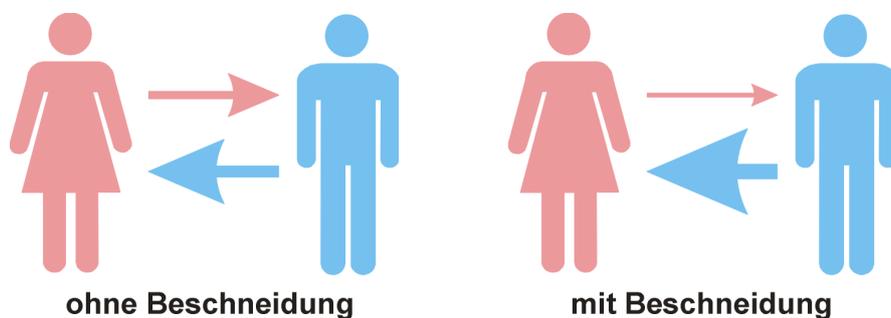


Auch beschnittene Männer **müssen** Kondome verwenden – tun das aufgrund der verringerten Sensitivität des Penis aber weniger gern als nicht beschnittene.

Abschürfungen in der Scheide. "Trockener Sex" wird in Afrika südlich der Sahara praktiziert.^{10.3} Frauen führen verschiedenste austrocknende Substanzen in ihre Scheide ein, um die Scheidenfeuchtigkeit aufzusaugen. Diese Praktik an sich kann Abschürfungen und Einrisse verursachen, die eine Eintrittspforte für das HI-Virus bieten.^{10.28} Auch männliche Beschneidung verringert die Scheidenfeuchtigkeit, schränkt den Rollmechanismus der Vorhaut ein und erhöht Reibung und Abschürfungen in der Scheide.³⁴ Wenn dies mit "trockenem Sex" kombiniert wird, ist zu erwarten, dass sich das HIV-

Männliche Beschneidung kann das Infektionsrisiko für Frauen **erhöhen.**

Ansteckungsrisiko für die Frau drastisch erhöht. Ein kürzlich veröffentlichter vorläufiger Bericht fand heraus, dass die Partnerinnen von beschnittenen Männern höhere HIV-Infektionsraten aufweisen.³⁵



Zu erwartende heterosexuelle HIV-Übertragungspfade ohne und mit männlicher Beschneidung. (Die Größe der Pfeile ist rein symbolisch.)

Bedeutung für die Industrieländer. Die afrikanischen Studien wurden in HIV-"Hot Spots" durchgeführt, wo die Infektionsraten in der Bevölkerung hoch sind und der wichtigste Übertragungspfad der heterosexuelle Geschlechtsverkehr ist. Sie sind nicht relevant für Industrieländer wie die USA, wo die Infektionsraten niedrig sind und homosexueller Analverkehr sowie gemeinsame Verwendung von Nadeln bei Drogenmissbrauch die dominierenden Übertragungspfade sind.³⁶

Beschneidung von Kindern. Die drei RCTs können nicht herangezogen werden, um nicht-therapeutische Beschneidung von Kindern zu rechtfertigen. Kinder haben keinen Geschlechtsverkehr und können somit nicht auf sexuellen Übertragungspfaden mit HIV infiziert werden. Sie sind jedoch gefährdet, verschiedene Beschneidungskomplikationen zu erleiden, inklusive Infektionen mit Krankheitserregern über die offene Beschneidungswunde, z.B. dem tödlichen CA-MRSA.^{37,38} Weitere Risiken sind schwere Blutungen, Verbluten und Tod,³⁹ verschiedene chirurgische Fehler, z.B. Harnröhrenfisteln,⁴⁰ Häutung des Penis,⁴¹ und Amputation der Eichel.⁴² Bis die heutigen Neugeborenen sexuell aktiv werden, wird vermutlich eine Impfung gegen HIV verfügbar sein. Daher ist Beschneidung von Kindern heute, um eine zukünftige HIV-Infektion zu verhindern, kontraindiziert.

Da Kinder keinen Sex haben, kann HIV-Schutz nicht als Rechtfertigung für die Beschneidung von Kindern dienen.

Die hohe Kindersterblichkeit in den afrikanischen Ländern, die von der HIV-Epidemie am schwersten betroffen sind, führt dazu, dass viele Kinder sterben werden, bevor sie sexuell aktiv werden. Dies würde den Schutzeffekt von Säuglingsbeschneidung weiter verringern. Die Zeit, der Aufwand und das Geld sollten besser in Gesundheitsmaßnahmen investiert werden, die ihr Leben und das ihrer Eltern erhält.

Da sie noch nicht mündig sind, können Kinder keine Zustimmung zu einer Operation geben. Dadurch ist jede nicht-therapeutische Beschneidung eines Kindes eine Menschenrechtsverletzung⁴³ und ethisch unangebracht.⁴⁴

Diskussion. Effektive Methoden, um HIV-Infektionen zu verringern, sind unter anderem Aufklärung und Verhaltensänderung.⁴⁵ Abstinenz vor der Ehe und Treue in der Ehe [sowie Verwendung von Kondomen, Anm. d. Übers.] bieten für Mann und Frau den größten Schutz vor einer Ansteckung mit HIV/AIDS.

Beschnittene Männer können sich **immer noch** mit HIV infizieren und ihre Partnerin damit anstecken.

Männer, die beschnitten wurden, können sich für immun gegen HIV halten und davon ausgehen, dass sie kein Risiko für ihre Partnerinnen darstellen. Das ist jedoch nicht der Fall. Beschnittene Männer können sich immer noch mit HIV infizieren und ihre nächste Partnerin damit anstecken.

Die in den Studien berichtete Komplikationsrate von 1,7 Prozent erscheint unrealistisch niedrig. Williams & Kapila schätzten die Häufigkeit von Komplikationen auf 2-10 Prozent.²¹ In der Erhebung von Kim & Pang berichteten nach einer Beschneidung 48 Prozent der Männer von verringerter Lust bei der Masturbation, 63 Prozent berichteten von erhöhten Schwierigkeiten bei der Masturbation und 20 Prozent empfanden eine Verschlechterung ihres Sexuallebens.³²

Die Autoren der RCTs propagieren seit langem Beschneidung.^{46,47} Van Howe und Kollegen argumentieren, dass ihre wahre Motivation die Einführung von universaler männlicher Beschneidung ist. Als Instrument für das Erreichen dieses Ziels verwenden sie die Angst vor HIV.⁴⁶ [Anm. d. Übers: U.a. zwecks Rechtfertigung der eigenen Beschneidung, siehe unter "Schlussfolgerung".]

Soziale Probleme. Die Einführung von männlicher Beschneidung in einer nicht beschneidenden Gesellschaft kann Probleme verursachen, z.B.:

- negative psychologische und sexuelle Auswirkungen durch die Reduktion und den Empfindungsverlust des Penis,⁴⁸
- verstärktes unsoziales Verhalten,⁴⁸
- Menschenrechtsverletzungen,⁴⁸
- Verletzung von Kinderschutzgesetzen,⁴⁸ und
- die Unfähigkeit, die männliche Beschneidungspraktik wieder zu beenden, wenn sie nicht mehr erforderlich ist.⁴⁸

Wenn das Experiment scheitert, wird das schwerwiegende gesundheitliche und politische Folgen haben.

Politik. Die HIV/AIDS-Epidemie ist in mehreren afrikanischen Ländern schwerwiegend. In manchen Regionen ist ein hoher Prozentsatz der Bevölkerung HIV-positiv. Das Gesundheitswesen steht unter hohem Druck, das Problem zu lösen. Die Verwendung von männlicher Beschneidung, um HIV-Infektion zu verhindern, ist wie das Greifen eines Ertrinkenden nach einem Strohhalm. Auch wenn männliche Beschneidung aus politischen Gründen vorgeschlagen werden wird, wird sie vermutlich kaum Auswirkungen auf die HIV-Infektionsrate der Gesamtbevölkerung haben und könnte später Probleme verursachen. Ntozi zufolge:

Es ist wichtig, dass während der Planung von Beschneidungsmaßnahmen mehrere Punkte sorgfältig bedacht werden. Wenn das Experiment misslingt, werden sich die Afrikaner vermutlich von den Wissenschaftlern, die Beschneidung empfohlen haben, missbraucht und ausgenutzt fühlen. In einer Weltregion, die sehr sensibel für koloniale Ausbeutung ist und die den Verdacht hegt, dass das Virus aus der biologischen Kriegsführung stammt, wird das Versagen von Beschneidung einen großen Aufruhr auslösen. Diejenigen, die jetzt Beschneidung empfehlen, sollten wissen, wie sie mit den politischen Verwicklungen umgehen.⁴⁹

Gegenbeweise. Sowohl die Öffentlichkeit als auch die medizinische Fachwelt müssen darauf achten, dass sie nicht von der übertriebenen Befürwortung von Beschneidung überwältigt werden und diese neuen Studien mit großer Vorsicht aufnehmen. Es gibt Gegenbeweise, dass männliche Beschneidung nicht so effektiv ist, wie die Befürworter behaupten. Eine Studie ergab, dass männliche Beschneidung keinen Schutzeffekt für Frauen hat⁵⁰ und eine andere Studie fand heraus, dass männliche Beschneidung das Infektionsrisiko für Frauen erhöht.⁵¹ Grosskurth fand mehr HIV-Infektionen bei beschnittenen Männern.⁵² Barongo *et al.* fanden keinen Beweis dafür, dass nicht beschnitten zu sein ein Risikofaktor für HIV-Infektion ist.⁵³ Eine Studie in Indien fand nur geringfügige Unterschiede zwischen beschnittenen und nicht-beschnittenen, verheirateten Männern.⁵⁴ Eine Studie, die in Südafrika durchgeführt wurde, fand nur einen *unbedeutenden* Schutzeffekt durch Beschneidung.⁵⁵ Eine Studie unter amerikanischem Marine-Personal ergab keinen Unterschied in der Häufigkeit von HIV-Infektionen bei beschnittenen und nicht beschnittenen Männern.⁵⁶

Die Beweislage ist bei Weitem nicht eindeutig genug, um Beschneidung als Schutzmaßnahme einzuführen.

[Neue Forschungsergebnisse aus den Niederlanden zeigen, dass die in den Schleimhäuten der menschlichen Genitalien – auch der inneren Vorhaut – vorkommenden Langerhans-Zellen das Protein Langerin produzieren, das HI-Viren zerstört. Langerhans-Zellen wurden früher als bevorzugte Eintrittspunkte das für HI-Virus angesehen, nun zeigt sich, dass sie, und damit die Vorhaut, eine erste Verteidigungslinie des Körpers sein könnten.^b]

Die Zukunft. Die Entwicklung eines Impfstoffes ist die größte Hoffnung für die Lösung der HIV-Epidemie.⁵⁷ Mehrere Teams von Wissenschaftlern arbeiten daran, Impfstoffe zu entwickeln, die HIV-Infektion verhindern, und andere Impfstoffe, um diejenigen zu behandeln, die bereits infiziert sind.⁵⁸ Die Tests der Phase II beginnen derzeit.⁵⁹ Die [Bill & Melinda Gates Foundation](#) hat 287 Millionen Dollar für 16 Forschergruppen gespendet, die an einem Impfstoff arbeiten.⁶⁰



Die große Hoffnung für die Zukunft ist nicht das Skalpell, sondern die Nadel. Impfstoffe rücken in greifbare Nähe!

Schlussfolgerung. Männliche Beschneidung ist eine hochemotionale Operation, die bei vielen Männern starke Gefühle auslöst,¹⁰ insbesondere jenen, die beschnitten wurden,⁶¹ wie das bei den meisten Nordamerikanern der Fall ist. Das mit der Operation einhergehende Trauma kann das Bedürfnis auslösen, das Trauma zu wiederholen oder neu zu inszenieren.⁶² Andere Männer haben möglicherweise das Bedürfnis, ihre eigene Beschneidung durch die Erzeugung von angeblichen Gesundheitsvorteilen zu rechtfertigen.⁶¹ Die medizinische Fachliteratur ist voll von angeblichen Schutzeffekten gegen verschiedene Krankheiten, z.B. Geschlechtskrankheiten,⁶³ männliche und weibliche Krebsarten und Harnwegsinfekte.⁶⁴ All diese Behauptungen wurden widerlegt.

Die RCTs, auf denen die derzeitigen Behauptungen basieren, wurden von Männern durchgeführt, die eine Vorgeschichte als Beschneidungsbefürworter haben. DOC hat nur wenig Vertrauen in solche Studien, insbesondere, da Gegenbeweise existieren.

Männliche Beschneidung erhöht möglicherweise das Übertragungsrisiko vom Mann auf die Frau, was der Reduktion des Übertragungsrisikos von der Frau auf den Mann entgegenwirkt. Ein vorläufiger Bericht bestätigt, dass das Infektionsrisiko für Frauen erhöht ist.⁶⁵

Ein Beschneidungsprogramm für Männer zu etablieren, ist von zweifelhaftem Nutzen. Es wird wichtige Ressourcen von Maßnahmen abziehen, deren Auswirkung auf die Epidemie erwiesen ist und es kann ein Gefühl von falscher Sicherheit in den Männern auslösen, die beschnitten wurden. Der Empfindungsverlust des Penis wird Männer vermutlich davon abhalten, Kondome zu verwenden. Ein Beschneidungsprogramm für Männer wird die Epidemie höchstwahrscheinlich verschlimmern.

Es werden bereits Rufe nach Beschneidung von Kindern laut, obwohl dies (selbst unter der Annahme, dass männliche Beschneidung tatsächlich effektiv für die Bekämpfung von HIV ist) nichts bewirkt, bevor das Kind sexuell aktiv wird. Die nicht-therapeutische Amputation von gesunden Körperteilen von nicht einwilligungsfähigen Kindern ist eine Menschenrechtsverletzung⁴³ und widerspricht der medizinischen Ethik.⁴⁴ Daher muss die wahre Motivation der Beschneidungsbefürworter in Frage gestellt werden.⁴⁶ Möglicherweise ist es nicht die Bekämpfung von HIV, sondern das Fortbestehen von routinemäßiger Säuglingsbeschneidung.

DOC glaubt, dass größere Betonung von Aufklärung, Verhaltensänderungen wie Abstinenz vor der Ehe, Treue in der Ehe, die Versorgung mit Kondomen, Behandlung von anderen Geschlechtskrankheiten, Behandlung von Genitalgeschwüren, Bekämpfung von Malaria und eine sichere Gesundheitsversorgung sehr viel bessere Chancen hat, zu positiven Ergebnissen zu führen. Die ultimative Antwort sind wahrscheinlich die Impfstoffe, die derzeit entwickelt werden.

Zusammenfassung

- die Beweislage ist widersprüchlich
- der Schutz gilt nur für heterosexuelle Männer
- das Infektionsrisiko für Frauen kann erhöht sein
- der Gebrauch von Kondomen wird vermutlich zurückgehen und Aufklärungskampagnen werden untergraben
- die für Beschneidung aufgewendeten Ressourcen fehlen für andere Maßnahmen (Aufklärung, Kondome, sichere Gesundheitsversorgung, Impfstoff, Malariabekämpfung)
- durch Beschneidung unter unhygienischen Bedingungen kann HIV übertragen werden und es sind hohe Komplikationsraten zu erwarten

→ **Ein Beschneidungsprogramm für Männer wird die HIV-Epidemie in Afrika höchstwahrscheinlich verschlimmern, mit katastrophalen gesundheitlichen und politischen Folgen.**

→ **Es ist unmöglich, in Afrika flächendeckend "sichere" Operationen zu garantieren. Es wird schwere Verstümmelungen und Todesopfer durch Beschneidung geben, insbesondere, wenn Säuglinge und Kinder Ziel der Kampagne werden.**

→ **Die derzeit in die Erforschung und Umsetzung von Beschneidung investierten Ressourcen sollten für andere, erwiesenermaßen erfolgreiche oder erfolgversprechendere Maßnahmen eingesetzt werden.**

→ **Beschneidung von Kindern kann nicht mit HIV-Schutz gerechtfertigt werden und in Industrieländern wie Deutschland macht Beschneidung zum Schutz vor HIV generell keinen Sinn.**

Literatur:

1. Alcena V. AIDS in third world countries. *N Y State J Med* 1986;86(8):446.
2. Alcena V. AIDS in third world countries. (letter) *PloS Med* 2006;October 16. [[Full Text](#)]
3. Fink AJ. A possible explanation for heterosexual male infection with AIDS [letter]. *N Engl J Med* 1986;315:1167.
4. Fink AJ. Newborn circumcision: a long-term strategy for AIDS prevention. *J R Soc Med* 1989;82(11):695.
5. Fink AJ. Newborn circumcision: a long-term strategy for AIDS prevention. *J R Soc Med* 1990;83(10):673.
6. Weiss GN, Sanders M, Westbrook KC. The distribution and density of Langerhans cells in the human prepuce: site of a diminished immune response? *Isr J Med Sci* 1993;29(1):42-3.

7. Cameron DW, Simonsen JN, D'Costa LJ *et al.* Female-to-male transmission of HIV-1: risk factors for seroconversion in men. *Lancet* 1989, ii:403-7.
8. Halperin DT, Bailey RC. Male circumcision and HIV infection: 10 years and counting. *Lancet* 1999;354(9192):1813-5.
9. Moses S., Plummer FA, Bradley, JE, Ndinya-Achola, JO, Nagelkerke NJ, and Ronald AR. The association between lack of male circumcision and risk for HIV infection: a review of the epidemiological data. *Sex Transm Dis* 1994;21:201-10.
10. Siegfried N, Muller M, Volmink J, Deeks J, Egger M, Low N, Weiss H, Walker S, Williamson P. Male circumcision for prevention of heterosexual acquisition of HIV in men (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2003. Oxford: Update Software. [[Full Text](#)]
11. Auvert B, Taljaard D, Lagarde E, Sobngwi-Tambekou J, Sitta R, *et al.* (2005) Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: The ANRS 1265 trial. *PLoS Med* 2:e298. [[Full Text](#)]
12. Bailey RC, Moses S, Parker CB, *et al.* Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007;369:643-56.
13. Gray RH, Kigozi G, Serwadda D, *et al.* Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. *Lancet* 2007;369:557-66.
14. Rain-Taljaard RC, Lagarde E, Taljaard DJ, Campbell C, MacPhail C, Williams B, Auvert B. Potential for an intervention based on male circumcision in a South African town with high levels of HIV infection. *Aids Care* 2003;15(3):315-27. [[PubMed](#)]
15. Moses S, Bailey RC, Ronald AR. Male circumcision: assessment of health benefits and risks. *Sex Transm Infect* 1998;74(5):368-73.
16. Mills J, Siegfried N. Cautious optimism for new HIV prevention strategies. *Lancet* 2006;368:1236.
17. Paige KE. The ritual of circumcision. *Human Nature* 1978;1(5):40-8. [[Full Text](#)]
18. Riner R. Circumcision: a riddle of american culture. Presented at the First International Symposium on Circumcision, Anaheim, California, March 1-2, 1989. [[Full Text](#)]
19. Miller GP. Circumcision: cultural-legal analysis. 9 *Va. J. Social Policy & the Law* 2002;9:497-585. [[Full Text](#)]
20. Waldeck SE. Using male circumcision to understand social norms as multipliers. *University of Cincinnati L Rev* 2003;72:455-526. [[Full Text](#)]
21. Williams N, Kapila L. Complications of circumcision. *Brit J Surg* 1993;80:1231-6. [[Full Text](#)]
22. Kim D, Pang M. The effect of male circumcision on sexuality. *BJU Int* 2006 Published on line ahead of print. doi: 10.1111/j.1464-410X.2006.06646.x [[Abstract](#)]
23. Brewer DD, Potterat JJ, Roberts Jr JM. Male and female circumcision associated with prevalent HIV infection in virgins and adolescents in Kenya, Lesotho, and Tanzania. *Ann Epidemiol* 2007;17:217-26. [[Abstract](#)]
24. Brewer DD, Brody S, Drucker E, *et al.* Mounting anomalies in the epidemiology of HIV in Africa: cry the beloved paradigm. *Int J STD AIDS* 2003;14:144-147. [[Full Text](#)]
25. Grulich, AE, Hendry O, Clark E, *et al.* Circumcision and male-to-male sexual transmission of HIV. *AIDS* 2001; 15(9):1188-9. [[Full Text](#)]
26. Brady M. Female genital mutilation: complications and risk of HIV transmission. *Aids Patient Care STDS* 1999;13(12):709-16. [[Full Text](#)]
27. Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N, *al.*, for the Rakai Project Study Group. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *N Engl J Med* 2000;1342:921-29. [[Abstract](#)]
28. Abu-Raddad LJ, Patnaik P, Kublin JG. Dual infection with HIV and Malaria fuels the spread of both diseases in sub-Saharan Africa. *Science* 2006;314(5805):1603-6. [[Abstract](#)]
29. Stallings RY, Karugendo E. Female circumcision and HIV infection in Tanzania: for better or for worse? Presented at the Third Annual International Aids Society

- Conference on HIV Pathogenesis and Treatment, Rio de Janeiro, 24-27 July 2005. [[Abstract](#)]
30. De Vincenzi I. A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners. *N Engl J Med* 1994;331(6):341-6. [[Abstract](#)]
 31. Taylor JR, Lockwood AP, Taylor AJ. The prepuce: specialized mucosa of the penis and its loss to circumcision. *Br J Urol* 1996;77:291-5. [[Full Text](#)]
 32. Kim D, Pang M. The effect of male circumcision on sexuality. *BJU Int* 2006 Published on line ahead of print. doi: 10.1111/j.1464-410X.2006.06646.x [[Abstract](#)]
 33. Baleta A. Concern voiced over "dry sex" practices in South Africa. *Lancet* 1998;352:1292. [[Full Text](#)]
 34. Warren J, Bigelow J. The case against circumcision. *Br J Sex Med* 1994; Sept/Oct: 6-8. [[Full Text](#)]
 35. Circumcision protects men from AIDS but might increase risk to women, early results suggest. *International Herald Tribune*, Tuesday, 6 March 2007. [[Full Text](#)]
 36. Centers for Disease Control and Prevention. *CDC HIV/AIDS Science Facts: Male Circumcision and Risk of HIV Infection: Implications for the United States*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention. August 23, 2006. (PDF) [[Full Text](#)]
 37. Bratu S, Eramo A, Kopec R, Coughlin E, Ghitan M, Yost R, *et al*. Community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in hospital nursery and maternity units. *Emerg Infect Dis* 2005; Jun. Available from <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol11no06/04-0885.htm> [[Full Text](#)]
 38. *Epidemic Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus: Dramatically Increased Risk for Circumcised Newborn Boys*. Seattle: Doctors Opposing Circumcision, 2005. [[Full Text](#)]
 39. Newell TEC. *Judgement of inquiry into the death of McWillis, Ryleigh Roman Bryan*. Burnaby, B.C.: British Columbia Coroner's Service, Monday, 19 January 2004. [[Full Text](#)]
 40. Limaye RD, Hancock RA. Penile urethral fistula as a complication of circumcision. *J Pediatr* 1968; 72(1):105-6. [[Full Text](#)]
 41. Sotolongo JR, Hoffman S, Gribetz ME. Penile denudation injuries after circumcision. *J Urol* 1985;133:102-3. [[Full Text](#)]
 42. Gluckman GR, Stoller ML, Jacobs MM, Kogan BA. Newborn penile glans amputation during circumcision and successful reattachment. *J Urol* 1995 133(3) Part 1 :778-779. [[Full Text](#)]
 43. *International Human Rights Law and the Circumcision of Children*. Seattle: Doctors Opposing Circumcision, 2006. [[Full Text](#)]
 44. *Medical Ethics and the Circumcision of Children*. Seattle: Doctors Opposing Circumcision, 2006. [[Full Text](#)]
 45. Moore DM, Hogg RS. Trends in antenatal human immunodeficiency virus prevalence in Western Kenya and Eastern Uganda: evidence of differences in health policies? *Int J Epidemiol* 2004;33(3):542-8. [[Full Text](#)]
 46. Van Howe RS, Svoboda JS, Hodges FM. HIV Infection and circumcision: cutting through the hyperbole. *J R Soc Health* 2005;125(6):259-65. [[Full Text](#)]
 47. Garenne M. Male circumcision and HIV control in Africa. *PLoS Med* 2006;3(1):e78. [[Full Text](#)]
 48. Boyle GJ. Issues associated with the introduction of circumcision into a non-circumcising society. *Sex Trans Inf* 2003;79:427-8. [[Full Text](#)]
 49. Ntozi JPM. Using circumcision to prevent HIV infection in sub-Saharan Africa: the view of an African. In: *Health Transit Rev* (Australia) 1997; 7 Supplement: 97-100. [[Full Text](#)]
 50. Carael M, Van de Perre PH, Lepage PH, *et al*. Human immunodeficiency virus transmission among heterosexual couples in Central Africa. *AIDS* 1988;2(3):201-5. [[PubMed](#)]
 51. Chao A, Bulterys M, Musanganire F, *et al*. Risk factors associated with prevalent HIV-1 infection among pregnant women in Rwanda. National University of Rwanda-

- Johns Hopkins University AIDS Research Team. *Int J Epidemiol* 1994; 23(2):371-80. [[Abstract](#)]
52. Grosskurth H, Mosha F, Todd J, *et al.* A community trial of the impact of improved sexually transmitted disease treatment on the HIV epidemic in rural Tanzania: 2. Baseline survey results. *AIDS* 1995;9(8):927-34. [[PubMed](#)]
 53. Barongo LR, Borgdorff MW, Mosha FF, *et al.* The epidemiology of HIV-1 infection in urban areas, roadside settlements and rural villages in Mwanza Region, Tanzania. *AIDS* 1992;6(12):1521-8. [[PubMed](#)]
 54. Changedia SM, Gilada IS. Role of male circumcision in HIV transmission insignificant in conjugal relationship (abstract no. ThPeC7420). Presented at the Fourteenth International AIDS Conference, Barcelona, Spain, July 7-12, 2002. [[Abstract](#)]
 55. Connolly CA, Shishana O, Simbayi L, Colvin M. HIV and circumcision in South Africa (Abstract No. MoPeC3491). Presented at the 15th International AIDS Conference, Bangkok, Thailand, July 11-16, 2004. [[Abstract](#)]
 56. Thomas AG, Bakhireva LN, Brodine SK, Shaffer RA. Prevalence of male circumcision and its association with HIV and sexually transmitted infections in a U.S. navy population (Abstract no. TuPeC4861). Presented at the 15th International AIDS Conference, Bangkok, Thailand, July 11-16, 2004. [[Abstract](#)]
 57. Singh V. No vaccine against HIV – are we not perfectly equipped? *Viol J* 2006;3:60. [[Full Text](#)].
 58. Spearman P. Current progress in the development of HIV vaccines. *Curr Pharm Des* 2006;12(9):1147-67. [[PubMed](#)]
 59. Ahmad K. New HIV/AIDS vaccine enters phase II trials. *Lancet Infect Dis* 2005;5(3):138.
 60. Gates Foundation pledges \$287M For HIV vaccine research. *Medical News Today*, 24 July 2006; [[Full Text](#)]
 61. Goldman R. The psychological impact of circumcision. *BJU Int* 1999;83 Suppl. 1:93-103. [[Full Text](#)]
 62. van der Kolk BA. The compulsion to repeat the trauma: re-enactment, revictimization, and masochism. *Psychiatr Clin North Am* 1989;12(2):389-411. [[Full Text](#)]
 63. Darby RJL. *A Surgical Temptation: The Demonization of the Foreskin and the Rise of Circumcision in Britain*. Chicago: University of Chicago Press, 2005: pp. 260-84. (ISBN 0-226-13645-0)
 64. Glick LB. *Marked in Your Flesh: Circumcision from Ancient Judea to Modern America*. New York: Oxford University Press, 2005: pp. 179-214. (ISBN 0-19-517674-X)
 65. Anonymous. Circumcision protects men from AIDS but might increase risk to women, early results suggest. *International Herald Tribune*, Tuesday, 6 March 2007. [[Full Text](#)]

Doctors Opposing Circumcision
www.doctorsopposingcircumcision.org

Suite 42
 2442 NW Market Street
 Seattle, Washington 98107-4137
 USA

Dezember 2006, überarbeitet im März 2007

- a) Sorrells ML, Snyder JL, Reiss MD, Eden C, Milos MF, Wilcox N, Van Howe RS: Fine-touch pressure thresholds in the adult penis. *BJU International* 2007;99(4):864-9 [[Full Text](#)] siehe auch [der Artikel von phimose-info.de](http://der.Artikel.von.phimose-info.de)
- b) de Witte L, Nabatov A, Pion M, Fluitsma S, de Jong MAWP, de Guijl T, Piguet V, van Kooyk Y, Geijtenbeek TBH: Langerin is a natural barrier to HIV-1 transmission by Langerhans cells. *Nature Medicine* 2007;13:367-71. [[Abstract](#)]