

Kritische Betrachtungen zum Leserbrief von Prof. Bernhard Roth in der Anästhesie & Intensivmedizin 2014;55:31-33

Bedauerlicherweise sind die im o.g. Leserbrief angeführten Literaturverweise zum größten Teil ungeeignet, die abgeleiteten Schlußfolgerungen zu ziehen. Roths Darstellungen zur Durchführung der Brit Mila sind so ungenau, daß eine breitere Fachdiskussion innerhalb der Anästhesie, aber auch mit den Fachkollegen aus Kinderchirurgie und Urologie unumgänglich wäre, um Zweifel an der gesetzlich vorgeschriebenen Einhaltung der „Regeln der ärztlichen Kunst“ bei der Brit Mila auszuräumen.

Roths Empfehlungen könnten ansonsten – wie auch die öffentlichen Stellungnahmen der Kollegen Graf und Latasch vor dem Rechtsausschuß und dem Deutschen Ethikrat – verwendet werden, um die bisher geübte Durchführung der Brit Mila ohne hinreichende Schmerzfreiheit und mit nicht standardisierter OP-Technik weiterhin in Deutschland zu praktizieren.

Die Anforderungen des § 1631d BGB

Die Begründung des Gesetzgebers zum § 1631d BGB fordert eine Durchführung des Eingriffes nach den „Regeln der ärztlichen Kunst“. Dies beinhaltet (wörtlich aus dem Begründungstext):

Die effektive Schmerzbehandlung

„Da es sich bei der Beschneidung der männlichen Vorhaut um einen Schmerzen verursachenden Eingriff in die körperliche Unversehrtheit handelt, ist als weitere Voraussetzung für die Berechtigung der Eltern zur Einwilligung eine effektive Schmerzbehandlung zu fordern. ... , denn diese Regeln gebieten eine im Einzelfall angemessene und wirkungsvolle Betäubung und grundsätzlich eine für den Patienten möglichst schonende Durchführung der Beschneidung.“

Die fachgerechte Durchführung

„Zentral und unabdingbar für die Berechtigung der Eltern zur Einwilligung ist, dass die Beschneidung des männlichen Kindes fachgerecht durchgeführt werden soll. ... Zur Rechtfertigung eines jeden medizinischen Eingriffs in die körperliche Unversehrtheit ist es erforderlich, dass bei seiner Durchführung die den aktuellen Erkenntnissen entsprechenden ärztlichen Standards eingehalten werden.“

Die umfassende Aufklärung

„Dem Erfordernis einer umfassenden Aufklärung der Eltern als Wirksamkeitsvoraussetzung für deren Einwilligung in eine Beschneidung des männlichen Kindes ... trägt bereits das geltende Recht Rechnung, ohne dass es insoweit zusätzlich einer ausdrücklichen Regelung bedarf. Denn bereits nach geltender Rechtslage setzt die rechtfertigende Einwilligung in einen nicht medizinisch indizierten Eingriff in die körperliche Unversehrtheit zwingend eine ordnungsgemäße und besonders umfassende Aufklärung des Rechtsgutsinhabers bzw. seines gesetzlichen Vertreters voraus.“

Die effektive Schmerzbehandlung

Glucose-NNS, Facilitated Tucking und EMLA

In meiner Stellungnahme zum Artikel von Kaufmann *et al.* habe ich anhand der Studien von Slater *et al.* und Ledowski/Wenk ausgeführt, daß die „Prävention und Modulation einer **Schmerzreaktion**“ nicht gleichbedeutend mit „Prävention und Modulation von **Schmerz**“ ist.

Für Studien an der besonders vulnerablen Patientengruppe der Neugeborenen und Säuglinge, die sich noch nicht verbal verständlich äußern können, sind die Regelungen der Deklaration von Helsinki¹ und damit spezielle Meßmethoden zugrunde zu legen, die die Schmerzfreiheit zweifelsfrei belegen.

Zudem wäre eine solche Studie an einer unabhängigen Einrichtung durchzuführen und von einer unabhängigen Ethikkommission zu genehmigen. Die in den von Roth herangezogenen Studien durchgeführten Beurteilungen von Gesichtsgrimassieren, Schreiquantitäten und vegetativen Parametern genügen den Forderungen der Deklaration von Helsinki nach dem heutigen Stand der Forschung bei weitem nicht. Noch befremdlicher ist es, daß Roth auf der Grundlage dieser unzureichenden Belege einer wirkungsvollen Schmerzbekämpfung durch Glucose-NNS sogar eine Wirkung bei einem operativen Eingriff an der Vorhaut des Neugeborenen mutmaßt. Dafür gibt es keinen einzigen wissenschaftlichen Beleg. Seine Literaturhinweise sind dafür sämtlich untauglich.

Dies gilt auch für die beiden Arbeiten, die Latasch in seinem Vortrag am 23. August 2012 im Deutschen Ethikrat beigebracht hat:

- Die Studie „Efficacy of sweet solutions for analgesia in infants between 1 and 12 months of age“ bezieht sich — wie bereits der Titel ausweist — nicht auf Neugeborene². Ausschließlich der Schmerz einer Impfung war Grundlage der Messungen, andere schmerzhaftere Prozeduren wurden explizit ausgeschlossen. Über den unzureichenden Effekt der Zuckerlösung sagt bereits der folgende Satz alles: „Pain reduction was primarily evident in the period immediately following completion of the procedure, rather than during the procedure.“ Bereits bei etwas schmerzhafteren Prozeduren wie dem Legen von Blasenkathetern oder Venenpunktionen blieb ein auch nur geringfügiger Effekt der Zuckerlösungspräparation der Kinder vollständig aus.
- Untersuchungspopulation der Studie „Breast Milk and Glucose for Pain Relief in Preterm Infants“³ waren Frühgeborene der 34. – 36. Schwangerschaftswoche, also ebenfalls keine reifen Neugeborenen. Beginn der Datenerhebung war erst 30 Sekunden nach erfolgter Fersenblutabnahme. Eine Brit Mila war auch in dieser Studie nicht Gegenstand der Untersuchung. Meßgrößen waren so objektive Größen wie „Schreibeginn“ und „prozentuale Abweichung der Schreidauer“ von Muttermilch gegen Zuckerlösung, wobei die Wirkung von Zuckerlösung schlicht vorausgesetzt und nicht bewiesen wurde.

Konträr zu den Behauptungen von Latasch und Roth bezieht die Übersichtsarbeit "Pain relief for neonatal circumcision" von Barbara Fryer-Brady (Cochrane Database, 2009) zur Wirksamkeit solcher Betäubungsversuche bei der Brit Mila klar Position: "Trials of oral acetaminophen, sugar solutions, pacifiers, music, and other environmental modifications to reduce circumcision pain did not prove them effective."

Zur wenig differenzierten Kritik Roths an den Arbeiten von Rebeccah Slater ist zunächst zu sagen, daß diese nicht nur „eine breite Rezeption in den Medien“ fanden, sondern auch in der Fachwelt umfänglich diskutiert wurden. Slaters Authors' reply⁴ faßt die Kritikpunkte zusammen und stellt ihre Intention in den Vordergrund, die Schmerzen bei Neugeborenen und die Wirkung von Schmerzen auf deren Gesundheit und Entwicklung intensiver zu erforschen, -- anstatt dem blinden Glauben anzuhängen, scheinbar wirksame („etablierte“) Verfahren seien hilfreich. Slater widerlegt in ihrer Antwort auch Roths Behauptung, ihre Beobachtungsbedingungen seien nicht spezifisch für nozizeptive Stimuli.

Nach den von Roth angeführten tierexperimentellen Literaturbelegen zur Begründung einer Wirkung des Glucose-NNS könnte allenfalls die **Schmerzverarbeitung und die schmerzhemmenden Bahnen** durch die Methode beeinflusst werden. Während Schmerzempfindung und Schmerzerleben beim Neugeborenen vollständig ausgebildet sind, sind aber gerade die Schmerzverarbeitung und die

schmerzhemmenden Bahnen in diesem Lebensabschnitt noch nicht entwickelt⁵, so daß sie auch nicht sicher beeinflussbar sein können. Auch die tierexperimentellen Hinweise auf eine Beteiligung von „Opioid-Pathways“ als Erklärungsmodell der Wirkung des Glukose-NNS sind angesichts der Besonderheiten der Opiatrezeptoren in der Neugeborenen- und frühen Säuglingsphase sehr kritisch zu betrachten⁶. Es verwundert überdies, daß Roth behauptet, das nur gering effektive Facilitated Tucking sei „im Ritual der Brit Milah in gewissem Sinne bereits enthalten“⁷. Das Früh- oder Neugeborene wird bei dieser Methode in einer embryonalen Haltung eingerollt gehalten, die einen Zugang zum OP-Gebiet für einen Vorhauteingriff ausschließt.

Die Arbeit von Taddio *et al.* aus dem Jahre 1997⁸ als „Schlüssel-Publikation“ zur Anwendung von EMLA auszuweisen, kann sich allenfalls darauf beziehen, daß die Herstellerfirma sie als Schlüssel für die Vermarktung von EMLA bei der Brit Mila und den Unbedenklichkeitshinweis in der Fach- und Gebrauchsinformation fünfzehn Jahre lang verwenden konnte. Dem hat die Beurteilung der CMDh-Gruppe bei der EMA mit der Bewertung dieser Anwendung als „ethisch inakzeptabel“ ein Ende gesetzt.

Der Artikel „Neonatal Pain Relief and the Helsinki Declaration“ aus dem Jahre 2008⁹ analysiert die von der Herstellerfirma gesponserte Promotions-Arbeit von Taddio *et al.* umfassend. Van Howe schreibt bereits 1998 im Anästhesiekapitel des Buches „Male and Female Circumcision – Medical, Legal and Ethical Considerations in Pediatric Practice“: „A careful reading of the Taddio study should have exposed its obvious weakness and exposed the inefficacy of EMLA, ...“. Taddios Arbeit erfolgte placebokontrolliert, so daß die Neugeborenen der Kontrollgruppe in ethisch inakzeptabler Weise sogar ohne jegliche analgetische Maßnahme zirkumzidiert wurden.

Die Deklaration von Helsinki sagt zu einem solchen Studiendesign unter Punkt 32¹:

„Nutzen, Risiken, Belastungen und die Wirksamkeit einer neuen Maßnahme muss mit denjenigen der gegenwärtig besten erwiesenen Maßnahme verglichen werden, außer unter folgenden Umständen:

- Die Verwendung eines Placebos oder die Nichtbehandlung ist bei Studien akzeptabel, wenn keine gegenwärtig erwiesene Maßnahme existiert, oder
- wenn die Verwendung eines Placebos aus zwingenden und wissenschaftlich fundierten methodischen Gründen notwendig ist, um die Wirksamkeit oder Sicherheit einer Maßnahme festzustellen, und wenn die Patienten, die ein Placebo oder keine Behandlung erhalten, keinem Risiko eines ernsten oder irreversiblen Schadens ausgesetzt werden. Mit großer Sorgfalt muss ein Missbrauch dieser Option vermieden werden.“

In jedem anderen Kindesalter wird in Deutschland für eine medizinisch indizierte Zirkumzision eine Allgemeinanästhesie durchgeführt. Die Allgemeinanästhesie birgt im Neugeborenenalter ein hohes Risiko. Daraus kann aber nicht abgeleitet werden, andere potentiell schmerzwirksame Methoden bei der Brit Mila nicht mit der Wirkung der Allgemeinanästhesie zu vergleichen.

Die Zeitfenster mußten von Taddio trotz des placebokontrollierten Designs in ihrer Promotionsarbeit in wissenschaftlich unseriöser Weise beschnitten werden, um eine wenigstens geringfügige Wirkung von EMLA zu belegen. Eine Cortisolbestimmung erfolgte nicht. Die Obergrenze des kritischen Methämoglobinspiegels wurde willkürlich definiert. Der Schmerz bei der Lösung der Präputialadhäsionen wird von EMLA nicht erreicht.

Latasch zitierte in seinem Vortrag vor dem Ethikrat am 23. August 2012 eine weitere Arbeit von Taddio¹⁰. Der Fokus dieses Artikels liegt auf den Spätfolgen einer Brit Mila ohne Anästhesie, die die Autoren als so gravierend bewerten, daß sie sogar ein durch die Brit Mila ohne Anästhesie ausgelöstes posttraumatisches Streßsyndrom postulieren. Bedauernd stellen sie außerdem fest: „In addition, vaccination pain measured by facial action and cry duration did not differ significantly between infants circumcised with or without Emla.“ Dem ist nichts weiter hinzuzufügen.

Die fachgerechte Durchführung

Fragen zur OP-Technik der Brit Mila

Die Schnitterentfernung der Vorhaut eines Neugeborenen nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfordert nach meinen Kenntnissen – neben einem sterilen Vorgehen und einer effektiven Anästhesie – aus anatomischen und entwicklungsphysiologischen Gründen:

- Die Lösung der Präputialadhäsionen
- Den Schnitt, der die Vorhaut abtrennt
- Die Blutstillung und Wundnaht
- Die postoperative Schmerztherapie

Die Lösung von Präputialadhäsionen bei Kindern ist ein äußerst schmerzhafter Vorgang. Ein Anästhesist wird insbesondere dann für die Durchführung einer Allgemeinanästhesie hinzugezogen, wenn es sich um ausgeprägte Verklebungen handelt, wie sie bei Neugeborenen jeder Religionszugehörigkeit beinahe immer vorhanden sind.

Im Widerspruch zur Darstellung von Roth, es werde bei der Brit Mila keine Vorhautklemme verwendet, stehen die Ausführungen von Latasch am 23. August 2012 vor dem Deutschen Ethikrat¹¹, der die Anwendung einer Klemme beschreibt (Präsentation und Audioprotokoll). Die Vorhautverklebungen sind bei Latasch bereits im Vorfeld per Knopfsonde gelöst worden. Kramer beschreibt am 26. November 2012 im Rechtsausschuß des Deutschen Bundestages¹² ebenfalls die Verwendung einer Klemme und nach dem Schnitt eine "Längsöffnung" des noch verklebten Vorhautteils, dessen Verklebung sich dann – so behauptet er – „leicht lösen“ lasse.

Ein standardisiertes Vorgehen scheint somit nicht zu bestehen, obwohl dies in der von Roth zitierten Arbeit von Rosen *et al.* behauptet wird: „The technique of circumcision is prescribed.“ Informationen zur Art des angeblich vorgeschriebenen Vorgehens liefern beide von Roth zitierten Literaturhinweise zur Brit Mila nicht⁷. Roth selbst erwähnt nur indifferent ein „anderes Vorgehen“ bei der Brit Mila und daß die „gesamte Prozedur nur 1-2 Minuten“ dauere. Die zur Entfernung der Vorhaut notwendige Lösung von Präputialadhäsionen thematisiert er überhaupt nicht.

Dennoch führt Roth in seiner Stellungnahme aus, daß die kinderchirurgisch-urologische Zirkumzision („medizinische“ Zirkumzision) „im Gegensatz“ zur Brit Mila zwischen 10 und 30 Minuten dauere und „unbestritten eine optimale medikamentöse Anästhesie und Analgesie“ verlange. „Alles andere ist nicht vertretbar.“ Es besteht also eindeutig Klärungsbedarf, auf welcher wissenschaftlichen Basis die von den Kinderchirurgen und Urologen zusätzlich vorgenommenen OP-Schritte, insbesondere Blutstillung und Wundnaht, bei der Brit Mila nicht durchgeführt werden. Zur Anästhesie einer Zirkumzision gibt es bereits jetzt eine klare Stellungnahme in der aktuellen S1-Leitlinie Phimose und Paraphimose 8/2013 der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie: „Die Operation erfolgt in Allgemeinanästhesie, ergänzt durch eine Leitungsanästhesie (Penis-, alternativ Kaudalblock).“

Informationen zur Blutstillung und Wundnaht gibt es von Graf (Stellungnahme ebenfalls vor dem Rechtsausschuß des Deutschen Bundestages am 26. November 2012¹²). Im jüdischen Krankenhaus Berlin wird über das erhöhte Nachblutungsrisiko bei Neugeborenen nach Grafs Angaben aufgeklärt: „Bei den neugeborenen Beschnittenen im Jüdischen Krankenhaus wurden insgesamt im postoperativen Fenster von 0 – 30 Tagen 11 Nachblutungen beobachtet. Ein Teil musste operativ mit Naht versehen werden. ... Im Vergleich hierzu zeigten sich bei den älteren Jungen insgesamt deutlich weniger Nachblutungen, da hier unter Narkose eine komplette Nahttechnik zur Adaption des äußeren und inneren Blattes unter sorgfältiger Blutstillung verwendet wird.“

Dem Nicht-Chirurgen drängt sich die Frage auf, warum dem erwiesenermaßen höheren Nachblutungsrisiko der Neugeborenen nicht dadurch begegnet wird, daß sie mit derselben Blutstillungs- und Nahttechnik versorgt werden wie die älteren Jungen? Im Zeitalter der mikrochirurgischen Instrumente und Operationsmikroskope gibt es keine Rechtfertigung, den bei kinderchirurgisch-urologischen Zirkumzisionen angewandten etablierten Standard zu unterschreiten. Wenn bekannt ist, daß ein Unterlassen der Blutstillung und Nahtadaptation mit einem erhöhten Nachblutungsrisiko verbunden ist, findet das statt, was juristisch als „beabsichtigtes Unterschreiten des etablierten Standards“ bezeichnet wird. Roth lenkt von der Tatsache ab, daß dadurch die Erfüllung der im § 1631d SGB geforderten „Regeln der ärztlichen Kunst“ in Frage gestellt wird, indem er den Begriff in Anführungszeichen setzt. Seine Formulierung „*Medizinische Beschneidung*“ versucht, den Sachverhalt dahingehend umzukehren, daß das etablierte urologisch-kinderchirurgische Standardverfahren zur Zirkumzision zur Besonderheit stilisiert wird.

Die Kenntnis der unzureichenden Wirkung von Glucose-NNS und EMLA läßt die Antwort auf die Frage mutmaßen, warum dem erwiesenermaßen höheren Nachblutungsrisiko der Neugeborenen nicht dadurch begegnet wird, daß sie mit derselben Blutstillungs- und Nahttechnik versorgt werden wie die älteren Jungen: Weil die Alibi-Anästhesie-Illusionen Glucose-NNS und EMLA für eine *lege artis* durchgeführte Blutstillung und Wundnaht nicht ausreichen. Konkret: Die Neugeborenen würden bei jeder Koagulation und bei jedem Nahtstich schreien. Weder den Eltern noch der die Zeremonie begleitenden Gemeinde wäre dann noch zu vermitteln, daß hier eine wirksame Anästhesie stattfindet.

Roth selbst schreibt in seiner Stellungnahme: „In der Tat, EMLA ist als analgetische Maßnahme im Rahmen der „medizinischen“ Zirkumzision ungeeignet, ...“

Zur postoperativen Schmerztherapie finden sich bei Graf ebenfalls Informationen. Im Jüdischen Krankenhaus Berlin wird eine „postoperative(n) EMLA-Auftragung zur lokalen Schmerzbekämpfung“ durchgeführt¹². Die Grenzen eines Off-label-use werden mit einem solchen Vorgehen in mehrfacher Hinsicht überschritten. Es findet eine deutliche Unterschreitung des vorgeschriebenen Dosierungsintervalles von acht Stunden bei Neugeborenen statt. Bereits für eine 40%ige Überschreitung der zulässigen Höchstdosis bei Neugeborenen ist ein Methämoglobinspiegel von 16% beschrieben¹³. Eine Applikation von EMLA auf eine offene Wunde ist bei Kindern gleichfalls obsolet und muß schon per se zu erhöhten Resorptionsraten der Lokalanästhetika führen.

Zur Unwirksamkeit von Paracetamol zur Beseitigung eines Operationsschmerzes, aber auch für eine suffiziente postoperative Schmerztherapie nach Zirkumzision, sagt der Übersichtsartikel „Perioperative Schmerztherapie bei Frühgeborenen, Säuglingen und Kleinkindern“⁶: „Aufgrund der geringen Wirksamkeit, der langen Anschlagzeit, einer in der Klinik oft stattfindenden Unterdosierung und den möglichen Nebenwirkungen erscheint Paracetamol kaum sinnvoll für eine Verwendung zur Akutschmerztherapie.“ – siehe auch die Empfehlungen des Arbeitskreises Kinderanästhesie der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin¹⁴. Auch der bei einer *lege artis* durchgeführten Zirkumzision während der Narkose gelegte Peniswurzelblock hat eine Versagerquote von 30 % und eine limitierte Wirkdauer von ca. 6 Stunden, nach denen die Kinder weitere Schmerzmedikamente benötigen¹⁵.

Zur intra- und postoperativen analgetischen Versorgung von Neugeborenen bei einer Zirkumzision schreibt Van Howe: „Do we use ineffective anaesthesia, that would not be acceptable to older children and adults, on newborns because of cost savings, or simply because we can get away with it?“¹⁶

Die umfassende Aufklärung

Für eine rechtswirksame Einwilligung in einen medizinisch nicht indizierten Eingriff ist eine besonders weitreichende Aufklärung und die schriftliche Dokumentation auch seltener Risiken erforderlich, und zwar in einer Form, die sicherstellt, daß die Einwilligenden sie auch in Gänze verstanden haben.

Bei medizinisch nicht indizierten Eingriffen werden an die Aufklärung zum Eingriff und zur Anästhesie seitens der Rechtsprechung und der Bundesärztekammer besonders hohe Anforderungen gestellt¹⁷:

Die Aufklärung „darf keinen Bedarf erzeugen. ... Dabei müssen nicht nur alle in Betracht kommenden Alternativen, sondern auch deren jeweilige Neben- und Spätfolgen berücksichtigt werden. Der Arzt sollte auch geeignete Lösungen außerhalb ärztlicher Behandlungsmaßnahmen kennen und in die Beratung einbeziehen. Auch sollte mit dem Nachfragenden die Option besprochen werden, den bestehenden Zustand zu akzeptieren. Zum Angebot von ärztlichen Leistungen gehört eine gründliche und verständliche Aufklärung über die zur Wahl stehenden Maßnahmen, ihre erwünschten und unerwünschten Resultate und deren Eintrittswahrscheinlichkeit. Der Arzt muss den Nachfragenden auch darüber informieren, dass keine medizinische Indikation vorliegt. Die erforderliche Aufklärung muss u. a. Angaben darüber umfassen, ... wie weit die ärztliche Einschätzung von Nutzen und Risiken wissenschaftlich abgesichert ist. Angesichts der zum Teil wenig gesicherten Erkenntnisse über die Spätfolgen vieler Behandlungen kommt diesem Punkt eine besondere Bedeutung zu. Wie bei der ärztlichen Behandlung von Krankheiten setzt auch die Durchführung von Maßnahmen bei nicht krankheitswertigen Zuständen voraus, dass der Nachfragende auf der Grundlage einer sachgerechten und umfassenden Aufklärung sein freies und informiertes Einverständnis gegeben und einen entsprechenden Behandlungsauftrag erteilt hat. Der Arzt hat dabei die Pflicht, sich im Gespräch mit dem Nachfragenden zu vergewissern, dass dieser die Aufklärung verstanden hat.“ Soweit die Ethikkommission bei der Bundesärztekammer.

Das jüdische Krankenhaus Berlin müßte beispielsweise aufgrund der dort durchgeführten „Anästhesie“- und Operationstechnik unter anderem über folgende Risiken aufklären:

- Den Off-label-use und die hohe Versagerquote der EMLA-Anwendung mit allen Folgen einer fehlenden Anästhesie (Wundheilungsstörungen als Folge von gesteigertem Proteinabbau und Steigerung adrenerger Transmitter und kortikosteroidaler Hormone, erhöhte Rate metabolischer und kardiozirkulatorischer Probleme, streßassozierte Hirnblutungen und Hirninfarkte, intraventrikuläre Hämorrhagien und periventrikuläre Leukomalazie als häufigste Ursache für eine gestörte neurologische Entwicklung von Früh- und Neugeborenen, langdauernde Verminderung der Schmerzschwelle und Erhöhung des Schmerzmittelbedarfes, Veränderung der psychischen Stabilität und Streßlatenz⁶)
- Das erhöhte Nachblutungsrisiko durch die nicht erfolgte Blutstillung und die nicht durchgeführte Wundnaht
- Den kritischen Off-label-use von EMLA zur postoperativen Schmerztherapie auf der offenen Wunde mit hoher Wahrscheinlichkeit toxischer Methämoglobinämien oder die unzureichende postoperative Schmerztherapie mit Paracetamol incl. Nebenwirkungen.

Weitere Anforderungen an die umfassende Aufklärung zur medizinisch nicht indizierten Neugeborenenzirkumzision leiten sich aus dem am 29. November 2012 durch den Bundestag verabschiedeten Patientenrechtegesetz ab. Es führt im Einzelnen aus:

§ 630a BGB

(2) Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.

Der Verweis auf die „bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards“ dürfte, wie bisher auch, als Hinweis auf die von den Fachgebieten definierten Standards, wie sie insbesondere in Leitlinien, Empfehlungen und auch Vereinbarungen niedergelegt sein können, verstanden werden¹⁸. Die medizinische Formulierung „in der Regel“ bedeutet im Rechtsverfahren, daß eine Aufklärungspflicht bei Abweichung zwingend besteht, insbesondere bei „beabsichtigtem Unterschreiten des etablierten Standards“.

§ 630f BGB

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen.

Im Arzthaftungsprozeß kommt der Dokumentation eine entscheidende Bedeutung zu. Bei Fehlen oder Mängeln der Dokumentation wird der Arzt, der insoweit dann mit dem Beweis belastet ist, nur schwer nachweisen können, wie er die Behandlung durchgeführt hat¹⁸.

§ 630h BGB

(1) Ein Fehler des Behandelnden wird vermutet, wenn sich ein allgemeines Behandlungsrisiko verwirklicht hat, das für den Behandelnden voll beherrschbar war und das zur Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit des Patienten geführt hat.

(4) War ein Behandelnder für die von ihm vorgenommene Behandlung nicht befähigt, wird vermutet, dass die mangelnde Befähigung für den Eintritt der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit ursächlich war.

Als voll beherrschbares Behandlungsrisiko (1) muß bei der Brit Mila gelten, wenn kein Anästhesist hinzugezogen wurde, obwohl die angewandten Betäubungsversuche mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit für den vorgesehenen operativen Eingriff unzureichend waren. Daß ein nichtärztlicher Masseur für die für die Brit Mila notwendige Anästhesie nicht befähigt ist (4), steht außer Zweifel.

Um die im § 1631d BGB geforderte Einhaltung der Regeln der ärztlichen Kunst transparent nachprüfbar zu machen, wäre die erste Voraussetzung:

- Eine klare Definition der Vorgehensweise bei einer Brit Mila nach deutschem Recht.

Sodann ist es unumgänglich, mit den Fachverbänden der Kinderchirurgen und Kinderurologen den etablierten Standard einer operativen Entfernung der Vorhaut eines Neugeborenen zu konsentieren.

In höchstem Maße unseriös ist die bisherige Übung,

- die notwendige Lösung der Präputialadhäsionen bei der Brit Mila als Banalität (oder gar nicht) darzustellen,
- eine Blutstillung und Wundnaht für „nicht notwendig“ zu erklären,
- eine operative Schmerzausschaltung und postoperative Schmerztherapie mit unzureichenden Maßnahmen und Medikamenten oder einer Überdosierung und Fehlanwendung von EMLA zu propagieren.

Ich hoffe auf eine breite Diskussion unter allen Fachdisziplinen, die an der Durchführung ritueller und medizinisch indizierter Zirkumzisionen beteiligt sind. Und ich hoffe darauf, daß die

Religionsgemeinschaften die von ihnen durchgeführten Verfahren abstimmen und transparent machen.

Es geht hier um eine in höchstem Maße schützenswerte Patientenklientel. Kindern, die sich verbal noch nicht äußern können und keinerlei Möglichkeit haben, das ihnen Angetane angemessen zu verarbeiten, steht es zu, daß die neusten Ergebnisse der Forschung Anwendung finden, um ihnen Schmerz und Folgeschäden zu ersparen.

Literatur:

1. <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/dekiHelsinki2008.pdf>
2. Harrison D, Stevens B, Bueno M, Yamada J, Adams-Webber T, Beyene J, Ohlsson A: Efficacy of sweet solutions for analgesia in infants between 1 and 12 months of age: a systematic review. Arch Dis Child 2010;95: 406-413
3. Bueno M, Stevens B, Ponce de Camargo P, Toma E, Lucia V, Krebs J, Fumiko Kimura A: Breast milk and Glucose for Pain Relief in Preterm Infants: A Noninferiority Randomized controlled Trial. Pediatrics 129, Nr. 4 (2012)
4. Slater R, Boyd S, Meek J, Fitzgerald M: Oral sucrose for procedural pain in infants – Authors' reply. 2011 Elsevier Ltd Science Photo Library
5. Anand KJS, Hickey PR: Pain and its effects in the human neonate and fetus. New Engl J Med 1987;317, 21: 1321-1329
6. Kaufmann J, Laschat M, Wappler F: Perioperative Schmerztherapie bei Frühgeborenen, Säuglingen und Kleinkindern. Anästh Intensivmed 2012;53:656-69
7. Roth B: 2. Stellungnahme zum Leserbrief. Anästh Intensivmed 2014;55:29-33
8. Taddio A, Stevens B, Craig K, Rastogi P, Shlomit B, Shennan A, Mulligan P, Koren G: Efficacy and Safety of Lidocaine-Prilocaine Cream for Pain during Circumcision. N Engl J Med 1997; 336:1197-1201
9. Van Howe RS, Svoboda JS: Neonatal Pain Relief and the Helsinki Declaration. Journal of Law, Medicine & Ethics 2008, 803-823
10. Taddio A, Katz J, Lane Hershich A, Koren G: Effect of neonatal circumcision on pain response during subsequent routine vaccination. Lancet 1997; 349:599-603
11. <http://www.ethikrat.org/sitzungen/2012/dokumente-plenarsitzung-23-08-2012>
12. http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a06/anhoerungen/archiv/31_Beschneidung/04_Stellungnahmen/index.html
13. Kumar AR, Dunn N, Naqvi M: Methemoglobinemia associated with prilocaine-lidocaine cream. Clin Pediatr Phila 1997;36:239-240
14. Giest J, Strauß J, Jöhr M, Becke K: Paracetamol für die perioperative Schmerztherapie im Kindesalter – Ende einer Ära? Anästh Intensivmed 2009;50:57-59
15. Balga I, Konrad C, Meissner W: Postoperative Qualitätsanalyse bei Kindern. Anästhesist 2013;62:707-719
16. Van Howe RS: Anaesthesia for neonatal circumcision: who benefits? J Pre Perinatal Psychol Health 1997;12(1):3-18
17. Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten bei der Bundesärztekammer: Ärztliche Behandlungen ohne Krankheitsbezug unter besonderer Berücksichtigung der ästhetischen Chirurgie. Dtsch Arztebl 2012;109(40):A-2000/B-1628 C-1600)
18. Biermann E, Weis E: Das Patientenrechtgesetz: „Risiken und Nebenwirkungen“ Anästh Intensivmed 2013;54:32-37