

Iran: Kind mit Störung der Geschlechtsdifferenzierung

Gutachten der SFH-Länderanalyse

Sylwia Galopin, Rainer Mattern

Weyermannsstrasse 10
Postfach 8154
CH-3001 Bern

Für Paketpost:
Weyermannsstrasse 10
CH-3008 Bern

T++41 31 370 75 75
F++41 31 370 75 00

info@osar.ch
www.osar.ch

PC-Konto
30-16741-4
Spendenkonto
PC 30-1085-7

Bern, 14. März 2007

Einleitung

Aufgrund der **Anfrage vom 2. Februar 2007** an die SFH-Länderanalyse gehen wir von folgendem Sachverhalt aus:

Gesuchstellerin ist ein Kind und dessen Eltern. Das Kind ist 2003 im Iran geboren. Bei der Geburt lag aufgrund einer Hormonstörung (adrenogenitales Syndrom AGS mit Salzverlust bei 21-Hydroxylasemangel) eine männliche Differenzierung des äusseren Genitales vor. In der sechsten Lebenswoche wurde aufgrund der Salzverlustkrise die oben genannte Diagnose im Iran gestellt und eine Therapie mit Kortison und Mineralcorticoid verordnet, die zu einer Stabilisierung der Stoffwechsellage führte.

Das Genitale, das schon bei der Geburt fälschlich als männlich zugeordnet wurde, wurde beschnitten und das Kind als Knabe angesehen und als solcher behandelt. Erst anlässlich einer weiteren Kontrolluntersuchung in der Universitätsklinik in Teheran wurden die Eltern über das weibliche Geschlecht des Kindes und eine drohende Unfruchtbarkeit, wenn das Kind als Mann aufwüchse, informiert. Da die Eltern die Geschlechtsumwandlung in ihrer Umgebung als kulturell nicht akzeptabel ansahen, flohen sie im Juni 2005 in ein europäisches Land, wo sie Asyl beantragten. Dort wurde im November 2006 eine Genitalkorrektur vollzogen und die Geschlechtsumwandlung sowie Namensänderung bei den lokalen Behörden beantragt. Die Familie der Gesuchstellerin gehört der kurdischen und azerischen Minderheit an und hat vor der Ausreise in Westiran gelebt.

Die Auskunft der SFH behandelt die folgenden **Fragen**:

1. Gibt es im Iran eine angemessene medizinische Versorgung, um ein AGS-Kind zu behandeln und zu betreuen?
2. Wie gestaltet sich die soziale Situation des Kindes und seiner Familie nach einer eventuellen Rückkehr nach Iran? Mit welchen Nachteilen müssten das Kind und die Familie rechnen? Besteht das Risiko einer Stigmatisierung oder Ausgrenzung?

Die Schweizerische Flüchtlingshilfe (SFH) beobachtet die Entwicklungen in Iran seit mehreren Jahren.¹ Aufgrund von Expertenauskünften und eigenen Recherchen nehmen wir zu den Fragen wie folgt Stellung:

¹ vgl. Schweizerische Flüchtlingshilfe SFH, <http://www.osar.ch/country-of-origin/iran>.

1 Gibt es im Iran eine angemessene medizinische Versorgung, um ein Kind mit AGS zu behandeln und zu betreuen?

1.1 Das Adrenogenitale Syndrom (AGS)

Das Adrenogenitale Syndrom (AGS) ist eine Gruppe genetisch bedingter Stoffwechselerkrankungen, bei denen infolge erblicher Enzymstörung (in über 85 Prozent der Fälle fehlt das Enzym 21-Hydroxylase) die Hormonbildung in der Nebennierenrinde gestört wird. Dadurch werden unter anderem männliche Geschlechtshormone (Androgene) im Übermass ausgeschüttet.

AGS kommt bei beiden Geschlechtern vor, allerdings mit unterschiedlichen Symptomen. Mädchen kommen häufig mit einer Vermännlichung des weiblichen äusseren Genitales zur Welt, was meistens im ersten Lebensjahr operativ korrigiert wird. Zu weiteren Symptomen des Adrenogenitalen Syndroms können bei Frauen u.a. zunehmende Behaarung (z.B. Damenbart), Zyklusstörungen, Kleinwuchs und Unfruchtbarkeit gehören. Die Therapie besteht in einer Hormonsubstitution, welche die Überproduktion von männlichen Geschlechtshormonen stoppen soll.² Frauen mit AGS sind auf Cortison angewiesen, das der Körper nicht ausreichend produziert. Falls das Kind an Salzverlust leidet, ist eine Kombination mit Hydro- und Fludrocortison lebenslang notwendig. Manche, jedoch nicht alle Mädchen mit AGS sind zeugungsfähig. Nachbehandlungen, auch chirurgische, sind zu erwarten.

1.2 Medizinische Versorgung der AGS-Kindes

Bei der medizinischen Versorgung eines AGS-Kindes ist zu unterscheiden zwischen den chirurgischen und weiteren medizinischen Massnahmen (Hormonabgabe, Kontrollen etc.) einerseits und Therapien, die sich mit der psychischen und psychosozialen Situation beschäftigen andererseits. Was im Fall der Gesuchstellerin eine Prognose schwierig macht, ist der Umstand, dass beim derzeitigen Alter noch nicht vorhersehbar ist, welche Komplikationen auftreten können, ob die Gesuchstellerin in ihrer geschlechtlichen Identität als Junge oder Mädchen empfinden wird und zu welchem Geschlecht sie sich später hingezogen fühlen wird. Etwa 20 Prozent der AGS-Kinder empfinden sich als männlich, auch wenn sie als weiblich zugeordnet wurden.³ Die Frage der geschlechtlichen Identität und auch der sexuellen Präferenz wird über die Partnerwahl bestimmen, von ihr wird auch die Akzeptanz durch das gesellschaftliche Umfeld abhängen. Viele erwachsene Personen mit Intersexualität sind nicht glücklich darüber, operiert worden zu sein und beklagen zu einem späteren Zeitpunkt, dass die Operationen zu früh und ohne ihr Einverständnis erfolgt sind.⁴

² Onmeda, Gesundheitsportal, http://www.onmeda.de/krankheiten/adrenogenitales_syndrom.html ; AGS-Eltern- und Patienteninitiative, <https://www.ags-initiative.de/>; Gesundheitspilot, http://www.gesundheitspilot.de/gesundheit/adrenogenitalessyndromags_4091.htm.

³ E-Mail-Auskunft von Katrin Alter (Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität) vom 05.03.2007.

⁴ E-Mail-Auskunft von Katrin Alter (Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität) vom 05. 03. 2007: «Ich hatte vor einigen Jahren einen Fall in Deutschland, bei dem in der Familie vier Kinder leben. Das älteste Kind hat AGS und wurde weiblich zugewiesen. Sie ist inzwischen 34 Jahre alt. Dann wurden ein Junge und ein Mädchen in der Familie geboren – beide unauffällig. Das Jüngste kam wieder mit AGS auf die Welt und wurde bis zu seinem 17. Lebensjahr wie die älteste Schwester behandelt, auch operativ. Es entwickelte sich jedoch, trotz der medikamentösen Behandlung immer stärker männlich. Als es durch Zufall erfuhr, dass es genital manipuliert wurde, flippte

Aufgrund der eingereichten ärztlichen Unterlagen über die Gesuchstellerin gehen wir davon aus, dass die Behandlung lebenslang dauern wird. Auch operative Eingriffe wie Scheidenerweiterungen müssen bis zur vollständigen körperlichen Entwicklung wiederholt werden. Aufgrund der eingesehenen Unterlagen gehen wir davon aus, dass weitere Operationen (Vulvoplastik, Vaginoplastik, Klitorisplastik) zum Zeitpunkt des Pubertätsbeginns vorgesehen sind. Nach den uns zur Verfügung stehenden Informationen gibt es auch in Europa nur wenige Kinderchirurgen, die diese weiteren Operationen durchführen können.⁵ Kinderendokrinologische Kontrollen sind alle sechs Monate erforderlich zur Einstellung der medikamentösen Therapie. Die geschätzten Kosten liegen, bezogen auf die Schweiz, bei 5000 bis 10'000 Schweizer Franken pro Jahr und zwei Mal 15'000 bis 20'000 Schweizer Franken für die chirurgischen Eingriffe.⁶

Die Frage einer möglichen Unfruchtbarkeit lässt sich bei einem dreijährigen Kind nicht abschliessend beantworten.

1.3 Chirurgische und medikamentöse Behandlung im Iran

Die Quellen sprechen dafür, dass es chirurgische und medikamentöse Behandlungen im Iran gibt, insbesondere Operationen von Intersex-Anomalie.⁷ Auch existiert in Iran die Molekularanalyse zur Entdeckung der häufigsten AGS-Genmutationen.⁸ Die verfügbaren Quellen beziehen sich allerdings in erster Linie auf die frühe operative Behandlung bei Kleinkindern.

Wie hoch die Kosten der chirurgischen und medikamentösen Massnahmen in Iran sein würden, konnten wir den Quellen nicht entnehmen. Da es sich insbesondere bei den späteren chirurgischen Massnahmen um ausserordentlich komplizierte und spezialisierte Eingriffe handelt, die auch in westeuropäischen Ländern häufig nur mit Hilfe ausländischer Spezialisten möglich sind, gehen wir davon aus, dass die medikamentösen und die chirurgischen Massnahmen auch im Iran kostspielig sind und einen durchschnittlichen Haushalt sehr stark belasten.

1.4 Psychologische und psychosoziale Begleitung

Die physischen und psychologischen Prozesse können für AGS-PatientInnen sehr schmerzhaft sein: Sex (als biologisches Geschlecht) und Gender (als Geschlechtsidentität) können gerade bei Transsexuellen und Intersexuellen inkongruent sein. Tangiert sind Geschlechtsidentifikation, Identifikation mit einer weiblichen oder männlichen Rolle, sexuelle Präferenz und Sexualeben, Selbstwert und soziale In-

es völlig aus. Der Arzt empfahl der Familie sich an mich zu wenden. Seit zwei Jahren lebt er nun als Mann, sauer darüber, dass man ihm sein Genital als Baby entfernt hat.».

⁵ Auskunft eines pädiatrischen Endokrinologen an die SFH vom 26.02.2007.

⁶ Ebenda.

⁷ Mehran Hradfar; Pediatric surgery Department, Pediatric Hospital, Mashad, University of Medical Sciences, Cosmetic result of reconstructive surgery in ambiguous genitalia, <http://www.ishid.org/abs/19.pdf>.

⁸ R. Vakili; Division of Endocrinology and Metabolism, Department of Pediatrics, Imam Reza Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Iran; Molecular analysis of the CYP21 gene and prenatal diagnosis in families with 21-hydroxylase deficiency in northeastern Iran; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=pubmed>.

tegration.⁹ Professorin Haideh Moghissi, Kennerin der Situation in Iran, geht davon aus, dass die Familie nicht darauf hoffen kann, im Iran Unterstützung von Regierungsseite im Prozess der Anpassung und Adaptation an die neue Realität ihres Lebens zu erhalten.¹⁰ Sie bestätigt, dass zwar Geschlechtsumwandlungen nicht ungewöhnlich in Iran sind, schätzt jedoch die medizinische Versorgung als insgesamt desaströs («in a state of chaos»), teuer und den ärmeren Schichten unzugänglich ein. Behandlungen posttraumatischer Leiden sind nahezu inexistent. Sie prognostiziert, dass die Gesuchstellerin auf sich gestellt bleiben wird, wenn sie mit den Schwierigkeiten fertig werden soll, die sie erwarten.¹¹

Auch in Europa gibt es Defizite, soweit es um eine psychosoziale Versorgung der Kinder mit AGS geht. So soll nach Schätzungen die Mehrheit der von AGS betroffenen Kindern und Jugendlichen in Deutschland ohne psychologische Betreuung sein, obwohl das jeweils empfehlenswert bis notwendig wäre.¹² Die Patienten und ihre Familien sind meistens auf diverse Selbsthilfegruppen oder Netzwerke angewiesen, die Informationen und Erfahrungen austauschen und sich dadurch unterstützen und stärken. Entscheidend ist, dass mindestens eine professionelle psychologische Einschätzung des Einzelfalles stattfindet, die eine Bestimmung ermöglicht, ob im jeweiligen Fall eine weitere psychologische Begleitung notwendig ist oder nicht. Fachkreise halten eine psychologische Betreuung und Begleitung vor allem in schwierigen Phasen, wie der Pubertät, für ausschlaggebend. Die Pubertät gestaltet sich bei jungen AGS-Patienten komplizierter als bei anderen Jugendlichen. Sie haben zudem häufig keine Lust, die Medikamente regelmässig zu nehmen, was zu schlimmen Zusammenbrüchen führen kann.¹³ Für eine Frau mit AGS kann es zudem sehr schwierig bis unmöglich werden, Kinder zu bekommen.¹⁴

Es sind auch unkomplizierte Verläufe möglich. Ein angefragter pädiatrischer Endokrinologe geht davon aus, dass Mädchen mit AGS Frauen sind, die schwanger werden können und ein normales Leben als Frau führen können. Er hält für diese Konstellation eine besondere psychosoziale Begleitung nicht für erforderlich.¹⁵

2 Wie gestaltet sich die soziale Situation des Kindes und seiner Familie nach einer eventuellen Rückkehr nach Iran? Mit welchen Nachteilen müssten das Kind und die Familie rechnen? Besteht das Risiko der Stigmatisierung oder Ausgrenzung?

Für ein künftiges Leben der Gesuchstellerin im Iran spielen der familiäre Hintergrund und die ethnische Herkunft eine Rolle.

⁹ Auskunft eines pädiatrischen Endokrinologen an die SFH vom 26.02.2007.

¹⁰ Prof. Haideh Moghissi, York University, School of Social Sciences, Toronto, E-Mail-Auskunft vom 28.2.2007.

¹¹ Ebenda.

¹² Telefonische Auskunft einer klinischen Psychologin aus Deutschland, die an einer Studie zu Störungen der Geschlechtsentwicklung beteiligt ist, 01.03.2007.

¹³ E-Mail-Auskunft von der Verantwortlichen einer Regionalgruppe der deutschen AGS Eltern- und Patienten-Initiative, die selbst Mutter eines AGS-Kindes ist, vom 01.03.2007.

¹⁴ Auskunft eines pädiatrischen Endokrinologen an die SFH vom 26.02.2007.

¹⁵ E-Mail-Auskunft von einem Arzt, Bereich Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie, 21.02.2007.

Die Familie der Gesuchstellerin lebte vor der Ausreise in einer erweiterten, traditionsgeprägten kurdischen Familie. Hinweise darauf entnahmen wir den protokollierten Aussagen aus dem Asylverfahren. Dort ist das Verhalten der Eheleute in Anwesenheit älterer Familienangehöriger geschildert. Aus diesen Aussagen geht deutlich hervor, wie sehr das Ehepaar in die familiäre Hierarchie eingebunden war, und diese fixe, auf einer strikten Geschlechtertrennung beruhende Rollenzuweisung auch nicht in Frage stellte. Religiöse Orientierung und auch die Tradition sehen eine klare Geschlechtertrennung vor, die eng mit geschlechtsspezifischen Rollenbildern und Werthaltungen verbunden ist. Konzepte von Ehre und Schande, der Jungfräulichkeit der Frau vor der Ehe und der Fruchtbarkeit spielen in diesem Zusammenhang eine Rolle.¹⁶ Die Mehrzahl der Ehen ist arrangiert. Für die Gesuchstellerin wird das bedeuten, dass es nach der Operation im Genitalbereich nicht mehr als Jungfrau und damit in einem traditionellen Kontext nicht mehr als vollwertige Ehepartnerin gelten kann.

Da geschlechtliche Identität, künftiges äusseres Erscheinungsbild und sexuelle Präferenzen bei einem Kind von derzeit drei Jahren nicht vorhergesagt werden können, erscheint es schwierig, die zu erwartenden Probleme zu konkretisieren. Die Gefahr, dass eine AGS-Patientin nicht dem weiblichen Rollenbild entsprechen wird, ist jedoch beträchtlich. Es können spätestens mit der Pubertät Störungen des Selbstwerts und der sozialen Integration auftreten. Selbst in Europa, wo Aufgeklärtheit und Toleranz in Fragen der Sexualität erwartet werden könnten, gehören Transsexualität und Intersexualität zu scham- und schuldbesetzten Themen: *«Obwohl die Fachwelt sich in den vergangenen Jahren des Themas Intersexualität vermehrt angenommen hat (...), ist der Umgang mit dem Thema im gesellschaftlichen Alltag ein Tabu. Betroffene Eltern bleiben aus verständlichen Gründen anonym. (...) Zu gross ist der Voyeurismus der Öffentlichkeit und unbändig der Wille der Mediziner und Forscher, am Kind zu experimentieren.»*¹⁷

Professorin Haideh Moghissi, York University, Toronto äusserte sich zu der Lage der Minderheiten im Iran und der Situation der Familie der Gesuchstellerin nach eventueller Rückkehr wie folgt: *«My main concern for this girl, however, is the kind of life awaiting her and her family in Iran, in terms of the physical and psychological painful processes that they have to endure. They cannot expect any support from government agencies in the process of adjustment and adaptation to the new reality of her/their life.(...) What adds to the problem is the ethnic background of this family, that is Kurdish origin from Azarbaijan. I can say with confidence that both the region and its ethnic minorities continue to be subjected to ethnocentric humiliation, and discrimination in access to social and economic resources. The suppression of Kurdish and Azari minorities is the unstated policy of the Iranian government. I can't even imagine the stigma that this family will face and the psychological scars that this little girl will carry throughout her life. In my opinion, under the circumstances the fear of this family of returning to Iran is totally well-founded.»*¹⁸

¹⁶ Christine Schirmacher, Die Rolle der Frau im Islam, 2004;
<http://www.contra-mundum.org/schirmacher/mbstexte021.pdf>.

¹⁷ Wahl Daniel, XY ungelöst – kein Mädchen und kein Bub, Basler Zeitung, 02.09.04;
http://www.si-global.ch/Data/files/02.09.2004_21_1.pdf.

¹⁸ Prof. Haideh Moghissi, York University, School of Social Sciences, Toronto, E-Mail-Auskunft vom 28.2.2007.

Der Artikel «*The tragic situation of Transgender people in the Islamic Republic of Iran*» gibt einen Hinweis darauf, auf welche Schwierigkeiten Personen stossen, deren geschlechtliche Identität in der Wahrnehmung des gesellschaftlichen Umfelds nicht eindeutig ist: «...*family and social rejection, fleeing from previous friends, operation expenses, demeaning reflections from family and relatives, loss of job, breakup of an earlier marriage... Such problems create a lot of anxiety and fear for the Iranian transgender people. Sex-change operations are legal in Iran, but that does not mean that transgender people do not have any other problems or that their lives will become sweet and stable. Family rejection is the most important problem. These difficulties often lead transgender people to commit suicide. We have received several reports of such incidents.*»¹⁹

Dieser Artikel weist auf eine weitere Problematik hin, nämlich die Praxis der Eintragung des «alten» Geschlechts (mit dem die betroffene Person geboren wurde) in die Identitätskarten, was zur Folge hat, dass der Geschlechtswandel oder die Veränderung der Geschlechterrolle für jeden offensichtlich ist, der diese Karte sieht. Zwar wurde bei der Gesuchstellerin keine Geschlechtsumwandlung vorgenommen, doch kann die Veränderung vom gesellschaftlichen Umfeld als eine solche wahrgenommen werden.²⁰ Ein Umzug innerhalb Irans hilft aus diesem Grund nicht, die Veränderung am neuen Ort zu verbergen. Das spricht dafür, dass die iranische Gesellschaft nicht ausreichend darauf vorbereitet ist, diskriminierungsfrei auf Probleme der Intersexualität/Transsexualität zu reagieren.

Sollte die Gesuchstellerin seitens ihrer Umgebung später als homosexuell wahrgenommen werden, hätte das in Iran gravierende Folgen. Denn Homosexualität gilt im Iran als illegal und sündhaft und ist mit der Todesstrafe bedroht, wenn die Handlung als «Verbrechen gegen Gott» qualifiziert wird. Lesbianismus wird mit hundert Peitschenhieben für die Beteiligten geahndet und beim vierten Vergehen mit dem Tod bestraft.²¹

Wir halten darum das Risiko, dass die Gesuchstellerin in Iran mittel- und längerfristig mit einem sozialen Stigma leben müssen, für gegeben.

* * *

SFH-Publikationen zu **IRAN** und anderen Herkunftsländern von Flüchtlingen finden Sie unter **WWW.OSAR.CH -> HERKUNFTSLÄNDER / PAYS D'ORIGINE**

Der Newsletter «Länder und Recht» informiert Sie über aktuelle Publikationen. Anmeldung unter **WWW.OSAR.CH -> ASYL / ASILE**

¹⁹ Taraneh Forouhar, *The tragic situation of Transgender people in the Islamic Republic of Iran*; XXIII ILGA, World Conference – Geneva, 27. März-3. April 2006; doc.ilga.org/content/download/3987/24703/version/10/file/6-8.pdf.

²⁰ Ebenda.

²¹ UNHCR Berlin, Januar 2002, Stellungnahme zur Verfolgungssituation Homosexueller in der Islamischen Republik Iran, <http://.unhcr.de/uploads//media/178.pdf?PHPSESSID=ed50f97a4d16cf3af204ce16dc427bed>.