

REFPER

Reproduktive Gesundheit – die Perspektive gefluchteter Frauen in der Schweiz

Milena Wegelin, Laura Perler, Nour Abdin, Christine Sieber,
Lynn Huber, Eva Cignacco



Den Bericht der Co-Forschenden
findet sich auf der Webseite
www.REFPER-STUDIE.ch

DANKSAGUNG

Bern, April 2024

Die Autorinnen dieses Berichts bedanken sich bei den folgenden Personen und Institutionen, ohne die dieser Bericht nicht entstanden wäre, herzlich für die wertvolle Zusammenarbeit:

- allen geflüchteten Frauen und Fachpersonen, die uns während der Erarbeitung des Forschungsprotokolls Rückmeldung zum Forschungsvorhaben gaben;
- allen interviewten Frauen für ihr Vertrauen und dafür, dass sie ihre Erfahrungen und Sichtweisen mit uns teilten;
- den Co-Forschenden Elif Gökalp, Fatma Lelebici, Saba Salomon, Laila Sarrar, Tahmina Taghiyeva und Saadia Si Fodil für ihre engagierte Arbeit in diesem Projekt und ihr Vertrauen in den gemeinsamen Prozess;
- den Forschungspraktikantinnen Regula Schwenk und Céleste Metthez für ihre Unterstützung bei der Transkription von deutschen Audioaufnahmen und bei der Recherche in den Bereichen Finanzierung von Verhütungsmitteln und Zugang zur Beratung im Kanton Bern;
- Laura Widmer, Paola Origlia-Ikhilor und Heidi Kaspar von der BFH (Departement G) für den fachlichen Austausch;
- dem Team vom SNF geförderten Projekt «Reproductive Geopolitics», Sozial- und Kulturgeographie Universität Bern für die wertvolle Forschungskollaboration;
- Mirjam Ringenbach (Sprechstunde für Transkulturelle Psychiatrie, Universitäre Psychiatrische Dienste (UPD), Bern) für das unterstützende Coaching;
- Sabine Lenggenhager und Gina Lampart (Kirchliche Kontaktstelle für Flüchtlingsfragen KKF-OCA, Bern), Raphael Strauss (Schweizerische Flüchtlingshilfe, SFH), Maria Furrer (Aids Hilfe Bern, AHBE) für ihre fachlichen Informationen;
- Loraine Olalia und Beatrice Kaufmann (Hochschule der Künste, Bern) für das Layout und Andrea Weibel für das sorgfältige Lektorieren des Berichts.
- Wir danken für die finanzielle Unterstützung des Projekts durch
 - o die Stiftung Lindenhof Bern, Fonds für Lehre und Forschung,
 - o die Burgergemeinde Bern und
 - o die Freie Gemeinschaftsbank.



INHALTSVERZEICHNIS

1.	AUSGANGSLAGE.....	5
2.	FORSCHUNGSDESIGN UND FRAGESTELLUNG.....	6
3.	HINTERGRUND	7
3.1	Reproduktive Gesundheit im Fluchtkontext.....	7
3.2	Versorgungslage nach Ankunft in der Schweiz.....	8
3.3	Überschneidung zwischen Gesundheitsversorgung und Asylstrukturen.....	9
3.4	Familienplanung und Zugang zu Verhütungsmitteln.....	10
3.4.1	Kostenübernahme von Verhütungsmitteln: Situation im Kanton Bern.....	11
3.4.2	Zugang zu Information: Situation im Kanton Bern.....	12
3.5	Kollektive Unterbringung.....	13
3.6	Reproduktive Gerechtigkeit	13
4.	METHODE	15
4.1	Wessen Stimme wird gehört? Überlegungen zur epistemischen Ungerechtigkeit	15
4.1.1	Integration der interkulturellen Dolmetscherin in das Projektteam.....	16
4.1.2	Datenanalyse mit Unterstützung von Co-Forschenden	16
4.1.3	Charakteristiken der Interviewpartnerinnen	17
4.2	Datenerhebung	19
4.2.1	Vertrauensaufbau zu den Interviewpartnerinnen.....	19
4.2.2	Interviewführung	19
4.2.3	Interviewsetting.....	20
4.2.4	Coaching.....	20
4.2.5	Transkription	21
4.3	Datenanalyse	21
5.	ERGEBNISSE	23
5.1	Ankunft in der Schweiz: «Frauengesundheit fällt aus dem Blick».....	24
5.1.1	Gesundheitliche Versorgung.....	24
5.1.2	Kollektive Unterbringungsstrukturen	26
5.1.3	Schwangerschaft in kollektiven Unterkünften	27
5.2	Wissensbedarf im Umgang mit Verhütung	29

5.2.1 Wissenslücken und fehlender Zugang zu Informationen	31
5.3 Zugang zur Gesundheitsversorgung: «Erfahrungen im überschneidenden System».....	33
5.3.1 Holschuld in der Gesundheitsversorgung	34
5.3.2 Interaktion mit gesundheitlichen Fachpersonen.....	35
5.4 Vermittlung von Wissen über Verhütung und den Zugang zu Verhütungsmitteln	38
5.4.1 Informationen und Beratung durch Fachpersonen.....	38
5.4.2 Effektiver Zugang zu Verhütungsmitteln.....	41
5.5 Reproduktive Gerechtigkeit im Fluchtkontext: «Wie kannst du da schwanger werden?!»	43
5.5.1 Mutterschaft in kollektiven Unterbringungsstrukturen	44
5.5.2 Die Perspektiven erweitern: reproduktive Gerechtigkeit	45
6. DISKUSSION	46
6.1 Familienplanung und Verhütung: strukturelle Faktoren als zentrale Ursachen	46
6.2 Kollektive Unterbringung als Ursache von reproduktiver Ungerechtigkeit.....	48
6.3 Forschungsdesiderat zu strukturellem Rassismus im Gesundheitssystem	50
7. SCHLUSSBETRACHTUNG	52
8. LITERATUR.....	54

1. AUSGANGSLAGE

Der Begriff der sexuellen und reproduktiven Gesundheit bezieht sich auf einen Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in allen Aspekten, die mit der sexuellen Funktion, der Fortpflanzung und Beziehungen verbunden sind (UNFPA, 2019). Die sexuelle und reproduktive Gesundheit ist somit ein zentraler Faktor des körperlichen und psychischen Wohlbefindens (Starrs et al., 2018). Sexuelle und reproduktive Rechte beinhalten neben dem Zugang zu adäquaten Unterstützungsangeboten rund um Schwangerschaft und Geburt auch das Recht auf Aufklärung und Information über die sexuelle Gesundheit, das Recht auf Gleichheit und Nichtdiskriminierung, das Recht, über die Anzahl und den Abstand der eigenen Kinder zu entscheiden und das Recht, sexuelle Bedürfnisse zu empfinden und auszudrücken (SGCH, 2017). Diese Rechte bedingen einen Zugang zu Angeboten der Familienplanung sowie zu Informationen und Beratung zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit (EKSG, 2015).

Zugang zu Familienplanungsangeboten ist für geflüchtete Frauen wichtig und wirkt sich positiv auf ihre körperliche und mentale Gesundheit aus. Ein barrierefreier Zugang ist folglich auch für geflüchtete Frauen ein integraler Bestandteil der Gesundheitsfürsorge. Das Staatssekretariat für Migration (SEM) stellt in seinem Bericht von 2019 fest, dass für Personen in Asylstrukturen der Schweiz eine «umfassende Information über Familienplanung und Verhütungsmittel, die einen selbstbestimmten Zugang zu diesen Mitteln ermöglicht, oft nicht gegeben [ist]» und deklariert in seinem Bericht diese Situation als «signifikante Versorgungslücke» (SEM, 2019, S. 59). Die diesem Umstand zugrundeliegenden Faktoren sind vielfältig und bis heute nicht umfassend untersucht.

Laut dem «World Contraception Atlas» des European Parliamentary Forum on Population and Development (EPF) liegt die Schweiz bezüglich des Zugangs zu Verhütungsmitteln im europäischen Vergleich nur im Mittelfeld (EPF, 2023). Einer der Hauptgründe besteht darin, dass Verhütung hier als Privatsache gilt und so die faktische Chancengleichheit beim Zugang nicht gegeben ist (Merten, 2023). Während Schwangerschaftsabbrüche von der Krankenkasse bezahlt werden, müssen die Kosten für Verhütung selbst getragen werden. In der Sozialhilfe gelten Verhütungsmittel als «nicht kassenpflichtige Medikamente» und werden nicht systematisch übernommen, der Entscheid liegt bei der einzelnen Gemeinde. Somit bestehen insbesondere für Armutsbetroffene, zu denen oft Personen mit Migrations- und Fluchterfahrung gehören, Zugangsbarrieren (Sieber, 2017a).

Diese Tatsachen verweisen auf erschwerende strukturelle Faktoren, welche die reproduktive Gesundheit beeinflussen und im Kontext der *gesundheitlichen Ungerechtigkeit* eingeordnet werden können. Das Konzept der *gesundheitlichen Ungerechtigkeit* zeigt auf, wie soziale Unterschiede die Gesundheit beeinflussen (Weber & Hösli, 2022). Im Gegensatz zu *gesundheitlichen Ungleichheiten (health inequalities)*, die biologisch bedingt sind oder freiwillig in Kauf genommen werden, werden sozial bedingte, vermeidbare Unterschiede als *gesundheitliche Ungerechtigkeiten (health inequities)* bezeichnet.

Im Rahmen des partizipativen Forschungsprojektes REFPER wurde im Kanton Bern basierend auf Interviews die Perspektive geflüchteter Frauen¹ auf ihre reproduktive Gesundheit erhoben. Die mit der vorliegenden Studie zugänglich gemachten Erfahrungen geflüchteter Frauen zeigen Aspekte von gesundheitlichen Ungleichheiten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit auf.

2. FORSCHUNGSDESIGN UND FRAGESTELLUNG

Die vorliegende Studie orientiert sich an einem sozialanthropologischen Ansatz, der die sexuelle und reproduktive Gesundheit von Frauen in einem grösseren gesellschaftlichen Kontext untersucht (Ginsburg & Rapp, 1991; Martin, 1989). Dabei setzen wir bei den Erfahrungen und Narrativen der geflüchteten Frauen selbst an. Inhorn (2006) hat für die Orientierung von zukünftigen Forschungsprojekten im Bereich *women's health* Vorschläge erarbeitet, an denen sich diese Studie orientiert.

- 1. Kontextualisierung:** Die von der Gesundheitsforschung definierten Problemfelder in der Frauengesundheit können nicht getrennt werden von breiteren sozialen, kulturellen, ökonomischen und politischen Kräften, die das Leben von Frauen beeinflussen. So können beispielsweise biografische Erfahrungen wie Krieg, Flucht und geschlechtsspezifische Gewalt Wahrnehmung und Bedürfnisse beeinflussen (Royer et al., 2020). Ebenso können die Versorgungslage und reproduktiven Politiken im Herkunftsland (Maffi & Affes, 2019; Maffi & Tonnessen, 2019) und der asylpolitische Kontext im Zufluchtsland Auswirkungen auf die Situation und die Handlungsorientierungen dieser Frauen haben.
- 2. Die Rolle der Moral:** Viele Themen der Frauengesundheit sind nicht nur von gesellschaftspolitischer Relevanz, sondern haben auch eine moralische Komponente. Bei Fragen um Verhütung und Abtreibung navigieren Frauen in einem Spannungsverhältnis zwischen ethisch-religiöser Moral, familiär-verwandtschaftlichen Erwartungen und Rollenverständnissen sowie selbstbestimmten Entscheidungen, die in einem Spannungsverhältnis zueinander stehen. Die durch den Fluchtkontext entstandene Lebenssituation kann geflüchtete Frauen diesbezüglich mit zusätzlichen Herausforderungen konfrontieren.
- 3. Intersektionalität:** Verschiedene Formen von Diskriminierung sind in ihrer gegenseitigen Beeinflussung zu erfassen. So können sich die sozialen Kategorien von Geschlecht, Ethnizität, Alter, Herkunft, Religion, sexueller Orientierung und Behinderung in Kombination auf die gesellschaftliche Stellung und Teilhabe – hier am Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung – auswirken.

In der vorliegenden Studie wird die Perspektive von geflüchteten Frauen in der Schweiz auf deren Erfahrungen bezüglich der reproduktiven Gesundheit im Allgemeinen und

¹ In dieser Studie wird der Begriff Frauen als Selbstbezeichnung verwendet, weil sich alle an der Studie beteiligten Menschen als Frauen identifizierten und diesen Begriff dafür nutzten.

des Zugangs zur Familienplanung und Verhütung im Speziellen erhoben. Im Zentrum der Forschung stehen die individuellen Bedürfnisse dieser Frauen, die von ihrem lebensbiografischen Kontext und den entsprechenden Wissensressourcen geprägt sind. Dabei wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die Erfahrungen geflüchteter Frauen im Bereich ihrer sexuellen und reproduktiven Gesundheit in einem spezifischen Spannungsfeld verschiedener sozialer, kultureller und politischer Kräfte stehen. In der qualitativen Studie wurden folgende Fragen untersucht:

- a. Welche *Vorstellung* haben geflüchtete Frauen in der Schweiz bezüglich ihrer sexuellen und reproduktiven Gesundheit?
- b. Welche *Bedürfnisse* haben geflüchtete Frauen bezüglich Familienplanung und Verhütungsfragen?
- c. Welche *Erfahrungen* machen geflüchtete Frauen diesbezüglich im schweizerischen Gesundheitssystem?

3. HINTERGRUND

Für diese Studie wurden Frauen befragt, die mit einem unterschiedlichen Aufenthaltsstatus und seit einem bis acht Jahren in der Schweiz leben. Frauen mit Fluchterfahrung haben unterschiedliche Hintergründe und Biografien. Gemeinsam ist ihnen, dass sie erfahren, was Flucht und das Durchlaufen des Asylverfahren in der Schweiz bedeuten und mit sich bringen. Dazu gehört auch die besondere Situation im Zusammenhang mit der kollektiven Unterbringung. Diese Faktoren haben einen Einfluss auf den Zugang zum Gesundheitssystem und auf die Erfahrungen, die damit gemacht werden.

3.1 Reproduktive Gesundheit im Fluchtkontext

Auf der Flucht nach Europa sind Frauen spezifischen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt. Aufgrund der restriktiven Einwanderungspolitik sind die Fluchtwege in die Schweiz gekennzeichnet von Gewaltvorkommnissen an den militarisierten Aussengrenzen Europas und den überwachten Binnengrenzen; sehr oft sind die Geflüchteten von Schleusernetzwerken abhängig. In Deutschland wurden 663 geflüchtete Frauen zu ihren Fluchterfahrungen befragt: 87 % von ihnen mussten sich auf der Flucht organisierten Netzwerken anvertrauen. Fast jede zweite Frau berichtete, auf der Flucht Hunger und Durst erlitten zu haben (46,3 %) und keinen Zugang zur medizinischen Grundversorgung (47,6 %) gehabt zu haben. Mehr als jede dritte Frau wurde unfreiwillig von der Familie getrennt (34,5 %), fast jede vierte inhaftiert (23 %). Mehr als jede fünfte Frau wurde gefoltert (22,1 %) und knapp jede fünfte gab an, sexualisierte Gewalt erlebt zu haben (19,1 %), wobei die Dunkelziffer weit höher liegen dürfte (Jesuthasan et al., 2018).

Flucht geht demnach für Frauen mit vielfältigen Formen der Verwundbarkeit und Unsicherheit einher. Neben der Schliessung bzw. Militarisierung der europäischen Grenzen verschärfen prekäre Aufnahmeeinrichtungen in Europa die Gewalt, darunter auch verschiedene Formen sexueller und geschlechtsspezifischer Gewalt (SGBV) (Gerard & Pickering, 2014; Keygnaert et al., 2012). Die in diesem Kontext notwendigen gesundheitlichen und psychosozialen Versorgungsstrukturen auf den Fluchtrouten

→ [NGO Mambrella: Hebammenbus für Menschen auf der Flucht](#)

und in den Transitländern sind grundsätzlich nicht genügend (Pérez-Vázquez & Bonilla-Campos, 2022; UNHCR et al., 2016).

Die Fluchtwege nach Europa beeinflussen auch die reproduktive Gesundheit von geflüchteten Frauen. Die Gesundheitsrisiken sind hoch und die Gesundheitsversorgung auf den Routen sind inexistent bis rudimentär. Bei einer Schwangerschaft sind Frauen einem höheren Risiko von Komplikationen, Frühgeburten und sogar einem höheren Sterberisiko ausgesetzt, während der Zugang zu Verhütungsmitteln schwierig sein kann (Rohweder, 2016). Die lebensgefährlichen Überfahrten auf der Mittelmeerroute bergen laut medizinischen Fachpersonen der Seenot-Rettung extreme Gesundheitsrisiken für Schwangere und Kleinkinder (Klimmer, 2021). Auf dem europäischen Festland wiederum bestehen Zugangshürden bei der gesundheitlichen Versorgung während der Schwangerschaft und bei anderen Themen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit (Scott & Wallis, 2021). Auch in der Schweiz gibt es Defizite in der Versorgungslage.

→ [Erfahrungsbericht einer Hebamme beim Besuch eines Geflüchtetenlagers in Griechenland](#)

3.2 Versorgungslage nach Ankunft in der Schweiz

Nach ihrer Ankunft in der Schweiz ist für geflüchtete Frauen eine auf ihre Bedürfnisse abgestimmte sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung besonders wichtig. Die Schweiz gewährleistet Asylsuchenden zwar grundsätzlich Zugang zur medizinischen Grundversorgung, doch ist der Umgang mit frauenspezifischer Gesundheit unterschiedlich und die Versorgungslage geflüchteter Frauen gestaltet sich divers. Der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung ist sowohl in den Asylzentren des Bundes als auch nach dem Transfer in die Kollektivzentren der Kantone mit Hürden verbunden.

Im Rahmen der Neustrukturierung des Asylwesens und der Umsetzung des revidierten Bundesgesetzes über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz, EpG) gibt es seit Januar 2018 das System «Medic-Help». Es sieht vor, dass vor Ort in den Asylzentren des Bundes Pflegefachpersonen eingesetzt werden. Geflüchtete Frauen durchlaufen innerhalb von drei Tagen ein computergestütztes gesundheitliches Eintrittsverfahren. Dieses besteht einerseits aus der medizinische Eintrittsinformation (MEI)², in deren Rahmen Gesundheitsinformationen vermittelt werden, und andererseits aus der medizinischen Eintrittskontrolle (MEK)³, in der die gesundheitliche Situation abgeklärt wird; daraufhin erfolgt eine gesundheitliche Triage durch die Pflegefachpersonen. Im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit werden im MEI und im MEK nur sexuell übertragbare Krankheiten und die Schwangerschaft systematisch thematisiert. Der vorgegebene Rahmen erlaubt es nur beschränkt, andere frauengesundheitliche Themen anzusprechen. Die Voraussetzungen, dass geflüchtete Frauen sexuelle und geschlechtsspezifische Gewalt thematisieren können, sind also nicht gegeben (BRAVA et al., 2021; GREVIO, 2022).

→ [Schematische Übersicht des Systems „Medic-Help“](#)

² Einsehbar über diesen Link: [Home \(medic-help.ch\)](https://www.home.medic-help.ch), zuletzt abgerufen am 30.01.2024.

³ Einsehbar über diesen Link: [intro \(mmcheck.ch\)](https://www.intro.mmcheck.ch), zuletzt abgerufen am 30.01.2024.

Je nach Kanton und Unterkunft ist die Gesundheitsversorgung unterschiedlich organisiert. Die REFUGEE-Studie (Cignacco et al., 2017) zeigte auf, dass die perinatale Versorgung asylsuchender Frauen und Kinder in den Unterkünften ungenügend ist und ein Bedarf an Versorgungsmodellen besteht: Betreuungspersonen können der besonderen Situation geflüchteter Frauen und ihrer Säuglinge nicht gerecht werden und verfügen oft nicht über das nötige Fachwissen. Weiter ist für Geflüchtete der Zugang zu Hebammen eingeschränkt; der Besuch von Geburtsvorbereitungskursen ist nicht für alle möglich (Cignacco et al., 2017). Zusätzlich ist die Gesundheitsversorgung für asylsuchende Frauen und ihre Säuglinge von zahlreichen Brüchen gekennzeichnet. Die dezentrale Organisation und Fragmentierung führen dazu, dass der Informationsfluss zwischen den Gesundheitsdiensten in den Asylunterkünften und bei den externen (ambulanten oder stationären) Leistungserbringern oft nicht gewährleistet ist, Einschränkungen und Zugangsbarrieren führen zu starken Benachteiligungen (Cignacco et al., 2017). Weiter hat der Transfer geflüchteter Frauen von den Asylzentren des Bundes in die Kantone Versorgungsunterbrüche zur Folge, da die gesundheitlichen Aspekte in der Transferadministration nur bedingt beachtet werden und die Weiterleitung der medizinischen Daten nicht immer zeitgerecht und umfassend mit dem Transfer erfolgt (BSS Volkswirtschaftliche Beratung, 2023).

3.3 Überschneidung zwischen Gesundheitsversorgung und Asylstrukturen

Eine Ursache dieser Defizite in der gesundheitlichen Versorgung liegt unter anderem in der Tatsache, dass sich hier zwei Systeme überschneiden: das *rechtliche Asylverfahren* inklusive dessen Unterbringungs- und Betreuungsstrukturen und die *gesundheitliche Versorgung*, die sich aufgrund des föderalen Systems auf kantonaler Ebene unterschiedlich ausgestaltet (Marks-Sultan et al., 2016). Diese Überschneidung zeigt sich auch in der institutionellen Verortung des Konzeptes «Gesundheitsversorgung für Asylsuchende in Asylzentren des Bundes und in den Kollektivunterkünften der Kantone», welches das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und das Staatssekretariat für Migration (SEM) im Zuge der Revision des EpG gemeinsam verabschiedet haben (SEM & BAG, 2017). Das Konzept ist als Referenzdokument für die gegenwärtige Umsetzung der Gesundheitsversorgung in den kollektiven Unterbringungsstrukturen zu verstehen. Eine weitere Charakteristik dieser Überschneidung ist die Tatsache, dass in den kollektiven Unterkünften sowohl Mitarbeitende der Betreuung als auch Pflegefachpersonen in der Gesundheitsversorgung eine zentrale Rolle einnehmen. Die Mitarbeitenden der Betreuung stehen im Kontakt zu den geflüchteten Frauen und sind oft ihre ersten Ansprechpersonen – auch in gesundheitlichen Belangen. Sie können helfen, Zugangshürden zu überwinden, indem sie Bedürfnisse erkennen und die Frauen den gesundheitlichen Fachpersonen zuweisen. Eine aktuelle Evaluation zeigt auf, dass Mitarbeitende der Betreuung oftmals nicht die fachliche Grundausbildung haben und dass gerade in den Asylzentren des Bundes die Verantwortungsbereiche sowie die Zusammenarbeit in Gesundheitsthemen nicht immer klar definiert sind (BSS Volkswirtschaftliche Beratung, 2023).

Im aktuellen System der Gesundheitsversorgung in Asylstrukturen haben Pflegefachpersonen eine zentrale Triage-Funktion inne (SEM, 2022) Gerade im sensiblen Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit kann die Triage eine Zugangsbarriere darstellen, wenn sich Frauen in einem ersten Schritt den

Pflegefachpersonen in den Zentren anvertrauen und sich erklären müssen, um beispielsweise einen gynäkologischen Termin zu erhalten. Die strukturellen Bedingungen insbesondere in den Bundeszentren verschärfen diese Situation, da einerseits nicht systematisch Hebammen mit spezifischem Wissen über reproduktive Gesundheit vor Ort angestellt werden (nur bei Bedarf werden freiberufliche Hebammen hinzugezogen), und andererseits die administrative Arbeit einen beträchtlichen Teil der Ressourcen der Pflegefachpersonen in Anspruch nimmt und der Zeitdruck gross ist (BSS Volkswirtschaftliche Beratung, 2023). Im Gegensatz zu mandatierten Hausärzt*innen, die vom SEM angestellt werden, unterstehen die Pflegefachpersonen den Zentrumsbetreiberorganisationen; diese definieren auch die finanziellen Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung.

Bei einem Transfer in die Kantone finden sich geflüchtete Frauen in den meisten Fällen in kollektiven Unterkünften mit einem ähnlichen überschneidenden System wieder, wobei die gesundheitliche Triage nicht in allen Fällen Pflegefachpersonen obliegt. Vielmehr sind auch Betreuungspersonen zuständig und es können externe Hausärzt*innen mandatiert werden (SEM & BAG, 2017). Je nach Kanton bestehen daher unterschiedliche Versorgungsmodelle im Bereich der reproduktiven und sexuellen Gesundheit, die sich in Bezug auf den Zugang und die Qualität der Versorgung unterscheiden (Cignacco et al., 2017). Eine Übersichtsstudie des Schweizerischen Kompetenzzentrums für Menschenrechte (SKMR) – verfasst im Rahmen des Postulats Feri 16.3407 – bestätigt diese ungleiche Versorgungssituation von geflüchteten Frauen auf kantonaler Ebene (Amacker et al., 2019). Somit ist von einer erheblichen *gesundheitlichen Ungerechtigkeit* auszugehen.

3.4 Familienplanung und Zugang zu Verhütungsmitteln

In Bezug auf Familienplanung und den Zugang zu Verhütungsmitteln gibt es für Asylsuchende in der Schweiz klare Mängel. Nicht jeder Zeitpunkt ist für eine geflüchtete Frau oder ihre Familie gleich gut geeignet, um ein Kind zu bekommen. Der Umgang mit Verhütung wird grundsätzlich von den in der Familie und im eigenen sozialen Umfeld erlernten Gewohnheiten beeinflusst. Zwar gibt es Unterschiede in Bezug auf verschiedene Herkunftsregionen, noch mehr jedoch haben Bildung und Sozialstatus einen Einfluss (Seyler, 2015). Im Zufluchtsland sollte denn auch grundsätzlich die Aufklärung über die Methoden und Nebenwirkungen von verfügbaren Verhütungsmitteln und deren Kostenübernahme sichergestellt und gut verständlich kommuniziert werden, um so den Grundsätzen der reproduktiven Selbstbestimmung geflüchteter Frauen gerecht zu werden (AG Reproduktive Gerechtigkeit, 2023).

Verschiedene Studien zeigen auf, dass für Frauen mit Migrations- und Fluchterfahrung neben der nicht gesicherten Finanzierung zusätzliche Hürden wie ein ungenügender Zugang zur Beratung oder auch fehlende Dolmetscherdienste bestehen können (Cignacco et al., 2017; Kurth et al., 2010; Merten & Tschudin, 2021; Origlia Ikhilior et al., 2017; Sieber, 2017a). Versorgungslücken bestehen sowohl nach dem Eintreten in die Asylstrukturen als auch später in der entsprechenden Regelversorgung. In den Unterbringungen auf Bundesebene basieren die gesundheitlichen Versorgungskonzepte auf dem revidierten EpG und dessen Verordnung (EpV) (SEM & BAG, 2017). Wie bereits erwähnt, erhalten Geflüchtete in der sogenannten medizinischen Eintrittsinformation (MEI) mithilfe einer computergesteuerten Übersetzung in 37 Sprachen per Mausclick eine gesundheitliche Erstinformation.

Dieses Programm behandelt zwar die gesundheitlichen Aspekte der Schwangerschaft sowie die Verwendung von Kondomen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten, nicht aber Fragen der Schwangerschaftsverhütung.⁴ Neben der Sicherstellung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung liegt ein wesentlicher Schwerpunkt auf der Aufklärung über Prävention, der Erkennung und Behandlung übertragbarer Krankheiten und damit auch sexuell übertragbarer Krankheiten. Verhütungsthemen werden in diesem Rahmen nicht immer nachhaltig im Sinne einer selbstbestimmten Schwangerschaftsverhütung vermittelt. In diesem Zusammenhang kann auch der Zugang zu Kondomen als einziges systematisch verfügbares Verhütungsmittel verstanden werden, das wiederum für Frauen keine selbstbestimmte Verhütungsmethode darstellt.

Während der anschliessenden medizinischen Eintrittskontrolle (MEK), die ebenfalls computergestützt ist, gibt es bei der Aufzählung möglicher gesundheitlicher Bedürfnisse einzig eine Frage über «*Probleme im Urogenitaltrakt*» (sic). Somit liegt es im Ermessen und an den vorhandenen Ressourcen der zuständigen Pflegefachpersonen, allenfalls Themen der reproduktiven Gesundheit und insbesondere der Schwangerschaftsverhütung aufzugreifen und entsprechende Informationen abzugeben. Dabei gilt es zu erwähnen, dass auch keine systematische Anamnese bezüglich Erfahrungen mit sexualisierter Gewalt stattfindet, obwohl von einer hohen Prävalenz auszugehen ist.

3.4.1 Kostenübernahme von Verhütungsmitteln: Situation im Kanton Bern

Nach ihrer ersten Zeit in den Bundesasylzentren sind Geflüchtete in der Schweiz auf Asylsozialhilfe oder Sozialhilfe angewiesen. Da in der Sozialhilfe bezüglich der Übernahme der Kosten für die Verhütung ein Ermessensspielraum besteht, finden sich in den föderalen Strukturen der Schweiz unterschiedliche Handhabungen auf kantonaler Ebene, unter Gemeinden und in den Ämtern. Die aktuelle Praxis der Kostenübernahme im Kanton Bern ist wie folgt geregelt:

- Während des Aufenthalts in Bundesasylzentren legt das Betriebskonzept (BEKO) die Finanzierung von Verhütungsmitteln fest und regelt die Übernahmekosten. In diesem Rahmen lässt das BEKO die «Berücksichtigung der Dringlichkeit, des Verfahrensstands und der Sozialhilfe-Regelungen des Standortkantons» (EJPD & SEM, 2022) zu und eröffnet so einen Ermessensspielraum.⁵
- In der Stadt Bern wird die Verhütung seit dem 1. Februar 2021 «grundsätzlich von der Sozialhilfe und Asylsozialhilfe finanziert und chirurgische Eingriffe werden unter bestimmten Voraussetzungen übernommen» (Sozialhilfekommission der Stadt Bern, 2020.)

⁴ Vgl. [Home \(medic-help.ch\)](https://www.home.mediac-help.ch), zuletzt abgerufen am 30.01.2024.

⁵ Das Konzept sieht Folgendes vor: «Die AS [Asylsuchenden; Ergänzung M.W.] erhalten grundsätzlich Mittel und Leistungen, um Aktivitäten des täglichen Lebens sicherzustellen (z.B. zahnärztliche Notversorgung, Brille, Hörgerät, Gehhilfe, Rollstuhl, Verhütungsmittel gemäss ärztlicher Verschreibung, etc.), unter Berücksichtigung der Dringlichkeit, des Verfahrensstands und der Sozialhilfe-Regelungen des Standortkantons.»

- Auf Kantonsebene wiederum werden im Kanton Bern «Kosten im Zusammenhang mit Empfängnisverhütung (...) auf Antrag der Sozialhilfebeziehenden als SIL (Situationsbedingte Leistung) übernommen».⁶
- Geflüchtete Menschen, deren Asylgesuche abgewiesen wurden, die von der Sozialhilfe ausgeschlossen sind und in Nothilfe-Strukturen leben, haben im Kanton Bern keinen gesicherten Zugang zur Finanzierung von Verhütungsmitteln (Kanton Bern, 2023).⁷

Für geflüchtete Frauen bestehen somit allein im Kanton Bern eine Vielzahl behördlicher Weisungen, welche die Finanzierung von Verhütungsmitteln betreffen. Eine bei den Fachstellen für sexuelle Gesundheit im Kanton Bern im Sommer 2023 durchgeführte Untersuchung zeigte auf, dass diese Regelungen keineswegs immer bekannt sind. Teilweise gibt es auch bei Fachpersonen Unsicherheiten in Bezug auf die Finanzierung (Metthez et al., 2024).

3.4.2 Zugang zu Information: Situation im Kanton Bern

Damit geflüchtete Frauen über das notwendige Wissen verfügen, um ihre Rechte einzufordern, ist der Zugang zu Beratung und Information über zugängliche Verhütungsmittel und deren Finanzierung sicherzustellen. Das Projekt Multicolore der Aids Hilfe Bern bietet Schulungen für Migrantinnen und Asylsuchende zu den Themen HIV/STI, sexuelle Rechte und Gesundheit sowie Informationen über Verhütungsmethoden an. Diese werden mit Unterstützung von Multiplikator*innen mit Migrationserfahrung durchgeführt. Laut den Projektverantwortlichen hängt es massgeblich von der Praxis und vom Willen der verschiedenen regionalen Partner im Asylbereich ab, ob in den kantonalen kollektiven Unterbringungen Kurse durchgeführt bzw. ob geflüchtete Personen in einen Kurs vermittelt werden. Immer wieder entstehen beträchtliche Versorgungslücken, da die Zusammenarbeit durch stete Restrukturierungen sowie Fluktuationen bei den Mitarbeitenden der Betreuung erschwert wird.⁸

Schulungen und Workshops vermitteln wichtige Erstinformationen, ersetzen aber keine fachliche Beratung. Eine individuell zugeschnittene Verhütungsberatung ist essenziell, um die Zufriedenheit und Adhärenz (verlässlichen Umgang) mit Verhütungsmethoden zu garantieren (Tschudin, 2021). Dies gilt umso mehr für Geflüchtete, da sie durch den

⁶ [Richtlinien SKOS KT Bern](#), zuletzt abgerufen am 30.01.2024

⁷ Der exakte Wortlaut der entsprechenden Weisung lautet: «Die NHS [Nothilfestelle; Ergänzung M.W.] ist verpflichtet, zwingend notwendige, ärztlich verordnete nicht kassenpflichtige Hilfsmittel, Medikamente und Behandlungen zu übernehmen. Das entsprechende Verfahren ist einzuhalten (vgl. Ziff. 6.4). Im Merkblatt M4 «andere Sachmittel» sind die unter anderen Sachmitteln zu verstehenden Dienstleistungen und deren Finanzierung grob umrissen. Verhütungsmittel fallen nur dann unter den Begriff «andere Sachmittel», wenn sie ärztlich verordnet sind. Das Selbstbestimmungsrecht über die Art der Verhütung ist somit faktisch eingeschränkt durch die eigenen finanziellen Mittel oder das Vorliegen einer ärztlichen Anordnung. Mit der Abgabe von Kondomen wird die faktische Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts abgedeckt» (Kanton Bern, 2023).

⁸ Gespräch mit der Projektverantwortlichen Multicolore, Maria Furrer, Aids Hilfe Bern, am 31.02.2023.

Fluchtkontext und aufgrund ihrer Situation in einem neuen Land mit zusätzlichen Unsicherheiten konfrontiert sind. Inwiefern dieser Zugang zur individuellen Beratung für geflüchtete Frauen de facto besteht, wurde bisher nicht umfassend erhoben (Metthez et al., 2024).

3.5 Kollektive Unterbringung

Geflüchtete Personen verbringen die erste Zeit nach ihrer Ankunft in der Schweiz in kollektiven Unterbringungsstrukturen des Bundes und danach in entsprechenden Unterkünten des Kantons. Die Dauer ihres Aufenthalts in solchen Strukturen ist für Geflüchtete kaum absehbar, da sie einerseits an das Asylverfahren, andererseits an die kantonale Gesetzgebung und Praxis und an die Verhältnisse auf dem Wohnungsmarkt gebunden ist. Der Verbleib in diesen Strukturen kann Monate, aber auch Jahre andauern.⁹

Im englischsprachigen Raum gibt es eine anhaltende Debatte darüber, inwiefern der Begriff *camp* auch für kollektive Unterbringungen von Geflüchteten in Europa verwendet werden soll. Die Entwicklungen in Europa, Geflüchtete in kollektiven Strukturen unterzubringen, die einen tieferen Lebensstandard bieten und einen halbgeschlossenen Charakter haben, wird als *campization* bezeichnet (Kreichauf, 2018). Auch die Schweiz trägt diese Entwicklung mit. Vor diesem Hintergrund und aufgrund der Tatsache, dass die am vorliegenden Projekt beteiligten geflüchteten Frauen sowohl in den Interviews als auch in den Gruppendiskussionen mehrheitlich den Begriff *camp* für die Unterkünte in der Schweiz verwendeten, wird der Begriff in diesem Bericht bei den Übersetzungen der Zitate beibehalten.

Die Lebensbedingungen in den Kollektivunterkünften sind gekennzeichnet von einer fehlenden Privatsphäre, von sozialer Ausgrenzung, einer prekären Infrastruktur und schlechten sanitären Einrichtungen, von einer hohen Gewaltrate, einer starken Abhängigkeit von Behörden und einem eingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung – ein Kontext, der insbesondere schwangere Frauen vor enorme Herausforderungen stellt (Gewalt et al., 2019). Dabei wurde verschiedentlich auf das Fehlen einer gendersensiblen Infrastruktur hingewiesen (Amacker et al., 2019; Chinwe Chukwuma, 2023; UNHCR Schweiz und Liechtenstein, 2023). Für den Kanton Bern wurde aufgezeigt, wie der allgemeine «Dichtestress» zu vermehrten Konflikten und Gewalt in den Kollektivunterkünften führt (KKF, 2023). In Kombination mit einem Mangel an Privatsphäre und getrennten Räumen für Frauen und Kinder wirkt sich dies negativ auf deren Wohlbefinden und Gesundheit aus.

3.6 Reproduktive Gerechtigkeit

Mit dem Ansatz der Reproduktiven Gerechtigkeit lassen sich die Lebensumstände, die sich auf die reproduktive Gesundheit und Rechte auswirken, in den Blick nehmen. Er

→ Reproduktive Gerechtigkeit. Eine Einführung.

⁹ Siehe hierzu die Übersichtsliste der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK) bezüglich der Unterbringungssituation: https://www.sodk.ch/2020.12.17_Unterst\374tzungsleistungen.xlsx (ch-sodk.s3.amazonaws.com).

bringt die reproduktive Gesundheit in Zusammenhang mit Fragen der sozialen Gerechtigkeit (Ross & Solinger, 2017). Entstanden ist der Ansatz der Reproduktiven Gerechtigkeit in den 1990er-Jahren in den USA, wo sich *Schwarze*¹⁰ und andere marginalisierte Gruppen rund um die liberalen Forderungen nach reproduktiven Rechten (Debatten zur Thematik «My body, my choice»), die sich primär auf das Recht auf Abtreibung beschränkten, nicht repräsentiert fühlten. Mit ihrem Ansatz rückten sie ins Zentrum, dass die reproduktiven Rechte immer auch mit sozioökonomischen Ungleichheiten (und somit sozialer Gerechtigkeit) in Zusammenhang gebracht werden müssen. Damit machten sie deutlich, dass die Debatte um das Recht auf Abtreibung und Verhütung nicht losgelöst vom gesellschaftlichen Kontext und den Lebensbedingungen der Menschen diskutiert werden kann. Auch die Bedingungen für die Umsetzung der Rechte müssen thematisiert und damit die entsprechenden Fragen gestellt werden, so auch die Frage nach dem de facto Zugang zu diesen Rechten. Begründerinnen des Ansatzes weisen darauf hin, dass «die Möglichkeiten bezüglich der Reproduktion, die Menschen haben, immer von den Ressourcen abhängig [sind], die sie haben – oder eben nicht haben» (Ross & Solinger, 2017). Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass in den feministischen Debatten um reproduktive Rechte vor allem das Recht auf Abtreibung/Verhütung verhandelt wurde, während andere Themen ausgeklammert blieben. Für die Vertreterinnen von reproduktiver Gerechtigkeit sind jedoch das Recht auf Mutterschaft, auf sichere Geburten oder auf die Sicherheit der Kinder vor rassistischer Gewalt genauso wichtig (AG Reproduktive Gerechtigkeit, 2023). Das Konzept der Reproduktiven Gerechtigkeit stützt sich daher auf drei Bereiche, die gleichermaßen zentral sind, um tatsächlich frei über das eigene Leben und die eigene Familienplanung entscheiden zu können.

- Erstens das Recht, keine Kinder zu bekommen und damit einen gesicherten Zugang zu Verhütungsmitteln und zum Schwangerschaftsabbruch zu haben.
- Zweitens das Recht, Kinder zu bekommen. Damit einher gehen die Fragen nach einer diskriminierenden Bevölkerungspolitik und nach den gesellschaftlichen Bedingungen, die es bestimmten sozialen Gruppen erschweren, Kinder zu bekommen.
- Drittens das Recht, die eigenen Kinder in einer sicheren und gesunden Umgebung aufzuziehen. Hier werden die Umstände thematisiert, durch die marginalisierte Familien und Mütter aufgrund von sozialen Ungleichheiten in Lebenssituationen sind, die eine Eltern- bzw. Mutterschaft erschweren oder verunmöglichen.

Die Lebensrealitäten und damit die strukturellen Rahmenbedingungen sind zentral und müssen berücksichtigt werden. Damit verbunden ist auch die Überlegung zur Frage, wer historisch und in aktuellen Kontexten gesellschaftlich legitimiert ist, Mutter zu sein. So will der Ansatz der Reproduktiven Gerechtigkeit aufzeigen, dass die Verteilung

¹⁰ *Schwarz* wird hier als Selbstbezeichnung von Menschen verwendet und kursiv geschrieben, um zu zeigen, dass damit keine Hautfarbe beschrieben wird, sondern der Begriff eine politische Selbstbezeichnung ist, die gemeinsame Erfahrungen und gesellschaftspolitische Lebensrealitäten von Menschen beschreibt, die von anti-Schwarzem Rassismus betroffen sind (vgl. AG Reproduktive Gerechtigkeit, 2023).

von Macht und Ressourcen auch Auswirkungen darauf hat, wer sich in einer Gesellschaft wie reproduzieren kann und soll. Reproduktive Gerechtigkeit bedeutet schlussendlich, die *persönliche Ebene der Reproduktion* der Frage «Will ich Kinder?» mit der *strukturellen Ebene der Reproduktion* und der Frage: «Welche Elternschaft wird gefördert?» zusammenzudenken (AG Reproduktive Gerechtigkeit, 2023).

Der Ansatz ist historisch eng mit sozialen Bewegungen verbunden und vertritt die Position, mittels «Storytelling» unterschiedliche soziale Realitäten in Bezug zur selbstbestimmten Reproduktion zu erarbeiten (Ross & Solinger, 2017). Mit den zugänglich gemachten Erfahrungen von Frauen im Fluchtcontext und den so erfassten Realitäten leistet der vorliegende Forschungsbericht einen Beitrag zu aktuellen Debatten um die reproduktive Gerechtigkeit.

4. METHODE

Das Forschungsprojekt REPPER besteht aus vier aufeinander aufbauenden Phasen. In einem ersten Schritt wurden Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Migrationsbereich sowie geflüchtete Frauen zur gesellschaftlichen Relevanz der Forschungsthematik befragt und mögliche Forschungsfragen diskutiert und definiert. In den Gesprächen wurden auch Herausforderungen hinsichtlich der Umsetzbarkeit der Forschung formuliert, da sich geflüchtete Frauen häufig in starken strukturellen Abhängigkeiten befinden und ihre Lebenssituation durch ihre gesellschaftliche Marginalisierung gekennzeichnet ist. Zudem bewegt sich die Fragestellung in einem Themenfeld, das mit Scham oder Tabus behaftet sein kann. Aufgrund dieser Ausgangslage stellte sich die Frage, inwieweit geflüchtete Frauen in einem Forschungssetting über diese Themen sprechen wollen und können. Daher wurde in einer zweiten Phase in einem fünfmonatigen Pilotprojekt die Umsetzbarkeit des Forschungsanliegens geprüft. In dieser Pilotphase wurden explizit die Vorgehensweisen bei der Kontaktaufnahme zu den geflüchteten Frauen sowie das Interviewsetting und die Interviewführung ausprobiert, reflektiert und angepasst. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Arbeit und der Rolle von Dolmetscher*innen im Forschungsprozess führte zur Entscheidung, eine interkulturelle Dolmetscherin mit Fluchterfahrung als Projektmitarbeiterin einzustellen. Sie war fortan an allen Forschungsschritten beteiligt. Auf diese Weise wurde ein partizipatives Forschungsdesign initiiert und entwickelt. Für die Hauptstudie wurde das Forschungsteam von sechs Co-Forschenden mit Erfahrungswissen im Kontext von Flucht und Asyl begleitet. Die Co-Forschenden unterstützten die Datenanalyse in der Hauptstudie durch regelmässige Gruppendiskussionen. Die vierte Phase dient der Kommunikation der Ergebnisse mit einem partizipativen Ansatz. In Zusammenarbeit mit den Co-Forschenden werden die Projektthematik, der methodische Ansatz und die zentralen Forschungsergebnisse einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

4.1 Wessen Stimme wird gehört? Überlegungen zur epistemischen Ungerechtigkeit

Die Studie hatte zum Ziel, den geflüchteten Frauen, ihrem Erleben und ihrer Erfahrungen Raum und Öffentlichkeit zu geben. Sie orientiert sich dabei an Miranda Frickers Theorie der *epistemischen Ungerechtigkeit* (Fricker et al., 2023). Eine *epistemische Ungerechtigkeit* liegt dann vor, wenn bestimmten gesellschaftlichen

Gruppen – beispielsweise Frauen oder migrantischen Gemeinschaften – die Fähigkeit abgesprochen wird, relevantes Wissen zu erlangen und verlässliche Wahrnehmungen mitzuteilen (*testimoniale Ungerechtigkeit*). Eine weitere Ungerechtigkeit ist dann vorhanden, wenn marginalisierte Gruppen gar nicht im Besitz der nötigen «Werkzeuge» im Sinne von Deutungsmitteln – etwa Beschreibungen und Begriffen – sind, um ihre besonderen Erfahrungen überhaupt als Ungerechtigkeit zu benennen und einordnen zu können (*hermeneutische Ungerechtigkeit*). Als relevant erachtete das Forschungsteam sowohl die testimoniale Ungerechtigkeit, die geflüchtete Frauen durch ihre seltene Einbeziehung in Forschungsprojekte erfahren, als auch die hermeneutische Ungerechtigkeit, die darin besteht, dass ihnen oftmals keine Instrumente und Räume zur Verfügung stehen, um ihre gemeinsamen Erfahrungen zu reflektieren und zu konzeptualisieren. Diese Debatte über erkenntnistheoretische Ungerechtigkeiten, die aktuell auch im Bereich von Global Health diskutiert wird (Bhakuni & Abimbola, 2021; Naidu, 2021), hat die Entwicklung der qualitativen und partizipativen Methoden im Laufe dieser Studie kontinuierlich beeinflusst.

4.1.1 Integration der interkulturellen Dolmetscherin in das Projektteam

Neben den oben ausgeführten Überlegungen zur *epistemischen Ungerechtigkeit* führten gleichzeitig auch methodologische Überlegungen dazu, dass eine interkulturelle Dolmetscherin als Projektmitarbeiterin angestellt wurde. Beim wissenschaftlichen Umgang mit Dolmetscherdiensten stehen einerseits das soziale Ziel der Überwindung von Kommunikationsbarrieren, und andererseits auch das wissenschaftliche Ziel, Erkenntnisse über Sprachgrenzen hinweg zu kommunizieren im Fokus (Rumpel & Tempes, 2019). Transparente methodologische Reflexionen über die Art des Bezugs von Dolmetscher*innen untermauern die Qualität einer Forschung (Lauterbach, 2014). Die entsprechenden Herausforderungen betreffen neben der Übersetzung des Interviewmaterials und der Interviewauswertung auch die erforderlichen Kompetenzen der Dolmetscher*innen sowie deren Rahmenbedingungen bei ihrer Arbeit im Forschungsprozess. All diese Faktoren sind Qualitätskriterien und haben Einfluss auf die Qualität der Daten. Enzenhofer und Resch (2011) erarbeiteten praxisbezogene Empfehlungen für die Übersetzungsarbeit in der qualitativen Forschung. Sie plädieren dafür, das Dolmetschen als umfassenden Bestandteil eines Forschungsprozesses anzuerkennen anstatt punktuell externe Leistungen von Dolmetscher*Innen beizuziehen. Das Forschungsprojekt REPPER orientiert sich an diesem Paradigma und hat entsprechende methodische Massnahmen ergriffen (Wegelin & Abdin, 2022): Als Teammitglied wurde die Dolmetscherin in die Forschungsmethoden eingeführt und die Interviews wurden zusammen vorbereitet und in zeitnahen Nachbesprechungen reflektiert. Durch die Anstellung als Projektmitarbeiterin konnte die Dolmetscherin bei den verschiedenen Schritten des Forschungsprozesses wiederum ihr spezifisches Wissen einfließen lassen, indem sie die Rekrutierung unterstützte, die Interviewleitfäden mitentwickelte, bei der Transkription der Audiodateien mitwirkte und schlussendlich die Datenanalyse begleitete. Als Teammitglied und Co-Autorin wurde ihre Arbeit somit sichtbar gemacht und entsprechend anerkannt.

4.1.2 Datenanalyse mit Unterstützung von Co-Forschenden

Eine Gruppe von sechs Co-Forschenden begleitete den Prozess der Datenanalyse. Dies stellte sicher, dass die Expertisen und Perspektiven von Frauen mit Fluchterfahrung in

die Analyse und damit in den massgeblichen Teil der Wissensproduktion einfließen konnten. In der Literatur werden nur begrenzt Ansätze partizipativer Methoden der Auswertung beschrieben und auch nur wenige konkrete Erfahrungsberichte geteilt (Hartung et al., 2020). Das Forschungsteam einigte sich daher mit den Co-Forschenden auf eine flexible Gestaltung des Analyseprozesses, im Laufe dessen die Methoden dynamisch und entsprechend den Rückmeldungen und den bestehenden Ressourcen der Co-Forschenden entwickelt und angepasst wurden. Somit wurden auch die grundsätzliche Offenheit und die Flexibilität partizipativer Prozesse anerkannt, was unabdingbar ist, wenn der partizipative Charakter beibehalten werden soll (Bergold & Thomas, 2012).

4.1.3 Charakteristiken der Interviewpartnerinnen

An der Studie nahmen insgesamt 14 geflüchtete Frauen teil. Alle waren im reproduktiven Alter, besaßen einen unterschiedlichen Aufenthaltsstatus und lebten zum Zeitpunkt des Interviews zwischen einem und acht Jahren in der Schweiz. Dass die Projektleiterin über mündliche Arabischkenntnisse verfügt, begünstigte die Kontaktaufnahme mit Arabisch sprechenden Frauen und wirkte sich positiv auf die Interviewsituation aus. Entsprechend lag die Priorität bei der Kontaktierung der Forschungsteilnehmerinnen auf Arabisch sprechenden Frauen. Zwei Frauen mit anderer Muttersprache kontaktierten aus eigener Initiative das Forschungsteam, um über ihre Erfahrungen Zeugnis abzulegen; sie wurden in die Forschung eingeschlossen. Die Interviews mit diesen Frauen wurden mit einer zusätzlich beigezogenen interkulturellen Übersetzerin geführt.

Die Erkenntnisse aus der Pilotphase liessen weiter die Annahme zu, dass nicht zwingend die kurze Aufenthaltsdauer in der Schweiz, sondern insbesondere der asylrechtliche Aufenthaltsstatus sowie die Wohn- und Lebenssituation zu einem unterschiedlichen Zugang zum Gesundheitssystem führen können. Folglich wurden im Sinne eines kontrastierenden Sampling-Verfahrens (Jan, 2015) geflüchtete Frauen interviewt, deren Aufenthaltsstatus im Asylprozess möglichst verschieden war (B, F, N oder abgewiesene Asylsuchende) und/oder die in diversen Wohnsituationen lebten. Viele der Interviewpartnerinnen hatten einen höheren Bildungshintergrund, was sich in den Ergebnissen widerspiegeln kann.

Übersicht über die Interviewpartnerinnen

Pseudonym	Alter	Aufenthaltsstatus	Familienstand	Kinder	Schweiz beim Interview
Aliya	xx	Resettlement B	verheiratet, Ehemann in CH	4 Kinder (1,5, 13, 16, 18 J.)	2 Jahre
Nesreen	24	Resettlement B	verheiratet, Ehemann in CH	1 Kind (9 Mt.)	1.5 Jahre
Dalila	24	Aufenthalt N	ledig	1 Kind (1,5 J.)	8 Monate
Amina	22	Flüchtling B	aus Zwangsehe geflohen	keine Kinder	1 Jahr
Naima	23	vorläufige Aufnahme F	verheiratete	keine Kinder	8 Monate
Safia	43	Resettlement B	verheiratet, Ehemann in CH	3 Kinder	6 Jahre
Maya	28	Asylsuchende N	verheiratet, Ehemann in CH	drei Kinder (6, 9, 11 J.)	3 Monate
Yara	46	vorläufige Aufnahme F	verwitwet	9 Kinder, davon 3 in der Schweiz (14, 16, 24 J.)	1,5 Jahre
Samira	39	vorläufige Aufnahme F	verheiratet, Ehemann in CH	3 Kinder (21, 18 und 11 J.)	3 Jahre
Nour	35	vorläufige Aufnahme F	verheiratet, Ehemann in CH	5 Kinder (7, 10, 11, 12, 13 J.)	6 Jahre
Zainab	40	Flüchtling B	verheiratet, Ehemann in CH	mit Ehemann in Schweiz, 2 Kinder (2 und 4 Jahre)	8 Jahre
Naila	38	Flüchtling B	verheiratet, Ehemann in CH	zwei Kinder (7 Mt. und 4 J.)	8 Jahre
Amal	42	abgewiesen, im Rückkehrzentrum	verheiratet, Ehemann in CH	zwei Kinder (4,5 und 7 J.) schwanger mit dem dritten Kind	7 Jahre
Amira	46	Flüchtling B	verheiratet, Ehemann in CH	zwei Kinder (6 und 8 J.)	3 Jahre

4.2 Datenerhebung

Geflüchtete Frauen können aufgrund ihrer prekären Lebenssituation, die oftmals von zahlreichen Abhängigkeiten geprägt ist, als *hard to reach group* (Flanagan & Hancock, 2010) bezeichnet werden. Ihre marginalisierte Position beeinflusst auch das Interviewsetting. Vor dem Hintergrund des *desirability bias* (Bergen & Labonté, 2020) – dem Phänomen der sozial erwünschten Antworten in der Interviewsituation – ist die Etablierung einer Vertrauensbasis eine zentrale Grundlage für das Generieren von valablen Daten. Gleichzeitig ist eine Auseinandersetzung mit der Beziehungsebene im Interview aus forschungsethischer Sicht gerade auch in stark hierarchisierten Settings mit geflüchteten Personen relevant (Clark-Kazak, 2017). Für diese Forschung waren somit sowohl der Vertrauensaufbau bei den Interviewpartnerinnen als auch die Reflexion der Interviews in Nachbesprechungen zentrale Elemente der Datenerhebung.

4.2.1 Vertrauensaufbau zu den Interviewpartnerinnen

Für die Kontaktaufnahme mit potenziellen Interviewpartnerinnen wurde eine informelle Kommunikationsweise bevorzugt. Sie erfolgte über verschiedene persönliche Kontakte des Projektteams zu Geflüchteten und Personen, die sich zivilgesellschaftlich in diesem Bereich engagierten. Dadurch gelang es, das Forschungsvorhaben als unabhängig von den behördlichen Asylinstitutionen zu präsentieren. In einigen Fällen wurde ein digitaler Flyer auf Deutsch und Arabisch mit Kurzinformationen zum Forschungsvorhaben per Kurznachricht verschickt; dieser konnte auch weitergeleitet werden. Zeigte eine Frau Interesse an einer Teilnahme, dienten ein bis zwei Vortreffen dem persönlichen Austausch und gleichzeitig als vertrauensbildende Massnahme, um eine für das Forschungsinterview möglichst förderliche Gesprächssituation zu generieren. Die Tatsache, dass die Projektleiterin durch ihre Arabischkenntnisse mit geflüchteten Frauen arabischer Muttersprache direkt in Kontakt treten konnte, begünstigte und vereinfachte diese Vorgehensweise.

Das Forschungsvorhaben wurde möglichst unabhängig von den behördlichen Asylinstitutionen präsentiert. Um diese Unabhängigkeit zu unterstreichen, war es entsprechend wichtig, dass in der ersten Kontaktaufnahme das Projekt persönlich dargelegt wurde und Rückfragen entsprechend beantwortet wurden. Die Einwilligung zu einer Studienteilnahme wurde nicht gleich vor Ort erfragt. Erst nach einigen Tagen Bedenkzeit wurde eine erneute proaktive Kontaktaufnahme vorgeschlagen. Damit sollte verhindert werden, dass sich die Frauen vor Ort unter Druck gesetzt fühlten, dem Gegenüber sofort eine Einwilligung geben zu müssen. Der Freiwilligkeit der Teilnahme als wichtige Basis für das Forschungsvorhaben wurde damit Nachdruck verliehen. Damit wurde auch der Skepsis, dass persönliche Informationen zurück in das Asylwesen fließen könnten, bereits zu Beginn so gut als möglich entgegengetreten.

4.2.2 Interviewführung

Der Leitfaden mit einer Reihe von offenen, halbstrukturierten Fragen wurde in einem Workshop gemeinsam mit der Dolmetscherin entwickelt. Eine zentrale Erkenntnis aus diesem Prozess war, dass ein produktiver Gesprächseinstieg an den *reproduktiven Biografien* (Perler & Schurr, 2020) der geflüchteten Frauen anknüpfen soll, um dann im weiteren Gesprächsverlauf über Fragen der Frauengesundheit und Familiengründung an das Thema Verhütung heranzuführen. Dabei wurde retrospektiv nach der Zeit seit der Ankunft in der Schweiz gefragt. Die vorgängigen informellen Treffen mit den

potenziellen Interviewpartnerinnen erwiesen sich mit Blick auf dieses Vorgehen als sehr nützlich: Sie ermöglichten die Erfassung der nötigen Informationen, um den Einstieg ins Interview und dessen Strukturierung an die reproduktiven Situationen der teilnehmenden Frauen anpassen zu können.

Bei den Vortreffen wurden die Frauen darüber informiert, dass für die Interviews in jedem Fall eine interkulturelle Dolmetscherin beigezogen werde, die aber dem Datenschutz und der Vertraulichkeit verpflichtet sei. Aufgrund der Arabischkenntnisse, die im Projektteam vorhanden waren, fanden die Interviews zu einem relevanten Teil ohne Rückübersetzung statt, was einen freien Erzählfluss der Interviewteilnehmerinnen ermöglichte. Die Dolmetscherin wiederum verantwortete die korrekte interkulturelle Übersetzung der von der Projektleiterin auf Deutsch gestellten Fragen ins Arabische und garantierte die Übersetzung der Erzählungen im Falle von sprachlichen Unklarheiten. Da sie mit den Forschungszielen vertraut war, formulierte sie am Ende des Interviews teilweise ebenfalls Fragen, um Aspekte zu beleuchten, die aus ihrer Sicht während des Interviews nicht genügend thematisiert worden waren.

4.2.3 Interviewsetting

In den Interviews wurde auf die Beziehungsebenen zwischen der Projektleiterin, der Dolmetscherin und den interviewten Frauen geachtet und dabei auch strukturelle Abhängigkeiten und der Umgang mit diesen reflektiert. Machtverhältnisse und Abhängigkeiten lassen sich zwar nicht aus dem Raum schaffen und beeinflussen die Gesprächsdynamiken, eine Reflexion darüber ist jedoch auch hinsichtlich der Datenerfassung wichtig und kann bestenfalls Ansätze hervorbringen, die das Setting positiv beeinflussen könnten.

Vor diesem Hintergrund war es beispielsweise ein zentrales Anliegen, den Interviewpartnerinnen ihre Rolle als Expertinnen aufgrund der von ihnen gemachten Erfahrungen (*expert of experience*) zu erklären und ihnen diese auch nahelegen. Zudem passte die Dolmetscherin das Mass der im arabischen Dialekt üblichen Anwendung von religiös konnotierten Kommunikationsmustern jeweils dem Sprechverhalten der Interviewteilnehmerinnen an. In einigen Interviewsituationen schlug die Dolmetscherin zudem vor, eine Frage mit allenfalls tabuisiertem Inhalt, beispielsweise zu einer ungeplanten Schwangerschaft, indirekt zu stellen. Manchmal wurde vor der eigentlichen Interviewfrage eine Aussage über die Heterogenität sozialer Normen und Perspektiven vorausgeschickt. Damit sollte verhindert werden, dass aufgrund von Stigma oder moralischer Positionierung relevante Perspektiven nicht geäußert werden (Chiumento et al., 2017). In Nachbesprechungen diskutierten die Projektleiterin und die Dolmetscherin den Verlauf sowie den Inhalt des Interviews. Diese Gespräche wurden aufgenommen sind integraler Bestandteil der Datenerfassung. Sie erwiesen sich als wertvoll, um die methodischen und analytischen Reflexionen festzuhalten und die gemeinsamen Forschungsschritte zu diskutieren (Chiumento et al., 2017; Wallin & Ahlstrom, 2006).

4.2.4 Coaching

Viele geflüchtete Frauen sind von geschlechtsspezifischer und sexualisierter Gewalt betroffen (UNHCR et al., 2016). Zusätzlich beinhaltet der Umgang mit einer prekären Situation im Interview kommunikative Herausforderungen. Deshalb wurde in der ersten Zeit der Datenerhebung die fachliche Unterstützung der transkulturellen Psychiatrie

der Universitären Psychiatrischen Dienste (UPD) Bern eingeholt. In einem konsekutiven Coaching diskutierten die Projektleiterin und die Dolmetscherin die Risiken möglicher Trigger oder Retraumatisierungen in der Gesprächsführung; dabei erhielten sie Instrumente für eine adäquate Kommunikation an die Hand. Im Coaching wurden neben der Gesprächsführung auch der Umgang mit strukturellen Abhängigkeiten und forschungsethische Fragen erörtert; besprochen wurden zudem die Erwartungen, die die Teilnehmerinnen an individuelle Hilfestellungen haben könnten. Diese fachliche Unterstützung erwies sich als guter Reflexionsraum, der es dem Forschungsteam erlaubte, seine Interviewführung zu verbessern.

4.2.5 Transkription

Die Transkription wurde nicht extern in Auftrag gegeben, sondern innerhalb des Projektteams ausgeführt. Die originalen Aussagen der Interviewpartnerinnen wurden direkt ab Audioaufnahme vollständig auf Deutsch übersetzt und transkribiert. Anschliessend wurde die Transkription von der Dolmetscherin kontrolliert, unklare Stellen wurden besprochen und abschliessend transkribiert; im Memoformat wurden bereits erste Feststellungen notiert. Die Arbeit mit dem Programm MAXQDA 20 erwies sich für diese Art der Kollaboration als förderlich, da mit demselben Programm sowohl die Transkription als auch die Analysearbeit im Team vollzogen werden konnte. Da im Programm MAXQDA 20 mithilfe der gesetzten Zeitmarken der zur Transkription gehörende Audioabschnitt in Originalsprache abgehört werden kann, war auch während der Analysephase das Anhören der Audioabschnitte in Originalsprache möglich.

4.3 Datenanalyse

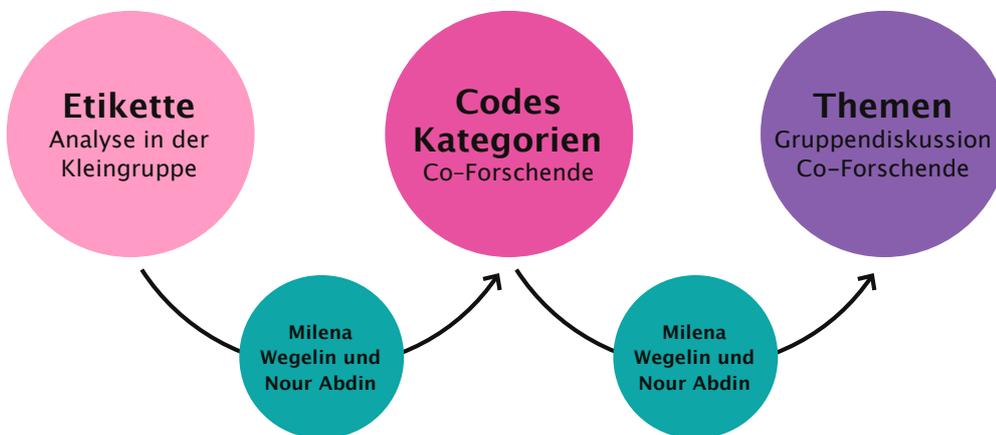


Abb 1: eigene Darstellung

Die induktive Datenanalyse unter Beteiligung der sechs Co-Forschenden beinhaltete insgesamt acht Sitzungen von je drei bis vier Stunden. Die gemeinsame Sprache war Deutsch. Während der ersten Sitzungen wurde insbesondere darauf geachtet, einen *safer space* innerhalb der Gruppe zu schaffen, da alle Co-Forschenden ihre eigenen individuellen Fluchtgeschichten mit in die Gruppe brachten. Dieser *safer space* kann als Kern jedes partizipativen Vorgehens betrachtet werden, da partizipative Forschung nur denkbar ist, wenn sich die Beteiligten vertrauensvoll und geschützt begegnen können (von Köppen et al., 2020). Diese vertrauliche Gruppendynamik stellte die

Grundlage für die nachfolgende Zusammenarbeit bei der Analyse dar. Nach einer Einführung in die qualitativen Analysemethode bereitete das Projektteam in einem offenen Prozess die methodischen Schritte jeweils vor, diskutierte sie mit den Co-Forschenden, prüfte sie und passte sie bei Bedarf an (von Unger, 2014). Einige transkribierte Interviews wurden gemeinsam gelesen, um in der Gruppe «Etiketten» für relevante Textstellen in den transkribierten Interviews zu formulieren. Diese Arbeit wurde in einer ersten Sitzung von der gesamten Gruppe aufgenommen und wurde danach in Untergruppen von jeweils zwei Co-Forschenden und der Projektleiterin fortgesetzt. Aufgrund der begrenzten Zeitressourcen und der Herausforderung für die Co-Forschenden, die als nicht Muttersprachlerinnen die transkribierten Texte auf Deutsch lesen mussten, wurde entschieden, dass die Projektleiterin und die Dolmetscherin die nachfolgenden Schritte der induktiven Analyse – nach dem Ansatz der Thematischen Analyse (Braun & Clark, 2008) – durchführen sollten. Gleichzeitig wurden diese Zwischenschritte in begleitenden Gruppendiskussionen mit den Co-Forschenden analysiert und schlussendlich validiert. Während dieser Gespräche erfassten die Co-Forschenden ausgehend von den transkribierten Zitaten und von den Kategorien die kollektiven Erfahrungen und das implizite Alltagswissen, was somit in die Analyse einfluss. Die darauf aufbauende Identifizierung der Hauptthemen wurde massgeblich in Gruppendiskussionen mit den Co-Forschenden erarbeitet.

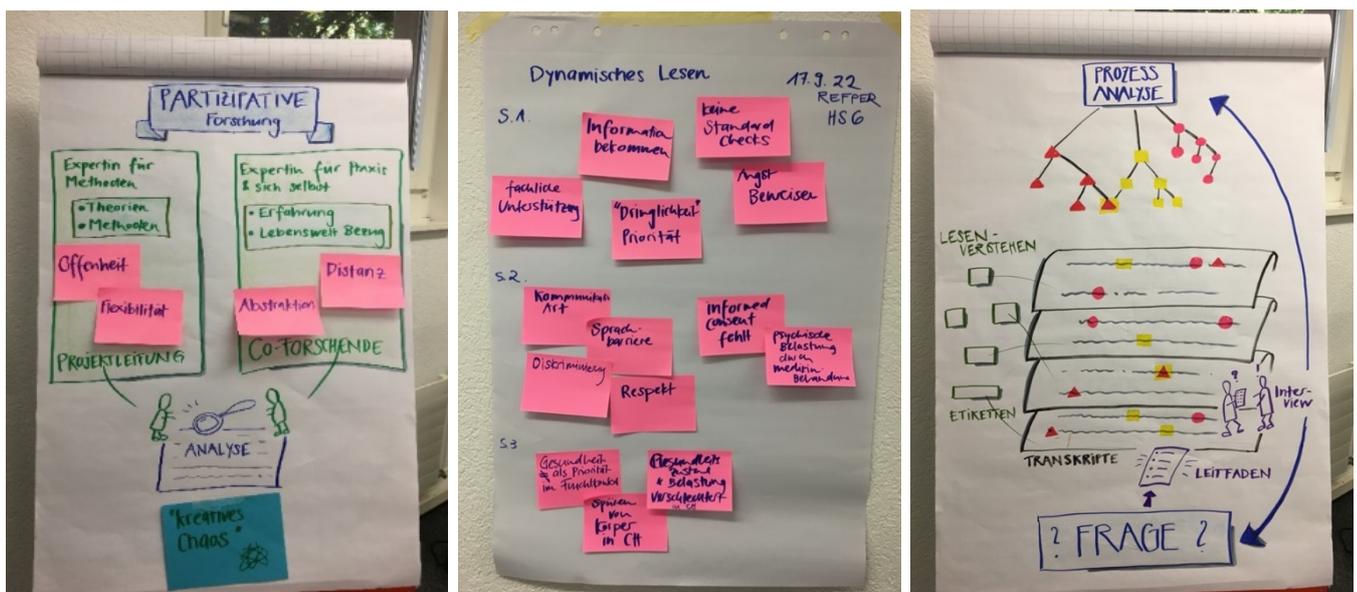


Abb. 2: Dokumentation Gruppendiskussion

5. ERGEBNISSE

Die vorliegenden Forschungsergebnisse beruhen auf den Perspektiven und Erfahrungen von geflüchteten Frauen. In den semistrukturierten Interviews wurden Erfahrungen thematisiert, die in den Bundesasylzentren und in kantonalen Zentren, in den Asylstrukturen mit Pflegefachpersonen sowie im öffentlichen Gesundheitssektor des Kantons Berns bei späteren Interaktionen mit Gesundheitsfachpersonen gemacht wurden.

Die Analyse der Interviewdaten hatte zum Ziel, Gemeinsamkeiten und wiederkehrende Themen bezüglich der Bedürfnisse und Erfahrungen der an der Studie teilnehmenden Frauen zu analysieren. Die Befragten wurden unterschiedlich lang und in unterschiedlich vielen kollektiven Unterkünften des Bundes und des Kantons untergebracht. Aus der retrospektiv erfassten Perspektive erlebten alle Frauen die Zeit in diesen Strukturen als zentral in Bezug auf ihre Gesundheit. Die in dieser Zeitperiode gemachten Erfahrungen prägen die Perspektive auf das Gesundheitssystem noch lange weiter.

Während der Analyse wurden die Inhalte auf drei Ebenen strukturiert:

- a) individuelle Bedürfnisse bezüglich Verhütung und Familienplanung;
- b) Orientierung und Erfahrungen im Gesundheitssystem;
- c) strukturelle Bedingungen im Sinne der reproduktiven Gerechtigkeit.

Die nach dieser Struktur in der Analyse erarbeiteten Hauptthemen werden nachfolgend in fünf Kapiteln dargestellt. Um den Stimmen der Interviewpartnerinnen sowie der Co-Forschenden das ihnen gebührende Gewicht beizumessen, wird den Zitaten entsprechend Raum gegeben.

Das erste Kapitel umfasst die Ankunft in der Schweiz. Studienteilnehmerinnen berichteten, dass ihre gesundheitlichen Probleme oft nur dann behandelt worden seien, wenn sie dies mit Nachdruck eingefordert hätten. Da sich zusätzlich die Infrastruktur negativ auf ihre Gesundheit als Frau auswirkte, führte dies bei vielen zur Einschätzung, dass die Frauengesundheit vom System vernachlässigt wird.

Darauf aufbauend zeigt das zweite Kapitel auf, dass geflüchtete Frauen nach ihrer Ankunft in der Schweiz mit ihren Fragen zu Verhütung und Schwangerschaft sowie zur Familienplanung oft allein gelassen werden. Dies ist insbesondere relevant, weil sich viele geflüchtete Frauen bezüglich ihrer reproduktiven Entscheidungsfindung in einer ambivalenten Situation befinden und ein grundsätzlicher Bedarf an Informationen und an einem freien Zugang zu Verhütungsmitteln besteht.

Das dritte Kapitel umreisst die Erfahrungen geflüchteter Frauen in den sich überschneidenden Systemen der Asylstrukturen und der Gesundheitsversorgung. Das Erlebte kann auch die Interaktion dieser Frauen mit Gesundheitsfachpersonen nachhaltig und auf lange Zeit prägen.

Davon ausgehend legt das vierte Kapitel den mangelnden Zugang zu fachlicher Information über Schwangerschaftsverhütung dar und zeigt auf, wie ein solcher Mangel bei geflüchteten Frauen Unsicherheiten und Ängsten bezüglich der Verhütungsmittel begünstigen kann. Neben der fehlenden Information weisen die Erfahrungen der geflüchteten Frauen darauf hin, dass der Zugang zu selbstbestimmten

Verhütungsmitteln grundsätzlich nicht gesichert ist, sondern vielmehr vom Aufenthaltsstatus und der jeweiligen Sozialhilfepraxis abhängig ist.

Schlussendlich werden im fünften Kapitel strukturelle Bedingungen aufgezeigt, welche die selbstbestimmte Reproduktion weiter einschränken. Die geflüchteten Frauen verwiesen in den Interviews auf die Defizite der Lebensbedingungen in den Kollektivunterkünften, die ein zentraler Grund sind, dort nicht schwanger werden zu wollen. Dabei wird aufgezeigt, dass das Recht auf reproduktive und sexuelle Gesundheit nicht nur in Bezug auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung gedacht werden muss, sondern dass in einem breiteren Sinne auch die strukturellen Rahmenbedingungen im Fokus stehen.

5.1 Ankunft in der Schweiz: «Frauengesundheit fällt aus dem Blick»

«Und kurz bevor ich in die Schweiz kam, habe ich ja mein Kind verloren. Und ich bin einfach mit dieser Psyche in die Schweiz gekommen. Und habe vor allem als eine [geflüchtete Person] und vor allem als Frau, viele ... viele Benachteiligungen und Diskriminierungen erlebt.» (Amira)

Amira blickt zurück auf das erste Jahr nach ihrer Einreise in die Schweiz. Es war geprägt von Schwierigkeiten, die aufgrund des Lebens in verschiedenen kollektiven Unterkünften des Bundes und des Kantons entstanden sind. Für ihre ausbleibende Menstruation – ein Umstand, den sie selbst auf die verschiedenen Stressoren zurückführt, die sie auf der Flucht und nach der Ankunft belasteten – erhielt sie erst nach mehrmaligem Insistieren einen ärztlichen Termin. Zusätzlich war sie von der kollektiven Wohnsituation als Frau und Mutter dermassen gestresst, dass sie während dieser Zeit unter einem enormen Schlafmangel litt.

Erinnerungen, die denjenigen Amiras ähneln, teilten viele der geflüchteten Frauen. Sie berichteten, dass ihren frauengesundheitlichen Bedürfnissen in den kollektiven Unterbringungen nicht immer genügend Rechnung getragen worden sei, obwohl bei ihrer Ankunft in der Schweiz ein Versorgungsbedarf bestanden habe. Genannt wurden eine Schwangerschaft, Vorfälle von geschlechtsspezifischer und sexualisierter Gewalt, auch eine Amenorrhoe (ausbleibende Monatsblutung), Myome (gutartiges Gebärmuttergeschwür), ein Prolaps (Gebärmuttervorfall), gutartige Brusttumore sowie der Bedarf, sich bezüglich Verhütungsmitteln beraten zu lassen. Diese gesundheitlichen Probleme werden oft nur dann behandelt, wenn die Betroffenen dies mit Nachdruck einfordern.

Viele teilen auch die Wahrnehmung, dass in den Kollektivunterkünften den frauenspezifischen Bedürfnissen nicht ausreichend nachgekommen wurde. So erwies sich die fehlende gendersensible Infrastruktur für sie als Stressor, der sich zusätzlich negativ auf ihre Gesundheit auswirkt und sich im Falle einer Schwangerschaft noch akzentuieren kann.

5.1.1 Gesundheitliche Versorgung

«Ich musste viel leiden. Und sie [Betreuungspersonen im Zentrum] sagten mir immer, nein, nimm diese Behandlung, und sie gaben mir Medikamente. Bis zu

dem Punkt, wo ich die Schmerzen nicht mehr ertragen konnte. Ich hielt es nicht mehr aus. Ich hatte meine Tage. Ich spürte einen unnatürlichen Schmerz in meiner Gebärmutter. Später habe ich das Camp so gehasst und das Gefühl gehabt, dass ich meine Probleme wegen dem Camp habe! Wenn ich früher untersucht worden wäre, hätte ich nicht solche Komplikationen gehabt! Es wäre besser gewesen, früher zu untersuchen.» (Naila)

Naila ist vor acht Jahren in die Schweiz gekommen. In der ersten Zeit war es ihr unmöglich, einen gynäkologischen Termin zu bekommen, um die Ursache für ihre starken Schmerzen behandeln zu lassen. Stattdessen wurden ihr Schmerzmittel verabreicht. Schlussendlich konnte sie dank ihrer Englischkenntnisse den Zugang zu einer medizinischen Abklärung einfordern. Als Ursache der Schmerzen wurde sodann ein Gebärmutter-Myom diagnostiziert. Diese Situation erklärte sich Naila rückblickend damit, dass es dem Betreuungspersonal an Sensibilität, Fachwissen sowie an zeitlichen Ressourcen fehlte, um auf solche Arten von Gesundheitsbedürfnissen effektiv einzugehen und einen ärztlichen Termin zu vermitteln.

Es ist nicht für alle Frauen gleichermaßen möglich, sich mit dem körperlichen Befinden auseinanderzusetzen und sich für eine Behandlung einzusetzen. Die mit Stress verbundene Situation im Asylverfahren und in den Asylstrukturen kann als Blockade wirken, um Bedürfnisse des eigenen Körpers wahrzunehmen. Zainab, die ebenfalls ein grosses Myom in der Gebärmutter hatte, reflektierte rückblickend über die erste Zeit nach der Ankunft in der Schweiz:

«Wenn ich jetzt darüber nachdenke, dann gibt es nichts Wichtigeres als die Gesundheit. Aber zu der Zeit, wenn du in einem fremden Land bist und du bist eine geflüchtete Person – und du kennst deine Zukunft nicht, und was mit dir passieren wird –, dann denkst du nicht über deinen Körper nach, du denkst nur darüber nach, was mit dir passieren wird, wann dein Interview sein wird, wann dieses und jenes passiert.» (Zainab)

Dies bestätigten die Co-Forschenden und waren sich einig, dass aufgrund dieser psychisch sehr belastenden Situation frauenspezifische gesundheitliche Belange in den Hintergrund treten können. Um den körperlichen Beschwerden nachzugehen, müssen die psychischen Voraussetzungen vorhanden sein, damit die dafür benötigte Energie aufgebracht werden kann. Dies führt dazu, dass sich einige Geflüchtete in dieser ersten Zeit nach ihrer Ankunft nur begrenzt ihren gesundheitlichen Problemen widmen können, da ihre instabile Lebenssituation und der damit verbundene Stress ihre Handlungsfähigkeit stark einschränken. So hatte Aliya zwar die Möglichkeit, bei der Ankunft ihren Gesundheitsbedarf anzumelden, gleichzeitig aber nicht die Kraft, die nötigen Schritte in Richtung Gesundheitsversorgung zu unternehmen. Die Situation in der kollektiven Unterkunft belastete sie psychisch zu stark und vereinnahmte alle ihre Ressourcen:

«Als ich in [Herkunftsland] war, hatte ich einen gutartigen Tumor in der Brust, welchen ich operieren lassen musste. Als ich hierhin kam, haben sie mich gefragt, was ich für Krankheiten habe. Ich habe ihnen erzählt und sie haben gesagt, ich kann zu einer Ärztin zur Kontrolle gehen. Aber weil ich in schlechtem psychischem Zustand war, und es mir nicht gut ging und ich die

Ärzte nicht gern habe, wollte ich nicht zum Arzt gehen. Sie haben für mich ein medizinisches Dossier gemacht und gesagt, dass ich zum Arzt gehen darf, aber ich wollte nicht. Weil meine Situation im ersten Zentrum so schlimm war.» (Aliya)

Das Zusammenwirken von einer nur bedingt adäquaten Gesundheitsversorgung und aufgrund der Lebensbedingungen beschränkten Ressourcen der geflüchteten Frauen kann dazu führen, dass Themen der (Frauen-)Gesundheit wenig Beachtung finden.

5.1.2 Kollektive Unterbringungsstrukturen

«Es war für uns ehrlich gesagt sehr schwierig. Das heisst, das sehr schwierige Problem war, dass wir ungefähr vier Personen in einem Raum waren. Und das war für uns eine sehr schwierige Sache. Und es gibt viele Gruppen, und es war ein Problem, weil alle Gruppen gehen zur selben Toilette. Du musst anstehen, sogar um dein Gesicht zu waschen, solche Sachen, das war schwierig. Sogar die Küche, das war schwierig, das war nicht gut.» (Samira)

Aus Sicht der geflüchteten Frauen ist die Wohnsituation zentral für ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden. Eine fehlende gendersensible Infrastruktur sowie die Umstände vor Ort, die keine ausreichende Hygiene ermöglichten, die mangelnde Privatsphäre, das System der zentralen Essensausgabe anstelle individueller Kochmöglichkeiten sowie der «Dichtestress» und die angespannte Atmosphäre in kollektiven Unterbringungsstrukturen sind allesamt zentrale Faktoren, die sich aus der Perspektive der Befragten negativ auf ihre Gesundheit auswirk(t)en. Die Umstände in den kollektiven Unterkünften produzier(t)en einen zusätzlichen konstanten Alltagsstress.

Die Monatsblutung ist für einige geflüchtete Frauen mit Scham und Tabus verbunden. Die fehlende Privatsphäre und die oft ungenügende Anzahl der sanitären Anlagen sind ein zentraler Stressor, der sich bei der Monatsblutung noch zusätzlich verstärkt:

«Oh mein Gott, es ist ein grosses Problem. Stellt euch vor, vier Menschen in einem Raum. Ich möchte manchmal wechseln: Meine Kinder sind mit mir, ich kann nicht, ich habe meine Sachen immer ins WC oder Badezimmer genommen und meine Kleider gewechselt und bin zurückgekommen. Sehr schwierig. Im Camp ist es noch schwieriger (...) Ich meine: Wenn man in seinem eigenen Haus/Wohnung ist, ist es nicht angenehm, die Periode zu haben. Stellt euch vor auf der Flucht oder im Camp, da ist es noch viel schwieriger!» (Samira)

Laut Informationen der Co-Forschenden gibt es in einigen kollektiven Unterbringungen die Regelung, dass sanitäre Binden und/oder Tampons nur einzeln bzw. in einer sehr geringen Anzahl abgegeben werden. Die Frauen sind dann gezwungen, die Betreuungsperson jedes Mal erneut zu fragen und das Thema zu kommunizieren. Dies kann als entwürdigend erlebt werden.

Auch die zentrale Essensausgabe in den Asylzentren des Bundes stellt eine Belastung dar, da das Essen für viele Geflüchtete nicht appetitlich ist, wie Naima beschrieb:

«Und auch das Essen, nicht? Das Essen hängt auch mit der Gesundheit zusammen, nicht? In [Zentrum A] war ich immer hungrig (lacht). Das Essen: Wir nehmen einen Teller, gehen dahin und nehmen das Essen, und dann werfen wir es fort. In [Zentrum A] ging ich und kaufte Mandeln und Nüsse, weil du konntest kein Essen von draussen ins Camp bringen. Das war nicht erlaubt, überhaupt nicht. Und ich nahm Dinge, nur um zu ... wie nennt man das, Nüsse und so, nur um meinen Bauch zu füllen. In [Zentrum A] war ich ohnmächtig vor Hunger.» (Naima)

Wie Naima erzählten viele, dass sie in den Asylzentren nur wenig gegessen hätten. Eine durch den Fluchtcontext entstandene Mangelernährung, beispielsweise ein Eisenmangel, der in den Interviews verschiedentlich thematisiert wurde, kann sich nach der Ankunft in der Schweiz in diesem Kontext weiter verschärfen. Dies ist insbesondere auch mit der Menstruation in Verbindung zu bringen, da Mangelernährung auch zu Zyklusunregelmässigkeiten führt, was wiederum die Verhütung mit natürlichen Methoden unberechenbarer macht.

Auch die mangelnde Privatsphäre sowie die fehlenden gendergerechten Räume wirken sich negativ auf das Wohlbefinden der Frauen aus und haben gesundheitliche Auswirkungen, wie Amira beschrieb:

«Und wir hatten auch Angst. Weil, es waren auch sehr viele Männer, und dort gab es auch immer wieder Schlägereien. Und auch ruhig duschen zu können, war auch nicht möglich, weil ... weil es waren so viele Menschen, dann musste ich in zehn Minuten schnell, schnell ... duschen können.» (Amira)

Der verschiedentlich erwähnte «Dichtestress» in den kollektiven Unterbringungen, der zu vermehrten Konflikten und Gewalt führt, stellt somit eine zusätzliche Belastung für Frauen dar. Der gesamte Unterbringungskontext ist für schwangere Frauen besonders schwierig.

5.1.3 Schwangerschaft in kollektiven Unterkünften

«Ja, am Anfang waren wir ungefähr drei Monate in der kantonalen Unterkunft. Dort hatten wir nur ein Zimmer und alles andere ist mit anderen geteilt, ich hatte kein privates Leben. Und in dieser Zeit hatte ich auch die Symptome von Schwangerschaft, Übelkeit und solche Sachen, darum waren die ersten drei Monaten die schwierigsten für mich, weil wir in dieser Unterkunft waren. Dann, als wir in eine Wohnung umgezogen sind, ist es mir psychisch besser gegangen.» (Nesreen)

Nesreen verbrachte den Beginn ihrer Schwangerschaft noch in einer kantonalen Unterkunft. Die Bedingungen wirkten sich negativ auf ihre psychische Gesundheit aus. Neben dem Mangel an Privatsphäre bzw. Rückzugsmöglichkeiten, die nötig sind, um sich zu erholen und Ruhe zu finden, stellen auch die sanitären Einrichtungen oftmals ein Problem dar, wie Naila aufzeigt:

«Das heisst, es gab nicht viele Toiletten, es gab nur eine Dusche, das heisst, wir hatten grosse Angst, dass sich Krankheiten verbreiten. Und während der Schwangerschaft haben Frauen ein schwaches Immunsystem.» (Naila)

Co-Forschende ergänzten, dass entsprechend schlechte Zustände oder ein beschränkter Zugang zu sanitären Anlagen dazu führen kann, dass Frauen weniger trinken, damit sie nicht oft auf die Toiletten gehen müssen, was zum Beispiel wiederkehrende Harnwegsinfekte und Kreislaufprobleme in der Schwangerschaft begünstigt. Auch können Schwangere ihre Ernährung nicht immer ihren spezifischen Bedürfnissen anpassen, sondern müssen sich zuweilen mit den bei der kollektiven Essensausgabe servierten Speisen begnügen, was auch Maya widerfahren ist:

«Es gibt zum Beispiel schwangere Frauen, sie verstehen mich, wenn ich sage, wenn man schwanger ist, hat man plötzlich Lust auf etwas. Ich war auch schwanger und ich hatte Lust auf eine Spezialität von meinem Land. Ich hatte grosse Lust, habe sogar ein paar Mal davon geträumt, dass ich das esse und koche. Und dort an diesem Tag war eine türkische Frau [Mitarbeiterin] in der Küche und ich habe gefragt: Kann ich das kochen für mich? Sie hat gesagt: ja. Aber als ich das vorbereitet habe, sind sie gekommen und haben gesagt: nein, das dürfen Sie nicht! Sie müssen das mit ihrer Hand selbst in den Abfalleimer schmeissen. Und sie hat mich gezwungen, das wegzuschmeissen.» (Maya)

Die generelle Regelung in den Bundesasylzentren, dass das Essen nicht ins Zimmer mitgenommen werden darf, ist zudem für Schwangere und Wöchnerinnen sehr schwierig, da sie bei bestimmten Beschwerden (Hyperemesis, Kontraktionen, Schmerzen nach der Geburt, Blutungen, Depression) keine Nahrung zu sich nehmen; dies führt zu einem Gesundheitsrisiko. In den geführten Interviews wurde ersichtlich, dass viele geflüchtete Frauen nach ihrer Ankunft in der Schweiz ihre Gesundheitsbedürfnisse in der Unterbringung und Gesundheitsversorgung vernachlässigt sehen. Naila war zum Zeitpunkt des Interviews bereits acht Jahre in der Schweiz und postulierte diesbezüglich Hoffnung:

«Also, als ich damals in diesem Camp war, waren die Dinge sehr schlecht. Vielleicht haben sich jetzt die Umstände verbessert. Ich nehme an, es gibt viele Veränderungen.» (Naila)

Die Tatsache, dass zuweilen auch Frauen mit einem kürzeren Aufenthalt in der Schweiz in den Interviews ähnliche Bedingungen beschrieben, lässt die Vermutung zu, dass sich die dargelegten Umstände nur wenig verändert haben. Dies und die Tatsache, dass für geflüchtete Frauen nach ihrer Ankunft in der Schweiz nicht klar ist, wie lange sie in solchen Kollektivstrukturen des Bundes und später auch der Kantone untergebracht sein werden, beeinflusst auch die Entscheidungsprozesse bezüglich Reproduktion. Ob und wann eine Frau in dieser Situation ein Kind haben will, hängt auch von diesen Überlegungen ab. Dies wiederum führt zu einem Wissensbedarf rund um Fragen der Familienplanung und Verhütung.

5.2 Wissensbedarf im Umgang mit Verhütung

«Also, als ich zuerst hierhin kam, sah ich die Situation im Camp und (...). Ich sah: Zuerst muss ich das Leben ordnen, dann erst wieder Kinder gebären. Ich sprach mit meinem Ehemann und sagte: «Ich will die Spirale, damit ich nicht schwanger werde.»» (Nour)

Je nach Fluchtweg und persönlicher Situation wird Verhütung unterschiedlich gehandhabt. Exemplarisch steht dafür der Umgang mit der Spirale: Eine interviewte Frau setzte sie vor der Flucht ein, um sich vor ungewollter Schwangerschaft zu schützen, eine zweite entfernte sie vor der Flucht, weil sie nicht wusste, ob die gesundheitliche Versorgung während der Zeit auf der Flucht garantiert sein würde. Eine dritte Frau erklärte, dass sie während der langen Jahre der Flucht die im Heimatland eingesetzte Spirale vollends vergessen habe. Eine Beratung zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit bei ihrer Ankunft in der Schweiz wäre demnach angezeigt gewesen.

Dies insbesondere, da sowohl die Flucht als auch die Situation im Aufnahmeland die Entscheidung bezüglich der Reproduktion – also der Frage, ob eine Familie gegründet oder erweitert wird – eine Rolle spielt. Die Lebensbedingungen, die mit dem Asyl- und Migrationskontext in Verbindung stehen, wirken auf diese Entscheidung ein. Entsprechend hat sich auch Nour, kurz nach ihrer Ankunft für eine Spirale entschieden. Diese will sie belassen, bis sich ihre Lebenssituation verbessert hat.

Konfrontiert mit den Realitäten der kollektiven Unterbringung entschieden sich viele der interviewten Frauen, etwa Nour, eine Schwangerschaft in dieser Lebensphase möglichst zu vermeiden. Dies war nicht für alle eine einfache Entscheidung, denn viele der Befragten assoziierten mit dem Aufnahmeland Schweiz eine stabile, sichere Situation, also gute Voraussetzungen für die Gründung oder Erweiterung einer Familie. Diese Einschätzung wird zuweilen bereits auf den Fluchtwegen auf das Zufluchtsland projiziert. So erklärte Amal, die auf der Flucht zwei Fehlgeburten hatte, rückblickend:

«Mein Mann hat gesagt, okay, wir gehen in ein sicheres Land. Wir können nochmals ein Kind zeugen, ein Kind haben, und dann werden wir dort keine Probleme haben.» (Maya)

In der Schweiz angekommen, finden sich Geflüchtete jedoch oft unerwartet weiterhin in einer unsicheren Lebenssituation. Nachdem sie ihr Asylgesuch gestellt haben, werden sie in kollektiven Unterbringungen untergebracht, bis über ihren Flüchtlingsstatus entschieden wird – oft auch noch länger. Sie dürfen sich ihren Wohnort nicht aussuchen und leben teilweise mehrere Jahre lang in Einrichtungen, die nicht für die langfristige Unterbringung von Menschen und Familien konzipiert sind. Konfrontiert mit den schwierigen Lebensumständen richten daher viele ihre Familienplanung vor Ort neu aus, so auch Samira:

«Mein Ehemann und ich, wir entschieden, später Kinder zu haben. Weil, auch im Camp war es nicht gut für Frauen, schwanger zu sein. Es ist sehr schwierig für eine Frau, im Camp schwanger zu sein.» (Samira)

So führt die vorgefundene Situation in den kollektiven Unterkünften dazu, dass geflüchtete Frauen ihre reproduktiven Pläne überdenken. Auch Amira entschied sich gegen eine Schwangerschaft, als sie sich damit konfrontiert sah:

«Und es war sowieso schon sehr schwierig mit zwei Kindern in diesem Camp, mit diesen Strukturen. Und es war nicht möglich, unter diesen Bedingungen noch ein drittes Kind zu haben. Und noch schwanger zu werden unter diesen Bedingungen, das war für mich sehr schwierig. Mein Mann hat aber den Wunsch geäußert. Er hat gesagt, dass er ein drittes Kind möchte. Aber als Frau war ich nicht bereit, neben all diesen Schwierigkeiten noch schwanger zu werden.» (Amira)

Dieser Kontext kann im Rahmen der gemeinsamen Familienplanung auch zu einer Belastung für die Beziehung führen. Zudem verbinden viele geflüchteten Frauen das Zufluchtsland mit neuen Möglichkeiten für ihre individuellen Lebenspläne. Sie wollen bald nach der Ankunft die vor Ort gesprochene Sprache erlernen, allenfalls studieren und auch arbeiten. Auch die Frage nach der Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist ein Thema, was sich wiederum auf die reproduktiven Pläne auswirken kann:

«Am Anfang, als ich in die Schweiz gekommen bin, habe ich gar nicht daran gedacht, weil meine Pläne waren so: zuerst studieren, und ich habe gar nicht an die Schwangerschaft und Kinder gedacht.» (Nesreen)

So wie Nesreen stellen sich viele die Frage, wie sich ihre Ziele bezüglich Ausbildung und/oder Arbeit mit einer familiären Betreuungsarbeit in Einklang bringen lassen. Insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass das für die Kinderbetreuung wichtige soziale Netz durch die Flucht wegfällt. Auch wenn verschiedenen Themen die reproduktive Entscheidungsfindung in der Zeit nach der Ankunft in der Schweiz beeinflussen, hatte in den Interviews die Unterbringungssituation einen hohen Stellenwert. Die Dauer des Aufenthalts in kollektiven Unterkünften ist kaum absehbar, da sie einerseits an das Asylverfahren, andererseits an die kantonale Gesetzgebung und Praxis sowie an den Wohnungsmarkt gebunden ist und Monaten bis Jahre dauern kann. So drängt der unsichere Verfahrensausgang bzw. auch der undefinierte Zeithorizont des Verfahrens im Asylsystem die geflüchteten Frauen in eine weitere Phase der Instabilität. Dabei ist es nicht immer einfach, mit dieser unsicheren zeitlichen Dimension umzugehen. Auch Amal schätzte die vorgefundene Situation in den kollektiven Strukturen als schwierig und entsprechend nicht als geeignet ein, um schwanger zu werden und ein Kind auf die Welt zu bringen. Eine Bekannte habe ihr jedoch geraten, mit dem Kinderkriegen nicht zu warten, bis sie in einer stabileren Situation sei und eine eigene Wohnung habe. Aufgrund dieser Überlegung hat sie ihren Kinderwunsch schlussendlich doch nicht in eine vermeintlich bessere Zukunft verschoben:

«Und ich habe damals auf diese Person gehört, darum hatte ich mir gesagt, ich werde Zeit verlieren, es ist besser, die Kinder jetzt zu haben, als zu warten, bis sich die Situation dann reguliert.» (Amal)

Diese unterschiedlichen Aspekte, die allesamt Faktoren in der reproduktiven Entscheidungsfindung der geflüchteten Frauen darstellen, zeigen die sehr ambivalente

Situation auf, in der sich geflüchtete Frauen nach ihrer Ankunft in der Schweiz befinden. Vor diesem Hintergrund ist es elementar, dass der Zugang zu Information und Beratung über verfügbare Verhütungsmittel in der Schweiz gewährleistet ist. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen auf, dass nicht alle geflüchteten Frauen den Zugang zu diesem Wissen haben.

5.2.1 Wissenslücken und fehlender Zugang zu Informationen

«Das war das erste Mal, dass ich mit meinem Mann schlafe – und ich wusste nicht – ich wollte verhüten. Und es gab Dinge, die ich wissen wollte und die ich nicht wusste. (...) Und eigentlich war ich <zero>! Ich hatte keine Informationen (lacht). Das heisst, ich selbst, ich hatte kein Wissen, grundsätzlich.» (Naila)

Die in dieser Studie artikulierten individuellen Bedürfnisse hinsichtlich der Verhütungsmethoden sind sehr heterogen: Sie reichen von der Abneigung gegen das Einsetzen eines Fremdkörpers über die Skepsis gegenüber der hormonellen Verhütung bis hin zum Wunsch nach einer hormonellen Langzeitverhütung oder einer Unterbindung, wobei der Wissensstand über Verhütung per se sehr unterschiedlich ist. Die interviewten Frauen erklärten in den Interviews, dass in ihrem Herkunftsland Wissen über die verschiedenen Arten von Verhütung durch medizinische Fachpersonen vermittelt und/oder im engeren Kreis von Familienangehörigen und engen Bekannten diskutiert und weitergegeben werde. Dabei spielen auch unterschiedliche soziale Normen, die festlegen, mit wem über das Thema gesprochen wurde, eine Rolle. Wenn in der Schweiz dieser herkömmliche Zugang zu Wissen nicht mehr vorhanden ist, kann dies dazu führen, dass die Frauen in einer ersten Zeit bezüglich der Fragen zur Verhütung ganz auf sich allein gestellt sind. Dann kann der Wissensstand – wie bei Naila – bei «zero» sein. Aber auch wenn Kenntnisse über Verhütung und Verhütungsmittel vorhanden sind, bestehen Unsicherheiten über die verschiedenen Möglichkeiten, die es sowohl im Herkunftsland und als auch in der Schweiz gibt:

«Es gibt sicher viele Verhütungsmittel hier, aber ich wusste das nicht. Zum Beispiel die Spirale oder die Spritze, die sie in den Arm oder Rücken geben, solche Dinge. Ich wusste nicht genau, aber ich vermutete, dass es das gibt.» (Samira)

Mangels Zugang zu Wissen orientieren sich einige der geflüchteten Frauen auch in der Schweiz weiterhin an Informationen aus ihrem Herkunftsland und beziehen sich dabei auf medizinische Fachpersonen, mit denen sie dort in Kontakt waren:

«Wir haben auf natürliche Art verhütet. Das ist der Weg, den wir zur Verfügung haben, der natürliche Weg. Weil die Ärztin dazumal sagte, bezüglich der Verhütung, dass die natürliche Verhütung die beste Methode ist. Ich weiss nicht, die Ärztin damals in Syrien sagte dies so. (...) Aber wenn es ein Zentrum gibt, welches die Frauen auch informiert, dann würde ich gerne dahin gehen. Ich bin nicht überzeugt, dass dies der Weg ist, der richtige, oder ob es Wege gibt, die noch gesünder sind. Das würde ich gerne wissen.» (Naima)

In solchen Situationen, in denen ein Wissensvakuum vorliegt, machen sich viele Menschen mit Flucht- bzw. Migrationserfahrung die fortschreitende Digitalisierung zunutze, indem sie über digitale Kanäle Zugang zu gesundheitlichen Informationen suchen. Für einige Frauen spielten denn auch digitale Quellen eine besondere Rolle, da sie oft den einzigen Zugang zu Wissen darstellen:

«Google. Google! Immer wenn mir etwas oder eine Frage in den Sinn kam, dann ging ich und öffnete Google. (...) Ich habe für alles immer das Internet geöffnet. Weil ich nicht wusste, wen ich fragen könnte oder in welches Zentrum ich gehen könnte, um nachzufragen. Ich hatte keine Informationen. Weder ich noch andere, alle, die mit mir [in der Unterkunft] waren, wussten etwas.» (Naila)

Dies birgt aber auch Problematiken, denn das so generierte Wissen bedarf einer Einordnung durch Fachpersonen. Ist eine solche nicht zugänglich, gleichen geflüchtete Frauen ihren Wissensstand primär über ihr soziales Umfeld ab, wie dies auch Aliya gemacht hat:

«Zum Beispiel, als ich die Spirale einsetzen lassen wollte, habe ich mit meinen näheren Kolleginnen darüber gesprochen und sie haben mich informiert, zum Beispiel über diese Methode im Arm. Sie haben mir gesagt, einige sagen, das ist gut, einige sagen, das ist nicht gut. Eine hat gesagt, das Kondom ist besser, nicht die Spirale, weil sie Müdigkeit und Rückenschmerzen macht und so, aber ich habe mich für Spirale entschieden, da sie für mich besser und angenehmer ist.» (Aliya)

Die Co-Forschenden wiesen darauf hin, dass dies insofern problematisch sein könnte, als es nach ihrer Erfahrung häufig auch Unsicherheiten und Ängste fördere, wenn beispielsweise mögliche Nebenwirkungen diskutiert würden:

«Wenn man oft schreckliche Geschichten hört von anderen. Ich würde auch nie eine Spirale nehmen. Weil ich immer nur schlechte Sachen höre. Wenn etwas Gutes passiert, dann spricht man nicht darüber, oder? Oftmals erzählt man sich über schlechte Erfahrungen. Und, eh, Verhütungsmittel ist etwas, worüber man viele Informationen hört. Und dann hörst du nur, was schlecht ist.» (Co-Forschende)

Diese Ängste können durch unterschiedliche Informationen sowohl über die Art der Verhütung als auch über die Verhütungsmittel im Herkunftsland noch verstärkt werden. Zusätzlich gibt es verschiedene Bedürfnisse, etwa bezüglich der hormonellen oder nicht hormonellen Verhütung sowie der Aufrechterhaltung der Menstruationsblutung. Viele geflüchtete Frauen stehen in Fragen der Reproduktion also vor einem Entscheidungsprozess, der insbesondere auch von den strukturellen Bedingungen vor Ort bestimmt wird, die ihre Lebenssituation beeinflussen. Dabei werden sie jedoch häufig mit ihren Fragen zu Verhütung und Schwangerschaft sowie zur Familienplanung allein gelassen. Dies hängt auch damit zusammen, dass sie sich in ihrer Situation als Geflüchtete an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsversorgung einerseits und Asylsystem andererseits befinden, wie das folgende Kapitel aufzeigt. Die in dieser Zeit gemachten Erfahrungen prägen insbesondere auch langfristig: Sie

beeinflussen die Interaktionen dieser Frauen mit Fachpersonen. Auch wenn die Frauen sich bereits ausserhalb der Asylstrukturen befinden, wirkt das Erlebte noch nach.

5.3 Zugang zur Gesundheitsversorgung: «Erfahrungen im überschneidenden System»

«Ich wünschte, dass sie mit jedem Menschen, der hierherkommt, die vollständigen Untersuchungen machen, bevor sie ihn befragen. Manchmal kann sich die Person nicht äussern und andere können vielleicht nicht ... Also, auch wenn wir selbst nachfragen, sie zögern sehr oft und denken, dass diese Person lügt (...) Die gesundheitlichen Probleme werden grösser, wenn sie die Untersuchung verzögern. Ich frage zum Beispiel nach, aber es gab andere, die nicht nachgefragt haben.» (Yara)

Yaras Wahrnehmung zeigt, welche Mechanismen dazu führen, dass Gesundheitsthemen vernachlässigt werden. Zum einen berichten geflüchtete Frauen in Kollektivunterkünften, dass sie oft nur dann behandelt würden, wenn sie dies eindringlich einforderten. Gleichzeitig verfügen sie nicht immer über die Ressourcen, um ihre frauengesundheitlichen Bedürfnisse zu kommunizieren. Diejenigen, die sich darum bemühen, finden wiederum nicht immer Gehör für ihre Anliegen. Eine Ursache für diese kollektiven Erfahrungen besteht darin, dass sich zwei Systeme überschneiden: das rechtliche Asylverfahren mit seinen Unterbringungs- und Betreuungsstrukturen und der dort vorhandenen Gesundheitsversorgung. In den Kollektivunterkünften des Bundes und der Kantone erfolgt der Zugang zur Gesundheitsversorgung über ein Gatekeeping-System. Inzwischen arbeiten vielerorts Pflegefachpersonen in den Zentren, die diese Triage vornehmen. Die Co-Forschenden sind sich einig, dass deren Zeitressourcen sehr oft eng berechnet sind:

«Die Pflege ist ausgebildet, aber manchmal besteht wenig Sensibilisierung. Und sie haben nie Zeit! Sie sind überfordert! Und sie sind zu wenige!» (Co-Forschende)

Tatsache ist, dass es für geflüchtete Frauen in diesem Kontext umso schwieriger ist, ihre frauengesundheitlichen Bedürfnisse anzumelden:

«Es gibt viele Frauen, die das nicht von Anfang an können. Nach dem Ankommen sollte man sich Zeit nehmen für sie. Es braucht eigentlich eine andere Atmosphäre und auch Vertrauen. Denn etwas Intimes kann man nicht mit allen teilen.» (Co-Forschende)

Gemäss Aussagen der Co-Forschenden sind die Zugangsbarrieren charakterisiert durch eine Wechselwirkung zwischen dem Gatekeeping System und den unterschiedlichen Ressourcen, welche die geflüchteten Frauen besitzen, um ihren gesundheitlichen Bedürfnissen Nachdruck zu verleihen. Der Zugang zur ärztlichen Versorgung wird auch durch finanzielle Rahmenbedingungen beeinflusst, die vom Asylsystem definiert werden. Dazu gehören interne Weisungen einer Flüchtlingsunterkunft. Sie können ein Faktor sein, der den Zugang zur ärztlichen Versorgung beeinflusst. Aus der Perspektive geflüchteter Frauen werden frauengesundheitliche Bedürfnisse in diesem Zusammenhang grundsätzlich als «Holschuld» wahrgenommen, zu der sie sich erst

einen Zugang verschaffen müssen. Auch später kann es für sie aufgrund ihrer Erfahrungen als Geflüchtete in einem stark hierarchisierten System schwierig sein, mit Fachkräften des Gesundheitswesens zu interagieren.

5.3.1 Holschuld in der Gesundheitsversorgung

«Und ich ging dann direkt zur Leitung, Leitung des Camps natürlich. Und ich fragte sie, ich möchte zum Arzt gehen, zum Frauenarzt gehen. Und zu dieser Zeit sagten sie mir, die Situation muss dringend sein, damit wir dich schicken, und ich sagte ihnen, ja, es ist dringend, und natürlich, ich bin Anwältin, und ich habe ihnen die Argumente geliefert, also die logischen Gründe.» (Zainab)

Zainab war seit kurzer Zeit in einer kantonalen Unterkunft untergebracht, als sie an Unterleibsschmerzen und starken Blutungen litt. Den gynäkologischen Termin für eine Abklärung musste sie jedoch argumentativ einfordern. Zainabs Beispiel zeigt auf, dass die eigenen Ressourcen elementar sind, um Zugangshürden zu überwinden. Gemäss den Aussagen der Co-Forschenden kommt es darauf an, ob eine Frau gut sprechen und gut kämpfen kann, um ihren Bedürfnissen Gehör zu verschaffen. Die Ressourcen, welche die Frauen dafür mobilisieren können, unterscheiden sich je nach Sprachkenntnissen, Bildungshintergrund und psychischer Verfassung. Zudem beeinflussen Abhängigkeiten und der massive Druck, der aufgrund unsicheren Ausgangs des Asylverfahrens auf ihnen lastet, ihr Verhalten. Die Überschneidung der Asylstrukturen mit dem Gesundheitssystem kann dazu führen, dass gesundheitliche Bedürfnisse aus Angst vor negativen Auswirkungen auf das Verfahren gar nicht erst geltend gemacht werden. Die Situation ist oft von der Ambivalenz geprägt, sich einerseits Gehör zu verschaffen, andererseits aber nicht zu fordernd aufzutreten und sich dadurch möglicherweise Nachteile einzuhandeln:

«Und wir konnten, wenn wir Fragen hatten, konnten wir auch diese Fragen nicht stellen, bei Betreuungspersonen. Wir wurden immer beschimpft. Und deshalb waren wir auch schüchtern, um Dinge zu fragen oder etwas zu verlangen. Das war leider nicht möglich ...» (Amiar)

Im Zusammenhang damit steht auch das (mangelnde) Vertrauen, das die Fachpersonen in die Gesundheitskompetenz der Flüchtlingsfrauen setzen. Einige berichten, dass ihnen diese Gesundheitskompetenz abgesprochen wurde. So auch Maya, die bei ihrer Ankunft in der Schweiz im ersten Trimester schwanger war. Sie fühlte sich gesundheitlich angeschlagen und verlangte vergeblich einen Termin für eine Schwangerschaftskontrolle:

«Die Leute, diese Betreuer, sie helfen immer. Aber dort ist ein Zimmer, eine Person, welche die ärztlichen Behandlungen macht. Und eine Person ist in einem anderen Zimmer, das wie eine Apotheke ist [Das Zimmer der Pflegefachpersonen]. Und dort war ich, sie [Pflegefachperson] hat zu den Betreuern gesagt: Es geht ihr gut [in ihrer Schwangerschaft], ihr könnt sie wieder in ihr Zimmer [der Unterkunft] bringen.» (Maya)

Maya hatte auf der Flucht zwei traumatisierende Fehlgeburten. Es wäre für sie dementsprechend wichtig gewesen, gleich nach Ankunft in der Schweiz einen ersten Vorsorgetermin und eine entsprechende Schwangerschaftsbetreuung zu erhalten.

Auch die Wartezeiten auf Gesundheitstermine sind ein wiederkehrendes Thema in den Erzählungen der geflüchteten Frauen. Obwohl die Gründe dafür unterschiedlich sind, können die Schwierigkeiten, einen Termin zu bekommen, und der Hinweis auf die langen Wartezeiten zu einer gewissen Resignation führen. In der Folge priorisieren einige geflüchtete Frauen, die schon länger in der Schweiz sind, ihre gesundheitlichen Bedürfnisse. So meinte Yara, die zum Zeitpunkt des Interviews seit 1,5 Jahren in der Schweiz lebte und vorläufig aufgenommen ist:

«Wenn ich wegen meiner Gebärmutterensenkung frage, auch in zwei Jahren bekomme ich wohl keinen Termin! Gleichzeitig sitzen wir jetzt hier und ich habe sehr brennende Schmerzen, die nicht normal sind. Aber ich sage mir, es gibt andere Prioritäten, lass die Termine für meine Augen und für meinen Rücken kommen, danach frage ich wohl dann nach einem Termin für die Gebärmutterensenkung.» (Yara)

Diese verschiedenen Erfahrungen geflüchteter Frauen weisen auf Aspekte, die wichtig sind, um die Datenlage bezüglich der gesundheitlichen Chancengleichheit zu verbessern. Die Umstände haben auch zu einem späteren Zeitpunkt noch nachhaltige Folgen für die Wahrnehmung und die Verhaltensweisen von geflüchteten Frauen:

«Als Schweizerin kannst du fordern – aber als eine geflüchtete Person, die in sehr vielen Etappen klein gemacht wird, dann hast du diese Kraft wirklich nicht, noch etwas zu verlangen. Der Umgang ist ganz anders.» (Co-Forschende)

Diese grundsätzliche Dynamik kann auch den Umgang mit gesundheitlichen Fachpersonen weitreichend beeinflussen.

5.3.2 Interaktion mit gesundheitlichen Fachpersonen

«Zu Beginn hatte ich einen guten Hausarzt. Der erste, gleich als ich in die Schweiz kam. In [Ortschaft], das war ein guter Arzt. Danach ist er gegangen. Und danach habe ich nie mehr einen solchen guten gefunden. Er hat gut verstanden, er wusste wie, er war auch, er war kein Schweizer, er war ein Ausländer. Er war sehr angenehm. Die anderen, die sagten manchmal: Das macht nichts, das macht nichts! Vor allem wenn du ihnen sagst, dass du Asylsuchende bist, dann ist es gelaufen! (lacht) <Ja, das ist normal, ihr wollt alle, ihr seid alle krank, ihr wollt alle etwas ... >, solche Sachen sagen sie!» (Amal)

Ähnlich wie Amal schilderten einige Frauen diskriminierende Erfahrungen, die sie im Gesundheitssystem machten. Sie führten das Erlebte vor allem darauf zurück, dass sie von den Fachpersonen im Gesundheitsbereich primär als Asylsuchende und Geflüchtete wahrgenommen werden. Gleichzeitig ist es für die geflüchteten Frauen nicht immer einfach, negative Erfahrungen richtig einzuordnen und herauszufinden, ob die Personen im Gesundheitssystem aufgrund sprachlicher, zeitlicher und anderer

Herausforderungen so handelten oder ob es sich um eine Diskriminierung handelte. Einige der geflüchteten Frauen berichteten, dass sie in der Kommunikation mit dem Gesundheitspersonal zu wenig Informationen über Diagnose und Behandlung erhalten hätten. Zainab wurde nach der Diagnose eines Uterusmyoms vorgeschlagen, den bereits sehr großen Tumor u. a. zu Forschungszwecken in seiner vollständigen Grösse entfernen zu lassen. Sie meinte, sie habe selbst einen akademischen Hintergrund und daher eine Affinität zur Forschung und willigte ein, ohne dass ihr die Konsequenzen des Eingriffs umfassend verständlich gemacht wurden:

«Entweder hat es mir die Übersetzerin nicht gut übersetzt, oder sie haben mir nicht erklärt, wie weit sie meinen Bauch aufschneiden werden. Ich wusste es nicht. Und sie haben meinen Bauch sehr weit aufgeschnitten, vom Bauchnabel bis viel nach unten. Und sie haben es auf eine unprofessionelle Art zusammengenäht. In beiden nachfolgenden Schwangerschaften und bis heute habe ich deswegen sehr gelitten. Und sogar die Hebamme hat immer gesagt, du solltest zu ihnen gehen und sagen, dass sie dir den Schnitt korrigieren sollen. Manchmal habe ich, ich mag dieses Gefühl nicht, aber ich fühle: Warum ich bin eine Geflüchtete, zum Beispiel, und sie, und ich kannte die Sprache nicht, und sie haben das mit mir gemacht! Warum ...?» (Zainab)

Der Zugang zu Informationen und zur Übersetzung ist nicht nur für den *informed consent* und mit Blick auf eine komplikationsfreie Behandlung wichtig. Die Übermittlung von Informationen in der Kommunikation muss auch gewährleistet sein, damit Geflüchtete sich nicht in ihren Grundrechten beschnitten fühlen, wie es Maya in Bezug auf ihren Frühabort formulierte:

«Solche Sachen stören mich zum Beispiel, man hat keine Rechte zu wissen. Wir sind auch Menschen wie sie. Wir möchten auch wissen, zum Beispiel wie alt oder wie viele Wochen hatte das Kind oder hatte der Fötus oder solche Sachen, aber wenn man fragt, geben sie keine Antwort.» (Maya)

Erschwerend wirkt, dass die Erfahrungen in den stark hierarchisierten Asylstrukturen einen prägenden Einfluss auf die geflüchteten Frauen haben und deren Verhalten in anderen Bereichen – auch im Gesundheitssystem – beeinflussen:

«Weil, dieses Asylsystem macht uns in allem klein. Und irgendwie das hinzukriegen, dass sie uns nicht, dass sie uns immer für dumm oder so ... Das sind einfach so Gefühle. Viele Sachen fallen uns später nicht so leicht. Zum Beispiel auch, um selbstbewusst zu sein oder etwas zu fragen oder so.» (Co-Forschende)

Eine solche Entwicklung bestätigte Naila, als sie beschrieb, wie sie im ersten Jahr nach Ankunft in der Schweiz im Rahmen der medikamentösen Behandlung ihres Myoms nicht darauf hingewiesen worden sei, dass sie im Falle eines Schwangerschaftswunsches das Medikament absetzen solle. Sie wurde schwanger und erlitt eine Fehlgeburt, die sie selbst direkt auf die Medikamenteneinnahme zurückführte. Die Trauer und die Wut wirken noch Jahre nach, auch während des Interviews:

«Ich fühlte mich, als wäre ich kein menschliches Wesen. Im ersten Jahr meiner Flucht habe ich sehr gelitten (...) Dazumal verstand ich nichts, und ich hasste die Ärzte. Und ich war sehr wütend und einfach ... Vielleicht bin ich jetzt beruhigt, weil ich etwas gesagt habe. Zum Glück habe ich es rausgebracht. (...) Bitte, schreibt dies in eurer Studie: es braucht das Recht auf eine Übersetzung! Oder noch besser, sie sollen das Angebot direkt geben und sagen, wir bringen dir auch eine Übersetzung.» (Naila)

Die schlechte Erfahrung kann zu einem erheblichen Misstrauen führen. Eine gute Kommunikation ist also in grossem Masse Voraussetzung, um geflüchtete Frauen zu befähigen, ein Vertrauensverhältnis zum Gesundheitssystem aufzubauen und insbesondere auch im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sensiblere Themen und Bedürfnisse anzusprechen. Eine diesbezüglich positive Erfahrung machte Nesreen, die über das UNHCR-Resettlement-Verfahren in die Schweiz kam und von Beginn weg einen guten Zugang zur Gesundheitsversorgung hatte. Auch sie hebt die Wichtigkeit der Kommunikations- und der Beziehungsebene bei den Schwangerschaftsvorsorgekontrollen hervor:

«Ja, ich war sehr zufrieden und glücklich mit der Gynäkologin, vor allem, weil sie Arabisch redet. Darum war ich glücklich. So konnte ich direkt mit der Gynäkologin reden, ohne Probleme, und ich konnte mich auch direkt äussern. Über alles, was ich wollte!» (Nesreen)

Es ist weiter bemerkenswert, dass viele der interviewten Frauen gesundheitliche Fachpersonen mit Migrationserfahrung bevorzugen, wie das Zitat von Amal, das zu Beginn dieses Kapitels angeführt wird, aufzeigt. Alle Befragten sprachen Fachpersonen mit Migrationserfahrung eine erhöhte Sensibilität für ihre Situation und die vorhandenen sprachlichen Hürden und mehr Empathie zu. Auch Naila reflektierte diese Ebene, als sie auf Folgendes hinwies:

«Aber was ich bemerkt habe, nachdem ich vieles erlebt habe: Immer, wenn ich mit einer ausländischen Ärztin war, fühlte ich mich ruhiger. Immer wenn es ein Schweizer Arzt war, dann war ich nicht entspannt. Zum Beispiel, ich habe zurzeit eine Ärztin, sie ist aus Uganda oder Togo, ich weiss nicht, afrikanisch. Aber ich bin mit ihr sehr entspannt. Und immer, wenn mich jemand fragt, welche Ärztin ist gut, dann sage ich diese ausländische Ärztin. Also, das ist die Sache, die ich bemerkt habe.» (Naila)

Geflüchtete Frauen sind aber auch dann nicht gegen diskriminierendes Verhalten gefeit, wenn es sich um Gesundheitspersonal mit migrantischem Hintergrund handelt, wie das Beispiel von Amina aufzeigt. Sie erlebte die Therapien bei einer Arabisch sprechenden Therapeutin, die nicht aus ihrem Land stammt, als diskriminierend:

«Diese Schweizerin, zu der ich vorher ging, da war es mir wohler. Aber wegen dem Dolmetschen hat das SEM entschieden, mich zu dieser Fachperson, die Arabisch redet, zu schicken. Aber ich habe nichts davon. Jedes Mal, wenn ich gehe und ihr etwas sage, dann sagt sie: «Ihr Syrer seid alle so!. Ihr seid alle so: ihr wisst nicht das, ihr wisst nicht jenes» (...) und so. Mit diesen Worten hat sie mich verletzt.» (Amina)

Auch die Co-Forschenden finden es eminent wichtig, dass geflüchtete Frauen über ihre Rechte und Möglichkeiten innerhalb der Gesundheitsversorgung informiert und ermächtigt werden müssten, erlebte Diskriminierungen zu thematisieren und in solchen Fällen die gesundheitliche Fachpersonen zu wechseln. Dass dies zuweilen mit einem erheblichen Mehraufwand verbunden ist, zeigt ein Beispiel aus dem Bekanntenkreis einer Co-Forschenden. In einem ersten Treffen vor der Geburt hatte sich die ihrer Bekannten vom Spital zugewiesene Hebamme diskriminierend verhalten:

«Und meine Bekannte hat gedacht, dass sie von ihr [der Hebamme] gehasst werde, weil sie aus Syrien ist und weil sie jetzt in der Schweiz ist. Und sie hat dann gefragt, ob sie [für das Wochenbett] eine andere Hebamme haben könne, weil sie eine enge Betreuung brauche und solche Sachen. Und dann im Spital haben sie gesagt, sie dürfe die Hebamme nicht wechseln.» (Co-Forschende)

Ein Wechsel der Hebamme konnte erst mit einer Unterstützung aus dem Bekanntenkreis vollzogen werden. Solche negativen Erfahrungen können für geflüchtete Frauen tiefgreifend sein und das Vertrauen in das System erschüttern.

5.4 Vermittlung von Wissen über Verhütung und den Zugang zu Verhütungsmitteln

Die Aufklärung über Verhütung und der gesicherte Zugang zu Verhütungsmitteln bilden die Grundlage für eine selbstbestimmte Familienplanung. Auch für geflüchtete Frauen besteht nach ihrer Ankunft in der Schweiz bereits ein Bedarf. Die Erfahrungen der befragten Frauen sind unterschiedlich und zeigen, dass dieser nur teilweise gedeckt wird. Einige Geflüchtete erhielten Zugang zu Informationen und wurden von Pflegefachpersonen und Mitarbeitenden in den Asylstrukturen informiert, andere nahmen an Schulungen oder Workshops zu sexueller und reproduktiver Gesundheit teil oder erhielten Beratung durch gynäkologische Fachpersonen. Die im Kanton Bern bestehenden Fachstellen für sexuelle Gesundheit und deren Beratungsangebot hingegen waren nur wenigen der befragten Frauen bekannt.

5.4.1 Informationen und Beratung durch Fachpersonen

«Einfach im ersten Camp, da haben sie uns erklärt, zu der Zeit, wenn du eine sexuelle Beziehung eingehst, dann solltest du Verhütung haben etc. Also die grundsätzlichen Dinge, die haben sie uns im ersten Camp erzählt, nur dort.» (Naila)

Nach ihrer Ankunft in der Schweiz erhalten geflüchtete Personen in den kollektiven Strukturen des Bundes gesundheitliche Erstinformationen. Verhütungsthemen werden in diesem Rahmen nicht immer nachhaltig im Sinne einer selbstbestimmten Schwangerschaftsverhütung vermittelt, wie das Zitat von Naila deutlich macht. Co-Forschende, die in Strukturen auf Bundesebene tätig waren und in diesem Rahmen für Übersetzungsarbeiten beigezogen wurden, bestätigten, dass Verhütungsfragen weder in der Medizinischen Erstinformation (MEI) noch in der Medizinischen Erstkontrolle (MEK) systematisch thematisiert werden:

«Sie fragen einfach: Bist du schwanger? Ja/nein. Sie haben keine Zeit für Details. Also nur zur Erklärung: Bei den MEI/MEK-Fragen, das sind Fragen, die man nur mit ja oder nein beantwortet. Genau: Bist du krank? Ja/nein. Und schwanger? Ja/nein. Falls du schwanger bist: Seit wann? In welchem Monat? Nur so. Aber es sind Fragen mit ja und nein. Es ist eigentlich ... Darum kann man nicht so viele Bedürfnisse artikulieren und Informationen über den Gesundheitszustand geben als geflüchtete Frau.» (Co-Forschende)

Anders gelagert sind Erfahrungen von zwei Frauen, die über das Resettlement-Kontingent¹¹ in die Schweiz eingereist sind. Nesreen hat im Rahmen von sogenannten «Integrations-Workshops» bald nach ihrer Ankunft in der Schweiz Informationen über sexuelle und reproduktive Gesundheit erhalten. Dazu gehörten auch spezifische Informationen zur Verhütung:

«Ich hörte schon von den Verhütungsmitteln hier. Als ich in die Schweiz gekommen bin, gab es auch Kurse über Verhütungsmittel. Und dort wurden wir auch über alles informiert, und darum kennen wir die Verhütungsmittel hier in der Schweiz.» (Nesreen)

Insbesondere die Informationen über zugängliche Verhütungsmittel wurden grundsätzlich als wertvoll wahrgenommen, erklärte auch Aliya, die wie Nesreen über das Resettlement-Programm ihren Weg in die Schweiz fand:

«Also ehrlich gesagt waren wir sehr beschämt, und dann die Informationen, die sie gaben, da waren mir ungefähr alle bekannt, da ich vier Kinder zur Welt gebracht habe. Und ich bin schon eine ganze Weile verheiratet, ungefähr alle Sachen wusste ich schon. Aber wir profitierten davon, als sie von den Verhütungsmitteln erzählten. Die neuen Dinge und so.» (Aliya)

Auf Kantonsebene bietet das Projekt Multicolore der Aids Hilfe Bern Schulungen für Migrantinnen und Asylsuchende zu den Themen HIV/STI und sexuelle Rechte und Gesundheit sowie Informationen über Verhütungsmethoden an. Diese werden mit Unterstützung von Multiplikator*innen mit Migrationserfahrung durchgeführt. Laut den Projektverantwortlichen hängt es massgeblich von der Praxis und vom Willen der verschiedenen regionalen Partner im Asylbereich ab, ob die Kurse in den kantonalen Unterbringungen durchgeführt werden bzw. ob Geflüchtete in einen Kurs vermittelt werden. Es entstehen immer wieder beträchtliche Versorgungslücken, da die Zusammenarbeit durch wiederkehrende Restrukturierungen sowie Fluktuationen bei den Mitarbeitenden der Betreuung erschwert wird (Metthez et al., 2024).

Wohl auch aufgrund der Erfahrungen, die geflüchtete Frauen mit Gesundheitssystem in ihrem Land gemacht haben, gehen viele davon aus, dass sie Gynäkolog*innen aufzusuchen müssen, um eine individuelle fachliche Beratung zu erhalten. Dabei stellt sich die Frage, inwiefern insbesondere Frauen, die noch in den kollektiven Asylstrukturen leben, für eine Verhütungsberatung den Zugang zu einer Gynäkologin

¹¹ Vgl. dazu [Resettlement-Programme seit 2013 \(admin.ch\)](#), zuletzt abgerufen am 19.3.2024.

erhalten, da sie sowohl auf sprachliche als auch auf strukturelle Hürden treffen können, wenn sie um einen Termin bitten. Darüber hinaus können die Bedingungen des Gesundheitssystems in der Schweiz eine umfassende Beratung über Verhütungsmethoden einschränken, da nicht immer ein Dolmetscherdienst zur Verfügung steht. Zudem sind die zeitlichen Ressourcen in gynäkologischen Praxen nicht immer ausreichend, um eine umfassende Verhütungsberatung anbieten zu können. Viele geflüchtete Frauen sind denn auch nicht informiert über die Art der von ihnen verwendeten Verhütungsmittel, wie eine die Co-Forschende aufzeigt:

«Ich habe auch drei, vier Workshops mit Gruppen von geflüchteten Frauen durchgeführt, mit einer Gynäkologin, natürlich. Dort hat man herausgefunden, dass Frauen einfach Verhütungsmittel gebraucht haben, aber gar nicht wussten, was für Mittel es waren, was für Nebenwirkungen da waren, ob es für diese Menschen passte. Viele sagten: «Ich bin zum Arzt gegangen, er hat gesagt, ich solle eine Spirale einsetzen.» Aber sie [die Frauen] haben keine Informationen über Nebenwirkungen erhalten. Oder sie wussten gar nicht, was es sonst noch an Verhütungsmittel gibt. (...) Weil wenn sie zum Arzt gehen, dann wird das nicht alles erklärt und auch nicht alles in ihrer Muttersprache. Wir haben es in der Muttersprache und mit einer Übersetzung gemacht.» (Co-Forschende)

Die verschiedenen Fachstellen für sexuelle Gesundheit bieten umfassende Beratungen zu Fragen rund um Verhütung. Diese Angebote sind unentgeltlich und können anonym durchgeführt werden; in einigen Fällen gehören auch Dolmetscherdienste dazu. Den meisten der interviewten Frauen waren diese Fachstellen unbekannt:

«Ich habe nichts darüber gehört. Wenn ich das gewusst hätte, dann wäre ich gegangen.» (Yara)

Dies lässt vermuten, dass geflüchtete Frauen eine Beratung bei einer Fachstelle für sexuelle Gesundheit insbesondere in schwierigeren Situationen (Schwangerschaftskonflikt) und/oder infolge einer entsprechenden Triage aufsuchen. Einige geflüchtete Frauen bemerkten jedoch auch, dass sie nicht mit einer Beraterin über Verhütungsfragen reden würden. Nesreen formulierte es so:

«Ich weiss nicht, einfach so. Es gibt keinen Grund, ich bin so aufgewachsen. Es ist mein persönliches Leben, und ich kann nicht mit jemandem ausserhalb der Familie darüber reden. Und vor allem auch in der Familie rede ich mit meiner Mutter darüber, nicht mit jemand anderem. Es ist etwas Persönliches.» (Nesreen)

Niederschwellige Schulungen zur Thematik der reproduktiven und sexuellen Gesundheit werden nicht flächendeckend angeboten. Dadurch ist auch der Zugang zu einer adäquaten fachlichen Beratung für geflüchtete Frauen sehr unterschiedlich ausgestaltet und aus der Perspektive vieler begrenzt:

«Nein, das ist das erste Mal, dass ich davon höre. (...) Dazu hätte es eigentlich im Camp Broschüren geben müssen, die die Leute informieren. Oder sie sollen die Leute darüber informieren. Ich, ich habe nichts gelesen. Obwohl ich so

neugierig war auf solche Broschüren und Übersetzungen. Aber ich hab nicht ... ich habe nie etwas darüber gehört, nie.» (Zainab)

5.4.2 Effektiver Zugang zu Verhütungsmitteln

«Sie brachte mir ein Kondom. Warum? Sie konnte nicht Englisch sprechen. Es war eine aus [Land], die konnte nicht Englisch. Sie konnte nur Deutsch. Und ich konnte kein Deutsch. Und wir hatten ein grosses Problem. Und ich wollte verhüten. Sie hat mich nicht verstanden, daher hat sie mir nur das Kondom gegeben. Es war damals nicht möglich, die Antibabypille zu bekommen.» (Naila)

Naila zeigt in dem angeführten Zitat, dass der effektive Zugang zu Verhütungsmitteln immer auch von den Möglichkeiten abhängt, den Bedarf zu kommunizieren und dabei einerseits verstanden und andererseits auch gehört zu werden. Im faktischen Zugang spielen Sprache und Kommunikation eine zentrale Rolle. Nour wurde von der Betreuungsperson der Zugang zu Verhütungsmitteln vermittelt. Dabei vereinfachte die Tatsache, dass sie sich problemlos verständigen konnten, die Kommunikation und somit auch den Zugang zu Verhütungsmitteln in hohem Masse:

«Ich habe sie gefragt; sie sprach Kurdisch und Arabisch, und ich sprach mit ihr über das Thema. Sie sagte mir: «Du kannst zum Spital gehen und sehen, ob du irgendeine Art der Verhütung magst, dann kannst du das machen.» (Nour)

Amina wiederum befand sich durch eine Zwangsheirat in einer sehr prekären, schwierigen Situation und war zu Beginn ihres Aufenthaltes noch ohne rechtliche Aufenthaltserlaubnis. In einer gynäkologischen Konsultation wurde ihr der Zugang zur Pille verwehrt:

«Also zuerst mal, die Schwester [meines Ehemannes] kam mit. Sie kam mit zur Ärztin. Und ich sagte direkt «Doktor: ich möchte die Antibabypille»; seine Schwester unterbrach: «Warum?» Und ich sagte: «Schweig, das geht dich nichts an. Ich will keine Kinder.» (...) Nein, sie gab sie mir nicht. Sie sagte mir damals, ich weiss nicht mehr ... ah ja, vielleicht meinte sie: «Du bist noch zu jung.»» (Amina)

Wie sich ein erschwerter Zugang zu Verhütungsmitteln auswirken kann, zeigt sich auch an der reproduktiven Biografie Amals. Ihr Asylgesuch wurde abgewiesen, sie ist daher von der Sozialhilfe ausgeschlossen und erhielt zum Zeitpunkt des Interviews nur noch Nothilfe. Seit Jahren ist sie mit ihrem Ehemann und zwei gemeinsamen Kindern in Kollektivunterkünften untergebracht. Sie erzählte, dass sie auf keinen Fall ein weiteres Kind in ihre von diesen Umständen geprägte Welt bringen wolle. Deshalb habe sie sich bei der Pflegefachperson der Unterkunft nach sicheren Verhütungsmitteln erkundigt:

«Und schon seit langer Zeit frage ich, ob ich mich unterbinden lassen [sterilisieren] könnte, damit ich definitiv keine Kinder mehr kriege. Und sie haben gesagt: «Nein, wir können das nicht bezahlen. Wenn du willst, dann kannst du das selber bezahlen.» Sogar die Spirale müsste ich selber bezahlen.»

*(...) Aber nun bin ich schwanger, sie wären jetzt bereit, den Schwangerschaftsabbruch zu bezahlen. Also, warum, obwohl ich seit zwei oder drei Jahren nach Verhütung frage, warum sagen sie immer Nein?»
(Amal)*

Amals Beispiel zeigt auf, welche konkreten Auswirkungen die Tatsache haben kann, dass die Kosten für Schwangerschaftsabbrüche im Gegensatz zu jenen für Verhütungsmittel von der obligatorischen Krankenkasse übernommen werden. Amal führte als Erklärung für ihre Situation die ökonomische Ratio noch weiter aus:

«Sie bezahlen den Schwangerschaftsabbruch, weil sie nicht viel ausgeben wollen. Weil sie es für uns ausgeben. Und sie geben Geld aus für die Kinder. Sie wollen nicht, dass es zu viele Kinder gibt, damit sie nicht zu viel Geld ausgeben. Sie sagen es nicht direkt, aber sie machen es uns klar. Und wenn du viele Kinder hast, dann sagen sie dir: <warum viele Kinder?>. Das ist teuer, die Kinder.»

Der erschwerte Zugang zur Verhütung ist daher sicherlich multikausal. Die restriktiven finanziellen Mittel, die den Asylkontext grundsätzlich und entsprechend auch die Gesundheitsversorgung strukturieren, wirken aber gerade auf die Situation von Personen mit einem prekären Aufenthaltsstatus stark ein. Ein Schwangerschaftsabbruch wiederum stellt für viele der befragten Frauen nur bedingt eine Handlungsoption dar, da er gesellschaftlich nicht akzeptiert ist:

«Ahm, ich sage es euch ehrlich: Was mich betrifft, ich persönlich, ich diskutiere mit niemandem über dieses Thema ausser mit dem Protagonisten der Beziehung, das ist mein Ehemann. Und sowohl ich als auch er, wir sitzen zusammen und sehen unsere Situation an und diskutieren. Aber wenn ich dir sage, zum Beispiel, ich rede mit jemandem, der mir nahesteht, zum Beispiel einer Freundin oder meiner Mutter oder meiner Schwiegermutter: Diese Sache ist verboten! (lacht) Ich spreche grundsätzlich nicht darüber, sogar wenn ich eine Abtreibung machen würde, es wäre unmöglich, dass ich sagen würde, dass ich eine Abtreibung gemacht habe, weil, sie behandeln es als grosse Sünden.» (Zainab)

Dies macht der Zugang zu einer informierten und selbstbestimmten Verhütungspraxis umso wichtiger, wie Naima darlegte:

«Wenn sie nicht [schwanger werden] will, muss sie meiner Meinung nach alles machen, eine Spirale, eine natürliche Methode [anwenden], weil es <haram> ist, wenn ein Fötus, nachdem er eine Seele hat, wenn du dann diesen Fötus tötest. Also, das ist sehr <haram>. Man wird es bereuen, dass man es getan hat. Aber meiner Meinung nach, du willst keine Kinder, dann benutze doch die Verhütungsmittel. Es gibt Leute, die sagen: <Ich bin schwanger geworden, das ist ein Fehler.> Es gibt so etwas wie Fehler nicht! Es gibt die Spirale oder den natürlichen Weg oder das Kondom.» (Naima)

In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass die Notfallverhütung (Pille danach) bis auf eine Ausnahme bei allen interviewten Frauen und vielen Co-Forschenden

gänzlich unbekannt war. Die Erfahrungen von geflüchteten Frauen, die in der vorliegenden Studie zugänglich gemacht werden, zeigen auf, dass der Bedarf an Wissen über die verfügbaren Arten von Verhütungsmitteln und über deren Wirkungsweise nicht immer gedeckt ist. Teilweise gelangten die Frauen erst nach einem längeren Aufenthalt in der Schweiz zu diesem Wissen. Mit dem Fehlen dieser Informationen verlieren die Frauen die Grundlage, um selbstbestimmt über Verhütung und Familienplanung zu entscheiden.

Des Weiteren ist auch der effektive Zugang zu einer selbstbestimmten und frauenzentrierten Verhütung nicht gesichert. Die Tatsache, dass geflüchtete Frauen in prekären Situationen nur über sehr wenige Ressourcen verfügen und sich den Zugang zu Verhütungsmitteln zuweilen proaktiv erschaffen müssen, kann eine mögliche Erklärung für den Umstand sein, dass sie sich letztlich auf natürliche Verhütungsmethoden beschränken. Dies ist wiederum gerade während ihres Aufenthalts in der Kollektivunterkunft problematisch und kann zu ungewollten Schwangerschaften führen, welche die Situation der Frauen – die bereits in einer schwierigen Lage sind – noch zusätzlich erschwert.

Die Lebensbedingungen in der Kollektivunterkunft waren in den Interviews mit den geflüchteten Frauen und in den Gruppendiskussionen der Co-Forschenden ein wiederkehrender Aspekt. Dieser führte schlussendlich zur Frage, inwiefern Fragen der selbstbestimmten Reproduktion allein durch den garantierten Zugang zur sexuellen und reproduktiven Gesundheitsversorgung diskutiert werden können und ob nicht auch die einschneidenden Lebensbedingungen per se in die Analyse mit einzubeziehen wären.

5.5 Reproduktive Gerechtigkeit im Fluchtkontext: «Wie kannst du da schwanger werden?!»

«Und ich habe meiner Freundin, die schwanger war, gesagt: <Du bist in einem Camp, warum hast du es zugelassen, dass du schwanger geworden bist? Es ist schwierig hier für dich!> Und sie bereut es, und sie ist sehr dünn und sehr müde und wird immer ohnmächtig. (...) Es ist sehr schwierig, wenn eine Frau im Camp schwanger wird, sehr schwierig.» (Samira)

Samira beschrieb eine gängige Perspektive auf Schwangerschaft in kollektiven Unterbringungen. So oder ähnlich lautende Diskurse über Schwangerschaft finden sich sowohl unter Geflüchteten als auch unter Fachpersonen. Sie verweisen grundsätzlich auf die Eigenverantwortung von geflüchteten Frauen in diesem schwierigen Lebenskontext, ohne dabei die strukturellen Bedingungen zu hinterfragen. Im Fluchtkontext ist jedoch die kollektive Unterbringung ein zentraler Faktor, der sowohl Schwangerschaft und Mutterschaft als auch die Sexualität erschwert und damit die reproduktiven Voraussetzungen und Möglichkeiten von geflüchteten Frauen *per se* beschneidet. Reproduktive Selbstbestimmung kann daher nicht nur in Bezug auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung gedacht werden, sondern muss auch die strukturellen Voraussetzungen in den Blick nehmen. Mit dem Ansatz der Reproduktiven Gerechtigkeit lässt sich dieser erweiterte Blick konzeptuell rahmen: Er bringt die reproduktive Gesundheit mit der sozialen Gerechtigkeit und somit mit den unterschiedlichen Lebensrealitäten in Zusammenhang.

5.5.1 Mutterschaft in kollektiven Unterbringungsstrukturen

«Und die Frau war eine Arme, schon grundsätzlich. Und sie war mit einem kleinen Baby im Camp. (...) Und ich habe mir vorgestellt, ich selbst, in ihrer Situation. Und es wäre für mich sehr schwierig gewesen. Ich hatte nicht an Schwangerschaft gedacht, weil ich diese Dinge sah. Nicht, solange die Umgebung nicht passender ist für Kinder.» (Naila)

Neben den Schwierigkeiten, die eine Schwangerschaft mit sich bringen kann, gaben viele geflüchtete Frauen wie Naila an, dass das Fehlen kindgerechter Lebensbedingungen in den kollektiven Unterkünften ein zusätzlicher Grund sei, nicht schwanger werden zu wollen. Für viele der befragten Frauen ist die Situation in einer kollektiven Unterkunft kein sicheres und gesundes Umfeld für Kinder und stellt die Mutter- bzw. Elternschaft vor Herausforderungen. Die Infrastruktur ist nicht kindgerecht, wenn beispielsweise keine Babybetten oder Wickeltische vorhanden sind. Zusätzlich sind die Handlungsmöglichkeiten für Eltern eingeschränkt, wenn sie für ihre Kinder nicht selbst kochen können oder wenn Kleinkinder wieder einnässen, weil sie Angst haben, auf die Toilette zu gehen. Dasselbe Problem besteht, wenn den Kindern der Zugang zu den sanitären Anlagen verwehrt wird, wie Amal ausführte:

«Wenn jemand eine Dusche nimmt, kannst du nicht aufs WC. Und sie [meine Tochter] hatte neu keine Windeln mehr. Die Arme, wenn sie aufs WC wollte und da jemand war, konnte sie nicht aufs WC gehen, es ist geschlossen.» (Amal)

Die Lebens- und Wohnsituation in kollektiven Unterbringungen sind nicht kinderfreundlich gestaltet. Kinder werden aber auch in Mitleidenschaft gezogen, wenn die Situation in kollektiven Unterbringungen zwischen den Bewohner*innen angespannt und allgemein von Aggressionen geprägt ist. Wenn kein Rückzug in die Privatsphäre möglich ist, können Eltern ihre Kinder davor nicht genügend schützen, was sich negativ auf die psychische Gesundheit der Kinder – aber auch diejenige der Eltern – auswirken kann, wie es Amira formulierte:

«Und ich als Mutter [wurde], musste immer wieder versuchen, dass meine Kinder nichts von diesen, eh Schlägereien oder Aggressionen mitbekommen. Aber das war nicht immer möglich. Und immer wieder ist die Polizei gekommen mit den Hunden. Es war laut. Und es war auch nicht möglich, im Zimmer die Tür abzuschliessen. Wir mussten schauen, dass es irgendwie hinter der Tür einen Gegenstand gibt oder ein Bett, damit niemand hineinkommt. Und von dem her hatte ich Angst, konnte nicht schlafen.» (Amira)

Die Lebensbedingungen in kollektiven Unterbringungsstrukturen beeinflussen die reproduktiven Entscheidungen nicht nur dadurch, dass sie Herausforderungen und Gesundheitsrisiken für schwangere Frauen mit sich bringen, sondern sie erschweren in erheblichem Masse Mutterschaft und Elternschaft. Die Bedingungen und Diskurse von Mutterschaft werden daher auch institutionell beeinflusst.

5.5.2 Die Perspektiven erweitern: reproduktive Gerechtigkeit

Durch die konzeptuelle Brille der reproduktiven Gerechtigkeit ist gerade der Kontext, in dem geflüchtete Frauen leben, ein Schlüssel, um die reproduktiven Voraussetzungen und deren Entscheidungsmöglichkeiten zu verstehen. Die vorangehenden Kapitel verdeutlichen, dass die reproduktive Gerechtigkeit auf allen drei Ebenen tangiert ist: Einerseits ist das Recht, sich gegen ein Kind zu entscheiden, eingeschränkt, da kein umfassender Zugang zu Beratungsangeboten und zu Informationen über Verhütung und kein gesicherter Zugang zu Verhütungsmitteln gewährleistet wird. Andererseits sind aufgrund der allgemeinen Lebenssituation und der restriktiven Versorgungslage in den kollektiven Strukturen die Voraussetzungen dafür, schwanger zu werden und ein Kind zu bekommen, eingeschränkt. Mit anderen Worten: Für geflüchtete Frauen in kollektiven Unterbringungen kann es schwierig sein, nicht schwanger zu werden, gleichzeitig sind es auch schwierige Verhältnisse, um schwanger zu sein. Schliesslich zeigen die durch diese Studie zugänglich gemachten Erfahrungen auf, dass die Bedingungen in den Unterbringungsstrukturen das Recht beschneiden, die eigenen Kinder in einer sicheren und gesunden Umgebung aufzuziehen. Amal verwies weiter darauf, dass es in den kollektiven Unterbringungen schwierig sei, Sexualität zu leben:

«Also zu, ehm, Verhütungsmitteln oder so haben wir gar nichts bekommen. Und die Familien, also die Verhütung haben wir mit Kondomen gemacht. Und ... also, wir hatten fast auch keine ... keine Möglichkeit, eine sexuelle Beziehung zu haben, weil wir mit unseren Kindern in einem kleinen Zimmer waren. Und es war sowieso nicht möglich.» (Amal)

Die Möglichkeiten, private und intime Beziehungen zu pflegen und sexuelle Beziehungen zu leben, waren entsprechend aufgrund der Situation und der Räumlichkeiten stark erschwert bzw. eingeschränkt. Eine Co-Forschende beschrieb den institutionellen Kontext folgendermassen:

«Wenn du siehst, wie die Struktur und alles ist: Das heisst, kein Privatleben. Ich war mit meinem damaligen Ehemann [da], ich musste mit 15 Personen im gleichen Zimmer schlafen. Das heisst, unsere Bedürfnisse, Sex und solche Sachen, Privatleben ... das ist verboten, irgendwie! Niemand will dich verstehen, wenn du das hast, oder? Weil du nicht schliessen kannst deine Türe und einfach zehn Minuten mit deinem Mann zu sein, einfach. Das heisst, wenn du denkst, hier ist Sex nicht erlaubt, das heisst, schwanger sein [ist] auch nicht erlaubt!» (Co-Forschende).

Neben der räumlichen Verhinderung erleben geflüchtete Frauen auch eine diskursive Delegitimierung ihrer Sexualität und der daraus resultierenden Schwangerschaft. Dies zeigt die Erzählung einer Co-Forschenden:

«Es war für sie [meine Bekannte] noch nicht ganz klar, ob sie hier in der Schweiz bleiben kann oder ob sie ausgeschafft wird nach Italien (...). Und dann, bei der ersten medizinischen Befragung fragen sie, ob man schwanger ist oder nicht. Da hat [meine Bekannte] gesagt: <Ich bin neu verheiratet. Ich bin nicht schwanger, aber ich möchte jetzt nicht schwanger werden. Und ich möchte die Anti-Baby-Pille haben.> Und dann hat sie [die Pflegefachperson] sie

ausgelacht. Sie hat mit ihr auf Englisch gesprochen und hat gesagt: «Du denkst an Kinder und Schwangerschaft und du bist noch in Asylheim!?» Meine Bekannte meinte, sie habe sich gefühlt, als sage sie [die Pflegefachperson]: «Du kannst in dieser Zeit nicht mit deinem Mann schlafen.» Sie sagte: «Aber ich brauche das!» Und dann hat die Pflegefachperson gesagt: «Draussen gibt es Kondome, du kannst ein paar nehmen.»» (Co-Forschende)

Dieses Zitat lässt vermuten, dass das ein solches Absprechen von Sexualität auch dazu führen kann, dass Fachpersonen Fragen zu Verhütungsmitteln gar nicht mehr genügend Raum gegeben, ohne ihre diesbezügliche Position bewusst zu reflektieren.

Aus der Perspektive der reproduktiven Gerechtigkeit reicht der gesicherte Zugang zu Verhütungsmitteln jedoch nicht aus. Für geflüchtete Frauen sollte sicherlich sowohl die Aufklärung über die Methoden und Nebenwirkung von Verhütungsmitteln als auch die Kostenübernahme grundsätzlich sichergestellt und gut verständlich kommuniziert werden. Der Blick muss jedoch auf diese strukturellen Bedingungen erweitert werden. So müssen auch die einschränkenden Bedingungen in den kollektiven Unterbringungsstrukturen und das damit einhergehende Unterbringungsregime kritisch reflektiert werden.

6. DISKUSSION

Für diese Forschung wurden die Vorstellungen, Bedürfnisse und Erfahrungen von 14 geflüchteten Frauen zur Thematik der reproduktiven Gesundheit mit Fokus auf Familienplanung und Verhütung erhoben. Aufgrund der gemeinsamen Datenanalyse mit den Co-Forschenden konnten die in den Interviews identifizierten Themen als kollektive Erfahrungen festgehalten und intersubjektiv validiert werden. Die Ergebnisse weisen auf strukturelle Faktoren hin, die den Zugang zur reproduktiven Gesundheit für geflüchtete Menschen erschweren und entsprechend als *gesundheitliche Ungerechtigkeit* zu verstehen sind (Weber & Hösli, 2022). Weiter zeigen die Ergebnisse auf, wie kollektive Unterbringungsstrukturen im Asylbereich reproduktive Rechte massgeblich einschränken. Dieser Einfluss, den die Lebensbedingungen auf den Bereich der reproduktiven Gesundheit haben, kann mit dem Ansatz der *Reproduktiven Gerechtigkeit* erfasst werden (Ross & Solinger, 2017). Schlussendlich verweisen die in der vorliegenden Studie zugänglich gemachten Diskriminierungserfahrungen geflüchteter Frauen auf die Notwendigkeit, die Dimensionen dieser Erfahrungen im Rahmen des *strukturellen Rassismus* im Gesundheitsbereich weiter zu erforschen.

6.1 Familienplanung und Verhütung: strukturelle Faktoren als zentrale Ursachen

Eine Synthese bisheriger internationaler Studien zur Familienplanung und Verhütung geflüchteter Frauen zeigt, dass die Lebenssituation im Aufnahmeland nach einer Flucht die reproduktive Entscheidungsfindung – die Beantwortung der Frage, ob ein Kind gewünscht bzw. geplant wird oder nicht – massgeblich beeinflusst und zu Verschiebungen in der Familienplanung führen kann (Chalmiers et al., 2022). Die Autor*innen verweisen ebenfalls auf das Risiko, auf allzu vereinfachende und essentialisierende Kulturmodelle zu rekurrieren, die die Komplexität und Vielfalt der Erfahrungen geflüchteter Frauen nicht angemessen erfassen. Beim Versuch zu beschreiben, wie «kulturelle Werte» oder «traditionelle Überzeugungen» den Gebrauch

und die Präferenzen von Verhütungsmitteln beeinflussen, wird das Ausmass, in dem Individuen aktiv kulturell normative Modelle aushandeln, sich ihnen widersetzen und sie umgestalten, völlig unterschätzt. Die Synthese zeigt weiter auf, dass bezüglich Schwangerschaftsverhütung im Fluchtkontext gleich nach Ankunft im Zukunftsland andere Präferenzen bestehen können als zu einem späteren Zeitpunkt (Chalmiers et al., 2022).

Die reproduktive Neuorientierung nach der Ankunft in der Schweiz war auch in der vorliegenden Studie ein zentrales Thema: Unsere Ergebnisse zeigen auf, dass vor allem die strukturellen Rahmenbedingungen die Familienplanung und das Bedürfnis nach Verhütung beeinflussen. So bildete die Aussicht auf eine ersehnte stabile Lebenslage in der Schweiz für viele geflüchtete Frauen eine Projektionsfläche für eine mögliche Familiengründung oder -erweiterung. Diese Perspektive wurde jedoch nach ihrer Ankunft in der Schweiz durch die unerwartete Realität in den kollektiven Unterbringungen jäh untergraben. Viele Frauen wollten angesichts der schwierigen Lebensbedingungen in dieser Situation nicht schwanger werden.

Daraus entstehen ambivalenten Haltungen in der Familienplanung, die durch die unbestimmte Aufenthaltsdauer in kollektiven Strukturen noch verstärkt werden können. Ein Zugang zu Verhütungsmitteln und zur Familienplanung ist daher nach der Ankunft grundsätzlich angezeigt. Dieser ist jedoch, wie einige Frauen darlegten, in den Asylstrukturen nicht immer gewährleistet. Insbesondere fehlt es den geflüchteten Frauen an Informationen, um dieses reproduktive Recht einzufordern. Angesichts des Mangels an Information und Beratung über Verhütungsmittel nutzen einige geflüchtete Frauen digitale Kanäle, um ihren Informationsbedarf zu decken. Perrenoud et al. (2022) zeigen auf, dass Frauen mit Migrationserfahrung in der Schweiz häufig digitale Medien nutzen, um Zugang zu Informationen über Frauengesundheit und die perinatale Phase (Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett) zu erhalten. Sie weisen aber auch darauf hin, dass dies die Vermittlung von Wissen durch Fachpersonen nicht ersetzt: Vielmehr ist dieses nötig, um die erhaltenen Informationen einordnen, ergänzen und allenfalls korrigieren zu können.

Die vorliegende Studie zeigt auf, dass geflüchtete Frauen ihren Wissensstand über Verhütungsmittel primär innerhalb ihres sozialen Umfelds abgleichen, wenn diese Einordnung nicht durch Fachpersonen geleistet wird. Gepaart mit einem mangelnden Vertrauen in das hiesige Gesundheitssystem kann dies zu negativen Narrativen über Verhütungsmethoden führen, was auch Origlia Ikhilior et al. (2017) bestätigen: Die Autorinnen machen deutlich, dass unter nicht allophonen Migrantinnen die Befürchtung bestehen kann, sie würden in der Schweiz mittels Verhütungsmitteln unfruchtbar gemacht. Die in der vorliegenden Studie artikulierten individuellen Bedürfnisse hinsichtlich der Verhütungsmethoden sind sehr heterogen: Sie reichen von der Abneigung gegen das Einsetzen eines Fremdkörpers über die Skepsis gegenüber hormoneller Verhütung bis hin zum Wunsch nach einer hormonellen Langzeitverhütung oder Unterbindung. Dabei ist die Sicherheit der Methode nicht immer das einzige Kriterium, und es wird beispielsweise auf die Bedeutsamkeit der Menstruation in Bezug auf das eigene Wohlbefinden hingewiesen. Daraus folgt, dass Hormonspiralen und andere rein gestagenhaltige Verhütungsmittel, die unregelmässige Blutungen oder Zwischenblutungen verursachen, nur im Rahmen einer umfassenden Aufklärung abgegeben werden sollten. Die Bedürfnisabklärung sollte

demnach integraler Bestandteil einer individuellen fachlichen Beratung sein (Sieber, 2017b).

Die meisten der interviewten Frauen gehen davon aus, dass nur Gynäkolog*innen eine solche fachliche Beratung geben können. Wie die vorliegende Studie aufzeigt, wird dieser Bedarf gerade in der ersten Phase in den Asylstrukturen von den Fachpersonen nicht immer anerkannt. Weiter schränken die aktuellen Bedingungen des Gesundheitssystems in der Schweiz eine Verhütungsberatung in diesem Rahmen tendenziell ein, da nicht immer ein Dolmetscherdienst zur Verfügung steht und in den gynäkologischen Praxen die zeitlichen Ressourcen für eine ausführliche Verhütungsberatung nicht immer vorhanden sind. Dieses anspruchsvolle Gesundheitsthema kann jedoch ohne ausreichende Verständigung weder ethisch noch rechtlich (im Sinne eines *informed consent*) angemessen behandelt werden (Origlia Ikhilor et al., 2017). Die verschiedenen Fachstellen für sexuelle Gesundheit könnten diesen Bedarf decken, indem sie eine umfassende Beratung zu Verhütungsfragen anbieten. Dieses Angebot ist aber unter den geflüchteten Frauen wenig bekannt. Die Fachstellen schätzen die Niederschwelligkeit ihrer Beratung für geflüchteten Frauen alle sehr heterogen ein. Die Vernetzung über Communities, die geografische Lage im urbanen/ruralen Raum und die vorhandenen bzw. fehlenden Ressourcen der Fachstellen in Bezug auf ihre Möglichkeit, eine Dolmetscherin zur Verfügung zu stellen, ist diesbezüglich zentral (Metthez et al., 2024). Inci et al. (2020) haben für Deutschland in einer quantitativen Studie mit 663 geflüchteten Frauen gezeigt, dass nur 43 Prozent der Frauen, die potenziell an einer adäquaten Verhütung interessiert sind, verhüten. 12 Prozent von ihnen nutzen den Coitus interruptus als «natürliche» Verhütungsmethode, auch wenn die Finanzierung anderer Verhütungsmittel gewährleistet ist (Inci et al., 2020). Diese Resultate sind auch für die Schweiz relevant. Die Tatsache, dass geflüchtete Frauen häufig Unsicherheiten über die Art und Wirkungsweise der zugänglichen Verhütungsmittel haben und der Umstand, dass diese Frauen nicht immer über die Ressourcen verfügen, sich das nötige Fachwissen anzueignen, könnten dazu beitragen, dass öfter unsichere Verhütungsmethoden genutzt werden. Dies wiederum ist gerade vor dem Hintergrund der Lebenssituation dieser Frauen in der Kollektivunterkunft problematisch und kann aufgrund der strukturellen Bedingungen zu ungewollten Schwangerschaften führen. Eine erhöhte Rate von Schwangerschaftsabbrüchen bei Asylsuchenden (Kurth et al., 2010) kann somit sowohl auf Zugangsprobleme aufgrund der fehlenden Kostenübernahme für Verhütungsmittel als auch auf unzureichende Informationen, Unsicherheiten und sprachliche Hürden zurückgeführt werden. Ein weiterer Faktor sind die unsicheren und ungesunden Lebensbedingungen für Schwanger und Kleinkinder in kollektiven Unterkünften.

6.2 Kollektive Unterbringung als Ursache von reproduktiver Ungerechtigkeit

In den letzten Jahren wurden die Bedürfnisse und Rechte geflüchteter Frauen in der Schweiz im Anschluss an das Postulat Feri (Postulat 16.3407 | Analyse der Situation von Flüchtlingsfrauen) vermehrt diskutiert. So wurden allgemeine Empfehlungen bezüglich der Betreuung der Frauen und des Umgangs mit sexueller und geschlechtsspezifischer Gewalt im Verfahren und in kollektiven Unterbringungen erarbeitet (Graf & Büchler, 2021), wobei bis dato nicht alle umgesetzt sind (Chinwe Chukwuma, 2023). Auch wurden Richtlinien bezüglich der Unterbringung in den Bundesasylzentren formuliert,

→ [BRAVA-NGO: unsere Anliegen als geflüchtete Frauen](#)

→ [Interview Clara Bombach „Aufwachsen im Wartezimmer“](#)

in denen auch gendersensible Massnahmen thematisiert werden (UNHCR et al., 2023). Dass die Lebens- und Wohnsituation in kollektiven Unterbringungen in der Schweiz nicht kinderfreundlich sind, wurde in einer aktuellen Dissertation aufgezeigt (Bombach, 2023). Das Netzwerk Kinderrechte Schweiz bemängelt die Standards für die Unterbringung und Betreuung geflüchteter Kinder und hat diesbezüglich Empfehlungen verfasst (Netzwerk Kinderrechte Schweiz, 2021). Aber auch wenn kinder- und gendersensible Standards bezüglich Unterkunft und Betreuung geflüchteter Frauen entwickelt werden, zeigt die aktuelle, durch steigende Zahlen von Asylsuchenden gekennzeichnete Lage auf, wie schnell entsprechende Richtlinien durch politische Diskussionen um Unterbringungskapazitäten wieder in den Hintergrund treten. So gab das SEM im November 2023 bekannt, dass in einer Zivilschutzanlage in Zürich für ein Jahr ein temporäres Asylzentrum eröffnet werden solle, in dem 90 Mütter und ihre Kinder untergebracht werden sollten.¹² Ein grundsätzliches Problem besteht darin, dass die kurzfristig bereitgestellten Strukturen des Bundes bei einer Zunahme der Asylgesuche den Handlungsempfehlungen nicht entsprechen.¹³ Die Situation in den Kantonen wiederum gestaltet sich sehr unterschiedlich; in einigen Kantonen werden auch vorläufig aufgenommene Personen und Familien weiterhin in Kollektivunterkünften untergebracht. Abgewiesene Personen und Familien in Nothilfe müssen über lange Zeit in prekären kollektiven Unterbringungen leben.

Diese Situation hat Auswirkungen auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit geflüchteter Frauen. Die Tatsache, dass sich deren schwierige Verhältnisse in den kollektiven Unterbringungen während einer Schwangerschaft und als Mutter noch zusätzlich akzentuieren, wurde bis anhin nicht thematisiert. Der Bereich der gesundheitlichen Versorgung wurde evaluiert und entsprechende Empfehlungen, welche die grundsätzliche gesundheitliche Versorgung in den Bundeszentren und in den kantonalen Kollektivunterkünften betreffen, wurden zwar von einer Steuergruppe erarbeitet (GDK & SODK, 2023). Aspekte der reproduktiven Gesundheit sind darin aber nicht enthalten und der Umstand, dass vor Ort in den Strukturen die Arbeit einer Hebamme benötigt wird, findet kaum Eingang in die Diskussionen. Eine Debatte darüber ist jedoch umso mehr angezeigt, als die prekarierte Lebenssituation – insbesondere in kollektiven Unterkünften – sowie eine nicht adäquate Gesundheitsversorgung in diesen Strukturen dazu führen können, dass geflüchtete Frauen Schwangerschaften verhindert wollen bzw. dass sie einen Schwangerschaftsabbruch in Erwägung ziehen (Ming, 2018).

→ [Surprise Artikel](#)
[„Schwere Geburt](#)

Die Diskussion über den Zugang zu Verhütungsmitteln und zur reproduktiven Gesundheit sollte demnach im Sinne des Ansatzes der *Reproduktiven Gerechtigkeit* breiter geführt werden. Durch die konzeptuelle Brille der *Reproduktiven Gerechtigkeit* ist gerade der Kontext, in dem Menschen leben, ein Schlüssel zum Verständnis der Voraussetzungen und der entsprechenden (fehlenden) Entscheidungsmöglichkeiten in Bezug auf Reproduktion (Ross & Solinger, 2017). In kollektiven Unterbringungen kann

¹² [Keine Unterbringung von geflüchteten Kindern und ihren Familien in Luftschutzbunkern! | ACT by Campax, zuletzt](#) abgerufen am 15.12.2023.

¹³ Gemäss Aussage von Marcel Suter (SEM), Podium Amnesty International Schweiz (30.11.2023).

es für geflüchtete Frauen aus den oben dargelegten Gründen schwierig sein, nicht schwanger zu werden. Gleichzeitig ist es möglich, dass sich eine Schwangerschaft vor dem Hintergrund der Lebenssituation und der Versorgungslage für diese Frauen äusserst schwierig gestaltet. So schränkt die Lebenssituation in den geschilderten Situationen die Möglichkeiten dieser Frauen ein, frei über ihre Reproduktion zu entscheiden. Sie werden daher mit *reproduktiver Ungerechtigkeit* in all ihren Facetten konfrontiert, nämlich einerseits bezüglich des Rechts, sich gegen ein Kind zu entscheiden, und andererseits bezüglich des Rechts, ein Kind zu bekommen, schlussendlich auch betreffend das Recht, ihr Kind in einer sicheren und gesunden Umgebung aufzuziehen.

Im Kontext von Flucht und Asyl müssen also sowohl die Aufklärung über die Methoden und Nebenwirkung von Verhütungsmitteln als auch die Kostenübernahme grundsätzlich sichergestellt und gut verständlich kommuniziert werden. Dieser gesicherte Zugang zu Verhütungsmitteln reicht jedoch nicht aus, um die reproduktive Selbstbestimmung zu ermöglichen. Es gilt, den Blick zu erweitern und auch die in der vorliegenden Studie beschriebenen Beeinträchtigungen der Voraussetzungen für eine selbstbestimmte Reproduktion zu fokussieren. Dabei müssen auch die kollektiven Unterbringungsstrukturen und das damit einhergehende Unterbringungsregime kritisch reflektiert werden.

6.3 Forschungsdesiderat zu strukturellem Rassismus im Gesundheitssystem

Einige durch die Interviews zugänglich gemachte Diskriminierungserfahrungen geflüchteter Frauen führen diese auf die Tatsache zurück, dass sie massgeblich als Fremde und/oder Geflüchtete wahrgenommen werden. Dabei ist zu beachten, dass die Gestaltung der per se starken Beziehungshierarchie zwischen Frauen im Migrationskontext und den gesundheitlichen Fachpersonen einen Einfluss auf das Erleben der Kommunikation hat. So kann Unverstandenes Verunsicherung auslösen und schlussendlich als Diskriminierung erlebt werden (Origlia Ikhilor et al., 2017). Eine qualitative Studie über die Erfahrungen verletzlicher Personen mit Migrationserfahrung in der Gesundheitsversorgung in der Schweiz zeigt die weitreichende Wechselwirkung zwischen einem respektvollen Verhalten gegenüber Patient*innen und deren Selbstsicherheit in der Kommunikation auf (Bihr & Kaya, 2014). So legten die in der besagten Studie interviewten Personen dar, wie sie in der Interaktion mit Gesundheitsfachkräften mit Vorurteilen konfrontiert wurden, die sich in der Art und Weise, wie die Fachkräfte mit ihnen sprachen, aber auch in nonverbalen Interaktionen äusserten. Die Betroffenen führen dies teilweise auf fremdenfeindliche Motive zurück, sehen aber gleichzeitig auch, dass der grosse Zeit- und Arbeitsdruck bei allen Patient*innen Auswirkungen hat und diejenigen besonders trifft, die in einer schwierigen sozialen Position und kommunikativ schwächer sind. Das wiederholte Erleben solcher Situationen kann aufgrund der bereits in anderen Lebensbereichen erfahrenen Diskriminierungen dazu führen, dass ein Misstrauen gegenüber Fachpersonen entwickelt wird, was zum Rückzug führt, sodass weitere Gespräche oder der Therapieprozess an und für sich abgelehnt werden (Bihr & Kaya, 2014.). Viele der in der vorliegenden Studie interviewten geflüchteten Frauen erklären, dass sie aufgrund solcher Erfahrungen mehr Vertrauen zu Fachkräften mit Migrationserfahrung hätten. Die Co-Forschenden bestätigen diese bei Geflüchteten verbreitete Wahrnehmung und weisen darauf hin, dass eine Fachperson mit eigener Migrations-

→ TAZ Artikel zu [Rassismus im Gesundheitssystem und der reproduktiven Gesundheitsversorgung](#)

bzw. Fluchterfahrung allenfalls mehr Sensibilisierung gegenüber der Situation von Geflüchteten und mehr Empathie mitbringt. Die Tatsache, dass es geflüchteten Menschen mit einer medizinischen Ausbildung verwehrt bleibt, in der Schweiz ihren erlernten Beruf auszuüben,¹⁴ ist vor diesem Hintergrund eine verlorene Ressource in Bezug auf das Potenzial, welches der Einsatz dieser Personen für die gesundheitliche Versorgung Geflüchteter hätte.

Die in dieser Studie von den geflüchteten Frauen dargelegten Erfahrungen – etwa dass Hausärzte einen Bedarf auf Untersuchung abstreiten, dass eine Operation eines Gebärmuttermyoms nicht umfassend erläutert wird oder dass Pflegefachpersonen den Bedarf an Verhütungsmitteln absprechen – könnten alle auf *strukturellen Rassismus* zurückgeführt werden, wie ihn das Schweizerische Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien (SFM) definiert (Mugglin et al., 2022). Danach ist *struktureller Rassismus* eine gesellschaftlich verankerte Benachteiligung oder Ausgrenzung rassifizierter Gruppen, der sich in Werten, Handlungen und Normvorstellungen äussert, die historisch gewachsen sind. Er wird in der öffentlichen Wahrnehmung als «normal» hingenommen oder kaum hinterfragt; er prägt auch die Gesellschaft, Institutionen oder Unternehmen (Mugglin et al., 2022). Rassistische Diskriminierung im Gesundheits- und Pflegesektor hat einen Einfluss auf die Versorgungssituation und auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Kajikhina et al., 2023). Für geflüchtete Frauen können solche negativen Erfahrungen im Gesundheitssystem tiefgreifend sein und teilweise auch das Vertrauen in das System per se erschüttern. Mit Blick auf die Fluchtgeschichte gilt es zu bedenken, dass Beschränkungen beim Zugang zu Gesundheitsleistungen, die von den Frauen als dringend notwendig empfunden werden, dazu führen können, dass diese Frauen ein höheres Risiko für eine posttraumatische Belastungsstörungen entwickeln und retraumatisiert werden. Der Grund dafür besteht darin, dass ihnen der Versorgungsmangel aufgrund ihrer Fluchterfahrung bereits bekannt ist und medizinische und psychologische Hilfe nun auch an jenem Ort, der ihnen Schutz und Hilfe geben sollte, nicht gewährt wird (Klimmer, 2021).

In den meisten Ländern Europas haben Migrant*innen im Gesundheitswesen ein höheres Risiko für Diskriminierung als andere Personen (Gil-Salmerón et al., 2021). In einem aktuellen Bericht der deutschen Antidiskriminierungsstelle werden Informationsdefizite, Sprachbarrieren, Missverständnisse oder Unverständnis sowie beim Gesundheitspersonal vorhandene Stereotype als Zugangsbarrieren zum Gesundheitswesen kritisch diskutiert (Bartig et al., 2021). Während in der internationalen Fachliteratur entsprechende Diskriminierungen im Bereich der reproduktiven Gesundheit (insbesondere im US-Kontext) bereits erforscht wurden (Alhusen et al., 2016; Ben et al., 2017; Salm Ward et al., 2013; Slaughter-Acey et al., 2013), gibt es in der Schweiz noch keine entsprechenden Untersuchungen (Mugglin et al., 2022). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen den Forschungsbedarf in diesem Bereich auf, auch um entsprechende Erfahrungen umfassender und systematischer darlegen zu können. Wissenschaftliche Arbeiten in diesem Feld können

¹⁴ Vgl dazu bspw. die SRF-Dokumentation vom 24.08.2023 «Das ungenutzte Potential» [DOK - Das ungenutzte Potenzial - Play SRF](#), zuletzt abgerufen am 15.12.2023.

zusätzlich dazu führen, dass Fachpersonen im Gesundheitssystem mit dem Konzept des *strukturellen Rassismus* vertraut gemacht werden. Entsprechende Forschungen können aufzeigen, dass ein System rassistisch sein kann, ohne dass die einzelne Person in diesem System eine explizit rassistische Einstellung hat. Damit öffnen sie den Raum für entsprechende Reflexionen im Gesundheitsbereich.

7. SCHLUSSBETRACHTUNG

Die vorliegende Studie gibt der Perspektive geflüchteter Frauen, deren Erleben und Erfahrungen bezüglich verschiedener Aspekte der sexuellen und reproduktiven Gesundheit Raum. Der Einbezug einer Begleitgruppe von Co-Forschenden als «Expertinnen aus Erfahrung» (*experts of experience*) in die Datenanalyse hatte zum Ziel, in einem kollektiven Prozess relevantes und intersubjektiv nachvollziehbares Wissen zu gewinnen, das die Erfahrung der Betroffenen ernst nimmt und diese als zentrale Akteur*innen in die Forschung einbezieht. Auf der Grundlage der Interviews reflektierten die Co-Forschenden die untersuchten Perspektiven und glichen diese mit ihrem eigenen Erfahrungswissen ab, um die Daten dann gemeinsam mit der Projektleitung zu systematisieren. Ziel der Forschung war es somit auch, der *epistemischen Ungerechtigkeit* entgegenzuwirken, welche geflüchtete Frauen durch ihre marginalisierte Position in Forschungsprojekten und -berichten erfahren.

Die Studie verweist auf Mängel im schweizerischen Asyl- und Gesundheitssystem, welche die sexuelle und reproduktive Gesundheit geflüchteter Frauen massgeblich beeinflussen. Sie gibt Einblick in den erschwerten Zugang zur sexuellen und reproduktiven Gesundheitsversorgung geflüchteter Frauen nach ihrer Ankunft in der Schweiz. Wie der Bericht zeigt, können diese negativen Erfahrungen die Frauen durchaus auch langfristig prägen, also auch nachdem sie das Asylverfahren durchlaufen haben. Darüber hinaus machen geflüchtete Frauen Diskriminierungserfahrungen, die sie darauf zurückführen, dass sie überwiegend als Ausländerinnen und/oder Geflüchtete wahrgenommen werden. Viele geflüchtete Frauen gaben an, dass sie aufgrund solcher Erfahrungen teilweise Misstrauen gegenüber Fachkräften entwickeln würden und wiederum grundsätzlich mehr Vertrauen zu Fachkräften mit Migrationserfahrung aufbauen könnten.

Die Studie zeigt weiter auf, dass die reproduktive Entscheidungsfindung im Zufluchtsland zu Verschiebungen in der Familienplanung führen kann. Für geflüchtete Frauen sollte demnach sowohl die Aufklärung über die Methoden und Nebenwirkung von Verhütungsmitteln als auch die Kostenübernahme grundsätzlich sichergestellt und gut verständlich kommuniziert werden. Als zentral erweist sich in diesem Zusammenhang der Zugang zu fachlichen Informationen, an denen es vielen geflüchteten Frauen mangelt.

Durch die Untersuchung der Perspektiven und Erfahrungen geflüchteter Frauen gibt die Studie Einblicke in aktuellen reproduktive Ungerechtigkeiten, die insbesondere durch die schwierigen Bedingungen in den Kollektivunterkünften in der Schweiz entstehen. In solchen Unterbringungen kann es für geflüchtete Frauen schwierig sein, nicht schwanger zu werden, da weder ein umfassender Zugang zu Beratung und Informationen über Verhütung noch zu Verhütungsmitteln per se gewährleistet wird. Gleichzeitig kann sich eine Schwangerschaft vor dem Hintergrund der Lebenssituation und der Versorgungslage für diese Frauen äusserst schwierig gestalten. So schränkt

die geschilderte Lebenssituation deren Möglichkeiten ein, freie Entscheidungen über ihre Reproduktion zu treffen. Die Ergebnisse zeigen, wie wichtig es ist, den breiteren institutionellen Kontext in Bezug auf die reproduktive Gesundheit zu berücksichtigen. Der Ansatz der Reproduktiven Gerechtigkeit erweist sich hier als nützlicher Rahmen, um diese breitere Perspektive zu verstehen.

Sexuelle und reproduktive Gesundheit und insbesondere die Debatte über Familienplanung und Verhütungsmittel müssen demnach als integraler Bestandteil der reproduktiven Gerechtigkeit gesehen werden, die sich mit den allgemeinen Lebensbedingungen und den bestehenden Machtverhältnissen befasst. Aus dieser Perspektive bedeutet der Abbau von Hindernissen beim Zugang zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit, dass die Systeme, die das Leben geflüchteter Frauen massgeblich beeinflussen, über den Zugang und die allgemeine reproduktive Versorgung hinaus verändert werden müssen. Nötig ist somit nicht nur der Ausbau von Gesundheitsdienstleistung, sondern vielmehr ein systemischer Richtungswechsel.

8. LITERATUR

- AG Reproduktive Gerechtigkeit. (2023). *Reproduktive Gerechtigkeit. Eine Einführung*. Gunda-Werner-Institut in der Heinrich-Böll-Stiftung. <https://www.gwi-boell.de/de/2023/08/04/broschuere-reproduktive-gerechtigkeit>
- Alhusen, J. L., Bower, K. M., Epstein, E., & Sharps, P. (2016). Racial Discrimination and Adverse Birth Outcomes: An Integrative Review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 61(6), 707-720. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jmwh.12490>
- Amacker, M., Büchler, T., Efonayi-Mäder, D., Egenter, J., Fehlmann, J., Funke, S., Graf A.-L., Hausammann, C. (2019). Postulat Feri 16.3407. *Analyse der Situation von Flüchtlingsfrauen. Zur Situation in den Kantonen. Bericht zu Händen des Staatssekretariats für Migration (SEM) und der Schweizerischen Konferenz der Kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK)*. Schweizerisches Kompetenzzentrum für Menschenrechte (SKMR). [Forschung: Geflüchtete Frauen in der Schweiz: Unterbringung, medizinische Versorgung und Unterstützung - Interdisziplinäres Zentrum für Geschlechterforschung \(IZFG\) \(unibe.ch\)](https://www.forschung.gefuechtete-frauen.ch/interdisziplinares-zentrum-fuer-geschlechterforschung-izfg-unibe.ch)
- Bartig, Kalkum, Le, & Lewicki. (2021). Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen – Wissensstand und Forschungsbedarf. *Antidiskriminierungsstelle des Bundes*. https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/diskrimrisiken_diskrimschutz_gesundheitswesen.html
- Ben, J., Cormack, D., Harris, R., & Paradies, Y. (2017). Racism and health service utilisation: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 12(12), e0189900. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189900>
- Bergen, N., & Labonté, R. (2020). «Everything Is Perfect, and We Have No Problems»: Detecting and Limiting Social Desirability Bias in Qualitative Research. *Qualitative health research*, 30(5), 783-792. <https://doi.org/10.1177/1049732319889354>
- Bergold, J., & Thomas, S. (2012). Participatory Research Methods: A Methodological Approach in Motion. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 13(1). <https://doi.org/10.17169/fqs-13.1.1801>
- Bhakuni, H., & Abimbola, S. (2021). Epistemic injustice in academic global health. *Lancet Glob Health*, 9(10). [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(21\)00301-6](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(21)00301-6)
- Bihr, S., & Kaya, B. (2014). *Verletzliche Personen in der Gesundheitsversorgung. Erfahrungen aus der Sicht von Personen mit Migrationshintergrund*. SRK Abteilung Gesundheit und Diversität. https://www.researchgate.net/publication/327466535_Verletzliche_Personen_in_der_Gesundheitsversorgung_Erfahrungen_aus_der_Sicht_von_Personen_mit_Migrationshintergrund
- Bombach, C. (2023). *Warten auf Transfer. Kinder(er)leben im Nicht-Ort Camp*. Zurich Open Repository and Archive (ZORA). <https://doi.org/10.5167/uzh-236758>
- Braun, V., & Clarke V, (2008). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3 (2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.
- BRAVA, FIZ [Fachtelle Frauenhandel und Frauenmigration], & SFH [Schweizerische Flüchtlingshilfe] (2021). Alternativer Vertiefungsbericht zur Umsetzung der Istanbul-Konvention in der Schweiz: Zur Situation gewaltbetroffener, geflüchteter Frauen in der Schweiz. <https://www.brava-ngo.ch/de/publikation/gewaltbetroffene-gefluechtete-frauen>
- BSS Volkswirtschaftliche Beratung. (2023). *Executive Summary*. Formative Evaluation der Gesundheitsversorgung für Asylsuchende. Konzeption und Umsetzung der Massnahmen gemäss dem Konzept «Gesundheitsversorgung für Asylsuchende in Asylzentren des Bundes und in den Kollektivunterkünften der Kantone.

<https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/e-f/evalber-mt/2023-formative-evaluation-gesundheitsversorgung-asylsuchende-executive-summary.pdf.download.pdf/2023-executive-summary-formative-evaluation-gesundheitsversorgung-asylsuchende-d.pdf>

Chalmiers, M. A., Karaki, F., Muriki, M., Mody, S. K., Chen, A., & Thiel de Bocanegra, H. (2022). Refugee women's experiences with contraceptive care after resettlement in high-income countries: A critical interpretive synthesis. *Contraception*, 108, 7-18. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.11.004>

Chinwe Chukwuma, S. (2023). Postulat Feri – Sieben Jahre danach: Stand der Umsetzung der Massnahmen in den Bundesasylzentren. *ASYL: Schweizerische Zeitschrift für Asylrecht und -praxis*, Stämpfli Verlag, 2023(4), 20-21.

Chiumento, A., Rahman, A., Machin, L., & Frith, L. (2017). Mediated research encounters: methodological considerations in cross-language qualitative interviews. *Qualitative Research*, 18(6), 604-622. <https://doi.org/10.1177/1468794117730121>

Cignacco, E., Berger, A., Sénac, C., Wyssmüller, D., Hurni, A., & zu Sayn-Wittgenstein, F. (2017). Sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung von Frauen und ihren Säuglingen in Asylunterkünften in der Schweiz (REFUGEE). Eine Situationsanalyse und Empfehlungen. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nat-programm-migration-und-gesundheit/chancengleichheit-in-der-gesundheitsversorgung/mutter-kind-gesundheit-in-der-migrationsbevoelkerung/REFUGEE-Studie/refugee-mutter-kind-gesundheit.pdf.download.pdf/REFUGEE_Bericht_Final.pdf

Clark-Kazak, C. (2017). Ethical Considerations: Research with People in Situations of Forced Migration. *Refugee*, 33(2), 11-17. <https://doi.org/10.7202/1043059ar>

EJPD [Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement] & SEM [Staatssekretariat für Migration] (2022). Betriebskonzept Unterbringung (BEKO). Schweizerische Eidgenossenschaft. <https://www.sem.admin.ch/dam/sem/de/data/asyl/verfahren/weiteres/beko-unterbringung.pdf.download.pdf/beko-unterbringung-d.pdf>

EKSG [Eidgenössische Kommission für sexuelle Gesundheit]. (2015). *Sexuelle Gesundheit – eine Definition für die Schweiz*. <https://www.sexuelle-gesundheit.ch/assets/docs/sexuelle-gesundheit-definition-schweiz.pdf>

Enzenhofer, E., und Resch K. (2011). Translation Processes and Quality Assurance in Qualitative Social Research. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* 12 (2). <https://doi.org/10.17169/fqs-12.2.1652>

EPF [European Parliamentary Forum]. (2022). *European Contraception Policy Atlas 2023*. <https://www.epfweb.org/node/89>

Flanagan, S. M., & Hancock, B. (2010). 'Reaching the hard to reach' - lessons learned from the VCS (voluntary and community Sector). A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 10(1), 92. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-92>

Fricker, M., Korsmeier, A., Bratu, C., & Dammal, A. (2023). *Epistemische Ungerechtigkeit : Macht und die Ethik des Wissens* (Deutsche Erstausg.). C.H.Beck.

GDK [Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren], & SODK [Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren]. (2023). *Formative Evaluation der Gesundheitsversorgung für Asylsuchende*. Stellungnahme der Steuergruppe. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/e-f/evalber-mt/2023-formative-evaluation-gesundheitsversorgung-asylsuchende-stellungnahme.pdf.download.pdf/2023-stellungnahme-steuergruppe-formative-evaluation-gesundheitsversorgung-asylsuchende-d.pdf>

Gerard, A., & Pickering, S. (2014). Gender, Securitization and Transit: Refugee Women and the Journey to the EU. *Journal of Refugee Studies*, 27(3), 338-359.
<https://doi.org/10.1093/jrs/fet019>

Gewalt, S. C., Berger, S., Szecsenyi, J., & Bozorgmehr, K. (2019). «If you can, change this system» –Pregnant asylum seekers' perceptions on social determinants and material circumstances affecting their health whilst living in state-provided accommodation in Germany – a prospective, qualitative case study. *BMC Public Health*, 19(1), 287.
<https://doi.org/10.1186/s12889-019-6481-2>

Gil-Salmerón, A., Katsas, K., Riza, E., Karnaki, P., & Linos, A. (2021). Access to Healthcare for Migrant Patients in Europe: Healthcare Discrimination and Translation Services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15).
<https://doi.org/10.3390/ijerph18157901>

Ginsburg, F., & Rapp, R. (1991). The Politics of Reproduction. *Annual Review of Anthropology*, 20(1), 311-343. <https://doi.org/10.1146/annurev.an.20.100191.001523>

Graf, A. L., & Büchler, T. (2021). Prävention, Identifikation und Unterstützung. Eine Zusammenfassung der Empfehlungen zum Schutz von asylsuchenden Frauen und Mädchen im Anschluss an das Postulat Feri. <https://www.unhcr.org/dach/wp-content/uploads/sites/27/2021/10/20211007-Postulat-Feri-DE-FINAL.pdf>

GREVIO. (2022). GREVIO's (Baseline) Evaluation Report on legislative and other measures giving effect to the provisions of the Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence (Istanbul Convention). Switzerland. <https://rm.coe.int/grevio-inf-2022-27-eng-final-draft-report-on-switzerland-publication/1680a8fc73>

Hartung, S., Wihofszky, P., & Wright, M. T. (2020). Partizipative Forschung – ein Forschungsansatz für Gesundheit und seine Methoden. In S. Hartung, P. Wihofszky, & M. T. Wright (Hrsg.), *Partizipative Forschung: Ein Forschungsansatz für Gesundheit und seine Methoden* (S. 1-19). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-30361-7_1

Inci, M. G., Kutschke, N., Nasser, S., Alavi, S., Abels, I., Kurmeyer, C., & Sehouli, J. (2020). Unmet family planning needs among female refugees and asylum seekers in Germany – is free access to family planning services enough? Results of a cross-sectional study. *Reprod Health*, 17(1), 115. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00962-3>

Inhorn, M. C. (2006). Defining Women's Health: A Dozen Messages from More than 150 Ethnographies. *Medical Anthropology Quarterly*, 20(3), 345-378.
<http://www.jstor.org/stable/3840533>

Jesuthasan, J., Sonmez, E., Abels, I., Kurmeyer, C., Gutermann, J., Kimbel, R., . . . Female Refugee Study, I. (2018). Near-death experiences, attacks by family members, and absence of health care in their home countries affect the quality of life of refugee women in Germany: a multi-region, cross-sectional, gender-sensitive study. *BMC Med*, 16(1), 15.
<https://doi.org/10.1186/s12916-017-1003-5>

Kajikhina, K., Koschollek, C., Bozorgmehr, K., Sarma, N., & Hövener, C. (2023). Rassismus und Diskriminierung im Kontext gesundheitlicher Ungleichheit – ein narratives Review. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 66(10), 1099-1108.
<https://doi.org/10.1007/s00103-023-03764-7>

Kanton Bern (2023). Notfhilfe und Gesundheitsweisung. Nothilfweisung.
https://www.asyl.sites.be.ch/content/dam/asyl_sites/bilder-dokument/de/dokumente/formulare-und-merkblaetter/Nothilfweisung.pdf

Kruse, J. (2015). Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz. Beltz Verlagsguppe.

- Keygnaert, I., Vettenburg, N., & Temmerman, M. (2012). Hidden violence is silent rape: sexual and gender-based violence in refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands. *Cult Health Sex*, 14(5), 505-520. <https://doi.org/10.1080/13691058.2012.671961>
- KKF [Kirchliche Kontaktstelle für Flüchtlingsfragen]. (2023). Gewaltprävention in den Unterkünften. Eine Bedarfsanalyse im Auftrag der Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern. https://www.kkf-oca.ch/wp-content/uploads/KKF_Empfehlungen-Gewaltpraevention_Juli2023.pdf
- Klimmer, M. M. (2021). Schwangere und Mütter auf der Flucht. Wenn das Wasser sicherer ist als das Land. *Deutsche Hebammen-Zeitschrift*, 73(10), 76-81. <https://www.dhz-online.de/de/news/detail/artikel/wenn-das-wasser-sicherer-ist-als-das-land/>
- Kreichauf, R. (2018). From forced migration to forced arrival: the campization of refugee accommodation in European cities. *Comparative Migration Studies*, 6(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s40878-017-0069-8>
- Kurth, E., Jaeger, F. N., Zemp, E., Tschudin, S., & Bischoff, A. (2010). Reproductive health care for asylum-seeking women – a challenge for health professionals. *BMC Public Health*, 10, 659. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-659>
- Lauterbach, G. (2014). Dolmetscher/inneneinsatz in der qualitativen Sozialforschung. Zu Anforderungen und Auswirkungen in gedolmetschten Interviews. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 15(2). <https://doi.org/10.17169/fqs-15.2.2025>
- Maffi, I., & Affes, M. (2019). The Right to Abortion in Tunisia after the Revolution of 2011: Legal, Medical, and Social Arrangements as Seen through Seven Abortion Stories. *Health Hum Rights*, 21(2), 69-78. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31885437>
- Maffi, I., & Tonnessen, L. (2019). The Limits of the Law: Abortion in the Middle East and North Africa. *Health Hum Rights*, 21(2), 1-6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31885431>
- Marks-Sultan, G., Kurt, S., Leyvraz, D., & Sprumont, D. (2016). The legal and ethical aspects of the right to health of migrants in Switzerland. *Public Health Reviews*, 37(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s40985-016-0027-2>
- Martin, E. (1989). *Die Frau im Körper : Weibliches Bewusstsein, Gynäkologie und die Reproduktion des Lebens*. Frankfurt/Main [etc.]: Campus-Verlag.
- Merten, S. (2023). *Familienplanung – Ein Recht für alle*. In: Eidgenössische Kommission für Familienfragen EKFF (Hrsg.), Policy Brief (6). <https://ekff.admin.ch/publikationen/policy-briefs>
- Merten, S. & Tschudin, S. (2021). *Verhütung: Fokus Migration und Lebensstil*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.). Obsan Bericht, (06/2021). <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2021-verhuetung-fokus-migration-und-lebensstil>
- Metthez C., Wegelin, M., & Sieber, C. (im Druck). Selbstbestimmte Familienplanung: Haben Geflüchtete Zugang zu Beratung. In: *Obstetrica* 4/5.
- Ming, L. (2018). Ungeplant schwanger im schweizerischen Asylkontext. Eine qualitative Befragung von Betroffenen zu Rahmenbedingungen und Entscheidungspraxis [Masterarbeit Hochschule Luzern]. <https://zenodo.org/records/2549393>
- Mugglin, L., Efonayi, D., Ruedin, D., & D'Amato, G. (2022). *Grundlagenstudie zu strukturellem Rassismus in der Schweiz*. <https://www.edi.admin.ch/edi/de/home/fachstellen/frb/publikationen/Grundlagestudie-zu-strukturellem-Rassismus-in-der-Schweiz-2022.html>.

- SEM [Staatssekretariat für Migration], & BAG [Bundesamt für Gesundheit]. (2017). Gesundheitsversorgung für Asylsuchende in Asylzentren des Bundes und in den Kollektivunterkünften der Kantone. Konzept zur Sicherstellung der Erkennung, Behandlung und Verhütung von übertragbaren Krankheiten sowie des Zugangs zur notwendigen Gesundheitsversorgung. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/i-und-i/gesundheitsversorgung-asy/konzept-bag-sem.pdf.download.pdf/konzept-bag-sem-de.pdf>
- SEM [Staatssekretariat für Migration]. (2022). *Betriebskonzept Unterbringung (BEKO)*. <https://www.sem.admin.ch/dam/sem/de/data/asy/verfahren/weiteres/beko-unterbringung.pdf.download.pdf/beko-unterbringung-d.pdf>
- Seyler, H. (2015). Sexuelle und reproduktive Gesundheit bei MigrantInnen. *Pro Familia Magazin*, 3(5), 5-9.
- SGCH [Sexuelle Gesundheit Schweiz]. (2020). «FONDS COVID-19»: Finanzierung von Verhütung und ungedeckten Kosten bei Schwangerschaftsabbruch». https://www.sexuelle-gesundheit.ch/assets/docs/Bericht_Fonds-Covid-19_SGCH.pdf
- Sieber, C. (2017a). *Schwangerschaftsverhütung. Welchen Zugang haben Asylsuchende in der Schweiz?* In: FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung. Informationsdienst der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). 2-2017. <https://www.sexualaufklaerung.de/publikation/schwangerschaftsverhuetung-1/>
- Sieber, C. (2017b). Wie ist für Migrantinnen der Zugang zu Schwangerschaftsverhütung geregelt? *Schweizerischer Hebammenverband, SHV 10 / 2007*, 22-23.
- Slaughter-Acey, J. C., Caldwell, C. H., & Misra, D. P. (2013). The Influence of Personal and Group Racism on Entry Into Prenatal Care Among-African American Women. *Women's Health Issues*, 23(6), e381-e387. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.whi.2013.08.001>
- Sozialhilfekommission der Stadt Bern, Direktion für Bildung Soziales und Sport (2020). Empfängnisverhütung. https://www.bern.ch/themen/gesundheit-alter-und-soziales/sozialhilfe/unterstuetzungsrichtlinien-sozialhilfe/downloads-1/downloads/empfangnisverhutung-skos2021.pdf/@@download/file/Empfangnisverhütung_SKOS2021.pdf
- Starrs, A. M., Ezeh, A. C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J. T., Blum, R., . . . Ashford, L. S. (2018). Accelerate progress-sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. *Lancet*, 391(10140), 2642-2692. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9)
- Tschudin, S. (2021). Pillenmüdigkeit? Fakten und Auswirkungen. *Gynäkologische Endokrinologie*, 19(4), 280-285. <https://doi.org/10.1007/s10304-021-00407-5>
- UNFPA [United Nations Population Fund] (2019). *Sexual and reproductive health and rights: An essential element of universal health coverage*. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SRHR_an_essential_element_of_UHC_SupplementAndUniversalAccess_27-online.pdf.
- von Unger, H. (2014). *Partizipative Forschung: Einführung in die Forschungspraxis*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-01290-8>
- UNHCR Schweiz und Liechtenstein. (2023). UNHCR-Empfehlungen zur Unterbringung von Asylsuchenden in den Bundesasylzentren. <https://www.unhcr.org/dach/wp-content/uploads/sites/27/2023/11/20231106-UNHCR-Empfehlungen-zur-Unterbringung-in-den-BAZ.pdf>
- UNHCR [United Nations Refugee Agency], UNFPA [United Nations Population Fund] & WRC [Women's Refugee Commission] (2016). *INITIAL ASSESSMENT REPORT: Protectio Risks for Women and Girls in the European Refugee and Migrant Crisis*. <https://www.unhcr.org/fr/>

[fr/en/media/initial-assessment-report-protection-risks-women-and-girls-european-refugee-and-migrant](https://www.unhcr.org/fr/en/media/initial-assessment-report-protection-risks-women-and-girls-european-refugee-and-migrant)

von Köppen, M., Schmidt K., und Tiefenthaler S. (2020). Mit vulnerablen Gruppen forschen – ein Forschungsprozessmodell als Reflexionshilfe für partizipative Projekte. In *Partizipative Forschung: Ein Forschungsansatz für Gesundheit und seine Methoden*, herausgegeben von Susanne Hartung, Petra Wihofszky, und Michael T. Wright, 21–62. Springer Nature, 2020. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-30361-7>.

Wallin, A. M., & Ahlstrom, G. (2006). Cross-cultural interview studies using interpreters: systematic literature review. *J Adv Nurs*, 55(6), 723-735. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03963.x>

Weber, D., & Hösli, S. (2022). *Chancengleichheit in Gesundheitsförderung und Prävention. Bewährte Ansätze und Erfolgskriterien*. https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/2022-11/Kurzversion_Grundlagenbericht_Chancengleichheit_in_Gesundheitsfoerderung_und_Praevention_in_der_Schweiz.pdf

Wegelin, M., & Abdin, N. (2022, 28.-29.07.2022). Die Perspektive geflüchteter Frauen in der perinatalen Gesundheitsversorgung: Übersetzen und Verstehen im Kontext qualitativer Forschung [Konferenzbeitrag]. 6. Internationale Konferenz der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi), Schweiz Winterthur. <https://www.egms.de/static/de/meetings/dghwi2022/22dghwi12.shtml>