Sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung von Frauen und ihren Säuglingen in Asylunterkünften in der Schweiz **(REFUGEE)**

Eine Situationsanalyse und Empfehlungen

Cignacco Eva, Berger Anke, Sénac Coline, Wyssmüller Doris, Hurni Anja,
zu Sayn-Wittgenstein Friederike

Version 3, 24.7.2017

Berner Fachhochschule
Departement Gesundheit
Disziplin Geburtshilfe

Die Autorinnen

PD Dr. Eva Cignacco, Hebamme, Pflegewissenschaftlerin, Professorin und Leiterin der Forschungsabteilung Disziplin Geburtshilfe an der Berner Fachhochschule

Dr. Anke Berger, Hebamme, Biologin, Dozentin der Disziplin Geburtshilfe an der Berner Fachhochschule

Coline Sènac, Hebamme, Studentin im 6. Fachsemester des Bachelorstudiengangs Midwifery an der Hochschule Osnabrück, Deutschland

Doris Wyssmüller, MSc, Hebamme und Co-Geschäftsleiterin des Vereins Mamamundo in Bern

Anja Hurni, MSc, Hebamme, Co-Geschäftsleiterin des Vereins Mamamundo in Bern und Dozentin der Disziplin Geburtshilfe an der Berner Fachhochschule

Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein, Hebamme, Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin, Professorin für Pflege- und Hebammenwissenschaft an der Hochschule Osnabrück, Deutschland

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary 7

1 Ausgangslage 17

2 Hintergrund 19

2.1 Sexuelle und reproduktive Gesundheit von Migrantinnen 19

2.2 Erfahrungen von geschlechtsspezifischer Gewalt 20

2.3 Situation von geflüchteten Frauen in der Schweiz 21

2.3.1 Zuwanderung und Bestand von weiblichen Asylsuchenden in der Schweiz 21

2.3.2 Registrierung, Unterbringung und Betreuung von Asylsuchenden in der Schweiz 23

2.3.3 Gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden in der Schweiz 25

2.4 Bedürfnisse von Migrantinnen in Bezug auf die sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung 26

2.5 Versorgungsmodelle für Migrantinnen 27

3 Ziele der Untersuchung 29

4 Methode 31

4.1 Studiendesign 31

4.2 Untersuchungssetting 31

4.3 Rekrutierung 32

4.4 Datensammlung 33

4.5 Quantitative und qualitative Datenanalyse 34

4.6 Ethische Überlegungen 35

5 Ergebnisse 37

5.1 Quantitative Resultate 37

5.1.1 Beschreibung der Asylunterkünfte und ihrer Infrastruktur 37

5.1.2 Angaben zur Personalsituation in den Unterkünften 39

5.1.3 Soziale Determinanten der Bewohnerinnen 40

5.2	**Ergebnisse aus den qualitativen Interviews**	**41**
5.2.1	Modelle der Gesundheitsversorgung und Rollen der Gesundheitsfachpersonen	42
5.2.2	Spezifika asylsuchender Frauen	52
5.2.3	Zugang zur Familienplanung	55
5.2.4	Schwangerschaftsvorsorge	57
5.2.5	Geburtsvorbereitung und Geburt	59
5.2.6	Wochenbett und Säuglingspflege	61
5.2.7	Geschlechtsspezifische Gewalt	65
5.2.8	Erkennbare Brüche in der Gesundheitsversorgung asylsuchender Frauen	69
6	**Diskussion**	**77**
6.1	**Auf Standarddienste beschränkte und von Brüchen gekennzeichnete Gesundheitsversorgung**	**77**
6.2	**Der Kanton Waadt: Ein Vorbildmodell für die Gesundheitsversorgung vulnerabler Patientinnengruppen**	**80**
6.3	**Familienplanung**	**81**
6.4	**Schwangerschaftsvorsorge**	**82**
6.4.1	Geburtsvorbereitung und Geburt	83
6.4.2	Wochenbett und Säuglingspflege	84
6.4.3	Phänomen der geschlechtsspezifischen Gewalt	85
6.4.4	Stärken und Limitationen	86
7	**Schlussfolgerungen**	**89**
8	**Empfehlungen**	**91**
Danksagung		**101**
9	**Literaturverzeichnis**	**103**
10	**Anhang**	**107**

Executive Summary

Ausgangslage

Im Rahmen ihres Forschungsschwerpunktes „Mutter – Kind Gesundheit von sozial benachteiligten Familien“ identifizierte die Berner Fachhochschule die wichtigsten Hürden für den Zugang von allophonen Migrantinnen zur Gesundheitsversorgung. Es stellte sich heraus, dass bisher kaum bekannt ist, wie die sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung für Frauen in den Asylunterkünften der Kantone und des Bundes erfolgt und wie sie ausgestaltet ist. Deshalb führte die Berner Fachhochschule mit Unterstützung des Bundesamts für Gesundheit (BAG) eine Situationsanalyse in Asylunterkünften der Schweiz durch, mit dem Ziel, Empfehlungen zur Optimierung der Versorgung abzuleiten.

Hintergrund

Bedarf an sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung

Der Bedarf von Migrantinnen an sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung ist hoch: Zwei Drittel der asylsuchenden Frauen in der Schweiz befinden sich im reproduktiven Alter, zudem ist die Geburtenrate von Migrantinnen aus einigen Herkunftsländern deutlich höher als diejenige von einheimischen Frauen. Geschlechtsspezifische Gewalterfahrungen auf der Flucht in Verbindung mit den gesundheitlichen Herausforderungen der Perinatalzeit machen Schwangere und Mütter mit Säuglingen zu einer besonders vulnerablen Gruppe der Asylsuchenden. Es ist erwiesen, dass Migrantinnen deutlich schlechtere Ergebnisse der perinatalen und reproduktiven Gesundheit aufweisen als die einheimische weibliche Bevölkerung. Dies deutet stark auf eine Unterversorgung oder auf eine nicht adäquate Versorgung hin.

Barrieren für eine adäquate Versorgung

Die Schweiz sichert Asylsuchenden grundsätzlich einen Zugang zur medizinischen Gesundheitsgrundversorgung zu. Deren Ausgestaltung in den Asylunterkünften unterscheidet sich aber je nach Kanton und Unterkunft deutlich. Strukturelle, prozessuale und persönliche Barrieren können eine adäquate Versorgung der Frauen in den Asylunterkünften verhindern. Dazu gehören zum Beispiel Unterbrechungen der Versorgung oder des Informationsflusses durch Verlegungen.

Als erste Ansprechpartnerinnen oder -partner für Gesundheitsprobleme fungieren in der Regel Mitarbeitende der Asylunterkünfte, die keine Gesundheitsfachpersonen sind. Standardisierte Verfahren zur Erkennung von traumatisierten Frauen oder der Zugang zu einer Traumatherapie sind in den Unterkünften marginal gewährleistet. Schliesslich können eine unzureichende Gesundheitskompetenz und die Stigmatisierung von Frauen nach Gewalterfahrungen unter den Asylsuchenden in der Unterkunft oftmals den Zugang zu einer adäquaten Versorgung einschränken.

Bedürfnisse der Migrantinnen

Die spezifischen Bedürfnisse von Migrantinnen in Bezug auf die sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung wurden bisher in der Schweiz wenig untersucht. Eine Studie der Berner Fachhochschule fand, dass für Migrantinnen die Überwindung von sprachlichen Hürden, die für das Verständnis des schweizerischen Gesundheitssystems und der Abläufe bei der Versorgung erforderliche Unterstützung sowie eine adäquate Erklärung der perinatalen Prozesse im Vordergrund stehen. Es liegt nahe, dass Frauen mit traumatisierenden Erfahrungen spezifische Bedürfnisse haben und höchster Aufmerksamkeit sowie einer spezialisierten, diversitätssensitiven Professionalität in der perinatalen Versorgung bedürfen. Niederschwellige und vor allem aufsuchende Angebote der Mutterschaftsversorgung für Migrantinnen haben sich in der Schweiz bewährt.

Ziele der Studie

Es wurde die sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen mit ihren Säuglingen in Asylunterkünften in der Schweiz untersucht. Basierend auf den Befunden wurden Empfehlungen für eine adäquate Betreuung und Versorgung formuliert.

Methodisches Vorgehen

Die Situationsanalyse der perinatalen Gesundheitsversorgung in Asylunterkünften der Schweiz beruhte auf drei komplementären Herangehensweisen. (1) Fachliteratur und nationale sowie internationale Berichte zur Gesundheitsversorgung von asylsuchenden Frauen und ihren Säuglingen wurden als Grundlage für die Untersuchung der Infrastruktur in den Asylunterkünften ausgewertet, (2) die Charakteristika der Infrastruktur von acht Asylunterkünften der deutschen, französischen und italieni-

schen Schweiz wurden quantitativ erhoben und (3) durch strukturierte Interviews mit Betreuungspersonen in diesen Unterkünften wurde die aktuelle Versorgung qualitativ erhoben. Die Asylunterkünfte befinden sich in den Kantonen Bern (4), Tessin (2) und Waadt (2). Befragt wurden insgesamt elf Personen. Die Interviews fanden im April 2017 statt.

Ergebnisse

Literaturanalyse

Die Auswertung der Literatur und der Berichte ergab die Parameter, die für die Erhebung der Infrastruktur der Asylunterkünfte relevant waren, darunter die Geschlechtertrennung der Wohn- und Aufenthaltsräume und der sanitären Einrichtungen, die Anwesenheit von Sicherheitspersonal sowie das Angebot von Gesundheitssprechstunden.

Quantitative Untersuchung der Asylunterkünfte

Population

Zum Zeitpunkt der Befragung lebten 739 Asylsuchende in den acht Asylunterkünften, wovon 247 (33,4 %) weiblich waren. Davon waren 61,1 % (n = 151) im reproduktiven Alter von 18 bis 48 Jahren. 25 % (n = 62) waren Kinder und minderjährige Mädchen im Alter von 1 bis 17 Jahren, 28 waren Säuglinge im Alter von 0 bis 12 Monaten. Im Jahr vor der Erhebung (April 2016 bis April 2017) wurden von Müttern in diesen Asylunterkünften 56 Kinder geboren. Die häufigsten Herkunftsländer dieser Frauen waren Eritrea, Äthiopien, Irak, Afghanistan und Syrien.

Infrastruktur

In den untersuchten Asylunterkünften werden Familienmitglieder in der Regel gemeinsam in einem Zimmer untergebracht. Andere Gemeinschaftsschlafzimmer sind nach Geschlechtern getrennt. In den acht Asylunterkünften sind insgesamt 57 % der Toiletten und 54 % der Duschen nach Geschlechtern getrennt. Eine Unterkunft gibt an, über keine getrennten Duschen und Toiletten zu verfügen.

Betreuung

Mindestens vier, maximal einundzwanzig Betreuungspersonen stehen in den Unterkünften zur Verfügung. Die häufigsten gesprochenen Sprachen der Betreuerinnen und Betreuer sind Deutsch, Englisch und Französisch. Beim Betreuungspersonal überwiegen die Männer (54%). Einzelne Betreuungspersonen haben eine Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf absolviert und betreuen die Asylsuchenden auch in Gesundheitsfragen. Im Kanton Waadt sind mehrere Asylunterkünfte jeweils einem Gesundheitszentrum angeschlossen. In diesen Zentren arbeiten ärztliche wie auch nicht ärztliche Gesundheitsfachpersonen, die sich ausschliesslich um die Gesundheitsbelange der Asylsuchenden kümmern. Fünf von acht Asylunterkünften verfügen über einen Sicherheitsdienst, der bei vier Unterkünften rund um die Uhr anwesend ist.

Qualitative Untersuchung zur Gesundheitsversorgung

Die Analyse der acht Interviews (mit insgesamt 11 Personen) ergab acht individuelle Kategorien, die für die sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung von Frauen in Asylunterkünften relevant sind und sich wie folgt zusammenfassen lassen: (1) vorliegendes Modell der Gesundheitsversorgung (als Rahmen für die praktische Ausübung der Versorgung), (2) Spezifika asylsuchender Frauen (die den über die Standardversorgung hinausgehenden Bedarf der Frauen vorgeben), (3) Erfahrungen der Frauen mit geschlechtsspezifischer Gewalt, (4) Familienplanung (Bedarf an Kontrazeption und Beratung), (5) die Schwangerschaftsvorsorge, (6) die Geburt, (7) die Wochenbettbetreuung und Säuglingspflege sowie (8) Brüche in der Versorgung.

Modelle der Gesundheitsversorgung

Die dezentral organisierte Gesundheitsversorgung asylsuchender Frauen im Kanton Bern ist durch eine mangelhafte Vernetzung und einen erschwerten Informationsfluss zwischen den Leistungserbringern und der Asylunterkunft charakterisiert. Im Kanton Waadt findet die Gesundheitsversorgung der asylsuchenden Frauen in zentral organisierten, pflegegeleiteten und mehrheitlich gut vernetzten Gesundheitszentren statt. Ein ähnliches Modell mit einer starken Vernetzung besteht im untersuchten Erstaufnahmezentrum im Kanton Tessin. Der Zugang zu hebammengeleiteter Betreuung ist in allen untersuchten Asylunterkünften eingeschränkt. Hebammen sind an der Regelversorgung in der gesamten perinatalen Phase nur marginal beteiligt.

Spezifika schutzsuchender Frauen:

Ein unsicherer Aufenthaltsstatus oder auseinandergefallene Familienstrukturen bereiten den Frauen nach Auskunft der Betreuer vordergründig am meisten Sorgen. In allen Asylunterkünften sind sich die Betreuerinnen und Betreuer der Gefahr potenzieller sexueller Gewalterfahrungen (inkl. genitale Verstümmelung) bewusst. Trotzdem scheint das Wissen über die damit verbundenen Bedürfnisse gering zu sein. Das Thema der Gewalterfahrungen auf der Flucht überfordert sowohl die betroffenen Frauen als auch die Betreuerinnen und Betreuer der Unterkünfte.

Familienplanung

In allen Asylunterkünften sind Kondome leicht und kostenlos verfügbar. Die Abgabe frauenspezifischer Kontrazeptiva ist kostenpflichtig und erschwert, was ein Zugangshindernis zu sicheren Verhütungsmitteln darstellt und die Wahlfreiheit der Frauen einschränkt. Die Pille danach und der Schwangerschaftsabbruch – letzterer wird von der Krankenkasse finanziert - sind für asylsuchende Frauen und die Asylunterkünfte eine Möglichkeit der Familienplanung.

Schwangerschaftsvorsorge

Die Frauen benötigen ein Vertrauensverhältnis und Betreuungskontinuität, um über ihre Gesundheitsanliegen betreffend Schwangerschaft sprechen zu können. Dies wird durch männliche Betreuungspersonen erschwert. Die Vorsorge erfolgt primär durch ärztliche Fachpersonen, wobei ein Rückfluss von Informationen an die Asylunterkunft fehlt (Schweigepflicht). Dolmetschdienste sind aufgrund fehlender Finanzierung nicht garantiert. Eine Vorsorge durch Hebammen erfolgt nur in Ausnahmefällen.

Geburtsvorbereitung und Geburt

Präventive Geburtsvorbereitungskurse können aus logistischen Gründen (Distanz, Transport) selten in Anspruch genommen werden. Die Betreuerinnen und Betreuer erkannten einen hohen Bedarf an regional verankerten Angeboten, da die Frauen bezüglich Geburtsprozess und Wochenbett ein Informations- und Wissensdefizit aufweisen. Die Geburt erfolgt immer im Spital, wo den Frauen in der Regel aus Kostengründen kein Dolmetscherdienst zur Verfügung steht. Hebammengeleitete geburtshilfliche Modelle werden den asylsuchenden Frauen nicht vorgestellt und sie haben keinen Zugang dazu.

Wochenbett und Säuglingspflege

In der Nachsorge erhalten Mutter und Kind die ärztliche Regelversorgung. Eine standardisierte Betreuung durch frei praktizierende Hebammen und/oder durch die Mütter- und Väterberatung erfolgt nur in einzelnen Unterkünften. Alleinstehende Mütter sind in der Säuglingsbetreuung weitgehend auf sich selbst oder auf hausinterne „Frauennetzwerke" angewiesen. Unklar bleibt, inwiefern der psychische Gesundheitszustand nach der Geburt durch die externen Leistungserbringer systematisch erfasst und wie mit psychischen Erkrankungen im Wochenbett umgegangen wird.

Geschlechtsspezifische Gewalt

Den Betreuerinnen und Betreuern ist durchaus bewusst, dass Frauen auf der Flucht vielfach geschlechtsspezifischen Gewalterfahrungen ausgesetzt waren. Dennoch findet keine systematische Befragung bezüglich erlebter sexueller Gewalt statt. Spezifische Behandlungen von Trauma-Folgestörungen werden selten angeboten. Was die Gewalt innerhalb der Zentren anbelangt, wird deutlich, dass klare Regeln und Präventionsstrategien vorliegen, und dass Gewalt nicht toleriert wird.

Brüche in der Gesundheitsversorgung Asylsuchender

Die gesundheitliche Versorgung der asylsuchenden Frauen ist von zahlreichen Brüchen und einer lückenhaften Informationsübermittlung gekennzeichnet. Die fehlende Finanzierung von Dolmetschdiensten in der Regelversorgung im Kanton Bern begünstigt diese Brüche. Alleinstehende Mütter können wegen ihrer Betreuungspflichten oft notwendige externe Kurs- und Beratungsangebote nicht wahrnehmen, was sie von wichtigen Informationen und Kontakten ausschliesst.

Diskussion

Asylsuchende Frauen erhalten in der Schweiz kostenfrei eine Grundversorgung im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und sind somit theoretisch gut abgesichert. Die Studie zeigt jedoch starke Limitierungen der Versorgung und hohe Zugangsbarrieren auf, die sich ganz besonders in der perinatalen Versorgung ausprägen und daher die besonders vulnerable Gruppe der Schwangeren und Mütter mit Säuglingen stark benachteiligen. Limitierungen auf struktureller Ebene sind die dezentrale Organisation und die Fragmentierung der Versorgung zwischen den Gesundheitsdiensten in Asylunterkünften und exter-

nen Gesundheitsdiensten (ambulant oder stationär), die zu Versorgungsbrüchen führen. Das Modell des Kantons Waadt mit einer durch spezialisierte Pflegefachpersonen geleiteten Versorgung könnte wegweisend sein, sofern in diesem Modell die bestehenden Lücken in der perinatalen Versorgung geschlossen würden.

Die Einbindung von nicht ärztlichen Berufsgruppen wie zum Beispiel frei praktizierende Hebammen, spezialisierten Pflegefachpersonen, Mütter- und Väterberaterinnen sowie Stillberaterinnen ist derzeit marginal. Gerade diese Berufsgruppen haben aber eine ausgeprägte Expertise im Bereich der Mutter-Kind-Gesundheit und machen spezialisierte Angebote in der sexuellen und reproduktiven Gesundheitsversorgung, die frauen- und familienzentriert sind und präventive Ansätze beinhalten. Der Einbezug dieser Gesundheitsfachpersonen und ihrer Erfahrungen aus bestehenden Projekten birgt ein hohes Potential für die Verbesserung der Versorgung in den Asylunterkünften.

Der Zugang zu einer selbstbestimmten Schwangerschaftsverhütung ist aufgrund ökonomischer Kriterien erschwert was zu unerwünschten Schwangerschaften führen kann. In Bezug auf die Geburt wird den deutlich höheren geburtshilflichen Risiken von Migrantinnen im Rahmen der Regelversorgung nicht Rechnung getragen. Kultursensible Geburtsvorbereitungskurse sind eine wichtige Intervention zur Verbesserung des perinatalen Gesundheitsstatus und der Integration von Migrantinnen. Sie sind jedoch selten und können von Frauen in Asylunterkünften kaum aufgesucht werden. Nach der Geburt werden weder Hebammen noch Mütter- und Väter-Beraterinnen systematisch in die Betreuung einbezogen. Dies stellt eine hohe Zahl von alleinstehenden Frauen in den Asylunterkünften primär auf sich selbst.

Traumatische Erfahrungen mit sexueller Gewalt werden in den Asylunterkünften nicht systematisch angegangen und spezialisierte Beratungsangebote fehlen, weshalb hier von einer Unterversorgung betroffener Frauen gesprochen werden muss.

Insgesamt kann in keinem der untersuchten Kantone von einer ausreichenden Expertise und Aufmerksamkeit der Betreuungspersonen für die Problematik der besonderen Situation geflüchteter Frauen und ihrer Säuglinge ausgegangen werden. Die Versorgung sollte dahingehend optimiert werden, dass nicht ärztliche Gesundheitsdienste eingebunden und mit stationären Einrichtungen der perinatalen Versorgung vernetzt werden. Präventiven Angeboten muss mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden, da sie die Gesundheitskompetenz erhöhen. Leicht

verfügbare niederschwellige Case-Management-Angebote sollten das Ziel sein, da sie die Brüche in der Gesundheitsversorgung reduzieren und somit das Aufsuchen von kostspieligen Notfallsprechstunden und Drehtüreffekten im stationären Setting verringern.

Schlussfolgerungen

Aus der Studie kann geschlossen werden, dass in der Schweiz für asylsuchende Frauen und Mädchen mit ihren zum Teil traumatischen Erfahrungen und sehr spezifischen und diversen Bedürfnissen die perinatale Gesundheitsversorgung Lücken aufweist. In keinem der untersuchten Kantone kann davon ausgegangen werden, dass die Problematik dieser Frauen ausreichend beachtet wird. Ihre derzeitige perinatale Versorgung muss als unzureichend und nicht adäquat bezeichnet werden. Die aus der Studie entwickelten evidenzbasierten Empfehlungen, zielen darauf ab, die perinatale Versorgung und die gesundheitlichen Ergebnisse dieser hochgradig vulnerablen Population zu verbessern. Dass der Bundesrat den Asylsuchenden in den Asylunterkünften einen adäquaten Zugang zu einer guten Gesundheitsversorgung verschaffen und dabei die spezifischen Bedürfnisse von Frauen und Familien mit kleinen Kindern gezielt berücksichtigen will (vgl. Postulat 12.3966), ist daher ausserordentlich zu begrüssen.

Empfehlungen

Die Autorinnen empfehlen Massnahmen zur Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheitsversorgung von asylsuchenden Frauen in der Schweiz:

1	Kontinuierliche reproduktive Gesundheitsversorgung gewährleisten
2	Innovative Modelle der integrierten Gesundheitsversorgung implementieren
3	Nicht ärztliches Gesundheitspersonal systematisch einbinden und in präventiven Aufgaben stärken
4	Den Gesundheitszustand von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen mit Säuglingen mit Asylstatus standardisiert erfassen
5	Das Grundrecht auf Familienplanung und den kostenlosen Zugang zu selbstbestimmter Kontrazeption sichern
6	Gesundheitskompetenz und die Kenntnis des schweizerischen Gesundheitssystems fördern; Wahlmöglichkeit für verschiedene geburtshilfliche Versorgungsmodelle sicherstellen
7	Alleinstehende Frauen mit Kindern darin unterstützen, präventive Angebote der sexuellen und reproduktiven Gesundheitsversorgung zu nutzen
8	Interkulturelles Dolmetschen in der geburtshilflichen Versorgung finanziell regeln und sicherstellen
9	Zugang zu einer adäquaten Behandlung von Trauma-Folgestörungen gewährleisten
10	Frauen vor geschlechtsspezifischer Gewalt in Asylunterkünften schützen
11	Migrationsspezifische perinatale Expertisen von Hebammen, Pflegefachpersonen und Ärztinnen und Ärzten durch Anpassung der Curricula sicherstellen
12	Zivilstandesamtliche Anmeldeverfahren von Neugeborenen von dokumentenlosen Asylsuchenden vereinfachen

„Frauenflüchtlinge: Sie gehen wirklich unter im Gesamtkontext Migration. Wir merken, dass wir im Alltag wirklich ganz gut schauen müssen, auch in unseren eigenen Aktionen, dass wir sie nicht aus dem Fokus verlieren." (Auszug aus Interview 1)

1 Ausgangslage

Die Forschungsabteilung der Disziplin Geburtshilfe der Berner Fachhochschule verfolgt das primäre Ziel, basierend auf Forschungsergebnissen Lösungen für eine bessere Gesundheit von Frauen und Familien in der gesamten generativen Phase zu entwickeln. Einer der Forschungsschwerpunkte dieser Abteilung beschäftigt sich mit Fragen der Mutter-Kind-Gesundheit in sozial benachteiligten Familien. Darunter fallen auch Fragestellungen, die die sozio-kulturelle Diversität in der perinatalen Versorgung in der Schweiz betreffen. Dieser Schwerpunkt steht im Einklang mit dem aktuellen Engagement des Bundes, wonach mit gezielten Strategien zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten, darunter auch Asylsuchenden, beigetragen werden soll. Die jüngst durchgeführte Studie „Barrierefreie Kommunikation in der geburtshilflichen Versorgung allophoner Migrantinnen – BRIDGE" (Origlia Ikhilor et al., 2017) gab erste Hinweise darauf, dass die perinatale Versorgung von Migrantinnen in der Schweiz von sehr grossen Kommunikationsbarrieren dominiert ist, die einer informierten Zustimmung dieser Frauen zu verschiedenen Angeboten der perinatalen Versorgung abträglich ist. Zudem fehlten diesen Frauen grundlegende Systemkenntnisse, die ihnen eine Orientierung in unserem komplexen und hochentwickelten Gesundheitssystem ermöglichte. Eine der Empfehlungen der BRIDGE-Studie ist, die reproduktive Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen einer genaueren Analyse zu unterziehen. Asylsuchende Frauen und ihre Kinder stellen eine besonders vulnerable Gruppe dar. Neben ausgeprägten Kommunikationsbarrieren fördern mangelnde Eigenressourcen und die fehlende Privatsphäre sowie die ungenügende Betreuungskontinuität Probleme in der Gesundheitsförderung dieser Frauen. Auf diesen Ergebnissen aufbauend, entwickelten wir Fragestellungen, um die perinatale Gesundheitsversorgung von Frauen in Asylunterkünften zu erheben. Bisher ist wenig darüber bekannt, wie sich die interprofessionelle Gesundheitsversorgung, Betreuung und Triage von

Schwangeren und Wöchnerinnen mit ihren Säuglingen in Asylunterkünften von Bund und Kantonen ausgestaltet, wie Frauen über die verschiedenen Angebote informiert werden und wie es im Rahmen der herkömmlichen Versorgung gelingt, auf die besonderen Bedürfnisse dieser von Flucht und Migration geprägten Zielgruppe einzugehen. Das BAG unterstützte dieses Vorhaben der Berner Fachhochschule finanziell und ideell.

2 Hintergrund

2.1 Sexuelle und reproduktive Gesundheit von Migrantinnen

Humanitäre Krisen und Flucht bedrohen die Gesundheit von betroffenen Menschen vielfältig und gravierend: Krieg und Fluchterfahrung haben psychologische Traumata zur Folge, Massenansammlungen in Lagern und mangelnde Hygiene verursachen Stress und führen zur Übertragung ansteckender Krankheiten wie akuten Atemwegsinfektionen, Durchfallerkrankungen, Tuberkulose, HIV/ AIDS und Hautinfektionen. Ausserdem leiden Migrantinnen und Migranten unter Sprachbarrieren, dem fehlenden Kontakt zu Angehörigen und der Unsicherheit über die Zukunft. Die sexuelle und reproduktive Gesundheit (SRG) rückt bei humanitären Krisen meist in den Hintergrund, ist aber ebenfalls gefährdet (Warren et al., 2015). Frauen sind bei humanitären Krisen oder auf der Flucht in ihrer SRG in mehrfacher Hinsicht zum Teil gravierend benachteiligt, nämlich durch eine hohe mütterliche Sterblichkeit, durch fehlende Möglichkeiten zur Kontrazeption, Komplikationen nach einem unsicheren Schwangerschaftsabbruch, sexuelle Gewalt, sexuell übertragbare Krankheiten einschliesslich HIV und die fehlende Schwangerschaftsbetreuung und geburtshilfliche Versorgung (Austin et al., 2008).

Sind die flüchtenden Frauen in einem sicheren Land angekommen, reduzieren sich die akuten Bedrohungen der SRG. Internationale und nationale Studien zeigen aber, dass Migrantinnen, darunter auch Migrantinnen aus armen Ländern ohne humanitäre Krisen, schlechtere SRG-Outcomes haben als einheimische Frauen. Migrantinnen haben höhere Raten von

- Totgeburten (Austin et al., 2008; Yelland et al., 2015)
- intrauterinem Fruchttod (Yelland et al., 2015)
- mütterlicher Sterblichkeit (Yelland et al., 2015)
- Kaiserschnitten (Merry et al., 2016; Merten et al., 2007)
- ungeplanten Geburten vor Ankunft im Spital (Gibson-Helm et al., 2014)
- Behandlung des Neugeborenen auf Intensivstation (Merten et al., 2007)
- Neuralrohrdefekten beim Neugeborenen (Merten, 2013)
- postpartalen Depressionen (Collins et al., 2011;Falah-Hassani et al., 2015)
- Schwangerschaftsabbrüchen (Kurth et al., 2010; Merten, 2013)
- ungeeigneter Kontrazeption (Kurth et al., 2010)
- psychosozialem Stress (Bollini et al., 2007; Kurth et al., 2010)

- depressiven Störungen (Merten, 2013)
- Schwangerschaftsdiabetes (Gibson-Helm et al., 2014)
- Gewalt während der Schwangerschaft (Merten, 2013)
- Frühen Fehlgeburten (Merten, 2013)
- Hyperemesis gravidarum (Merten, 2013)
- Folsäuremangel (Merten, 2013)
- Syphilis (Gibson-Helm et al., 2014)
- Hepatitis B (Gibson-Helm et al., 2014)
- HIV (Merten, 2013)
- Vitamin-D-Mangel (Gibson-Helm et al., 2014)
- Genitalbeschneidung (Gibson-Helm et al., 2014)

Ein Problem bei der Erfassung der SRG von Migrantinnen ist, dass die Definition von „Migrantin" variiert und Studien daher zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen (Gagnon et al., 2009). Die Vielzahl und Art der Probleme zeigen aber klar, dass die SRG ein wesentlicher Aspekt der Gesundheit von geflüchteten und asylsuchenden Frauen ist und bei der Gesundheitsversorgung berücksichtigt werden muss (Austin et al., 2008). Der Bereich Geburtshilfe ist besonders relevant, da die meisten Migrantinnen und Migranten im reproduktiven Alter sind und die Zahl der Geburten in ihren Familien hoch ist: Beispielsweise betrug im Jahr 2013 die Geburtenziffer bei Schweizerinnen 1,4, bei Frauen aus Exjugoslawien 2,3 und bei Frauen aus Nordafrika 3,3 (BAG, 2015).

2.2 Erfahrungen von geschlechtsspezifischer Gewalt

Ein zentrales Thema vieler Frauen mit Fluchterfahrung ist die sexuelle und geschlechtsspezifische Gewalt, die mit ein Grund für die Flucht sein kann, aber vor allem auch auf den Fluchtrouten erfahren wird. Auf der Flucht sind Frauen hohen Risiken von Gewalt, Erpressung und Ausbeutung einschliesslich Vergewaltigung, transaktionalem Sex (Geschlechtsverkehr im Austausch gegen Geld oder Güter), Menschen- und Organhandel ausgesetzt (United Nations Refugee Agency, 2016). Besonders vulnerable Gruppen auf der Flucht sind allein reisende Frauen, frauengeleitete Familien, Schwangere und Stillende sowie unbegleitete minderjährige Mädchen. Der sexuellen Gewalt wird im Rahmen der humanitären Hilfe nicht die gleiche Aufmerksamkeit geschenkt wie der Gewährleistung von Unterkunft und Nahrung (Ouyang, 2013). Dabei wäre es dringend notwendig, präventive Massnahmen für sexuell übertragbare Erkrankungen (z. B. Hepatitis B, HIV) zumindest

in einem Zeitfenster von 72 Stunden nach der Exposition zu ergreifen, um Betroffene vor chronischen Erkrankungen mit all ihren Folgeproblemen zu schützen. Auch ungewollte Schwangerschaften aufgrund von Vergewaltigungen sind ein Problem, das nicht systematisch erfasst wird. Es fehlen behördliche Programme, die Frauen z. B. bei der Entscheidung und bei der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs beratend und unterstützend zur Seite stehen (Ouyang, 2013). Von sexueller Gewalt betroffene Frauen befürchten zudem, stigmatisiert und von ihrer eigenen Familiengemeinschaft ausgestossen zu werden. Bisher gibt es noch keine ausreichende Evidenzbasis für die Wirksamkeit von Interventionen zur Primärprävention von geschlechtsspezifischer Gewalt bei Flüchtenden, obwohl der Bedarf an solchen Programmen hoch ist (Tappis et al., 2016). Deshalb fehlen bisher auch Standardverfahren zur Erkennung und Betreuung von Frauen, die auf der Flucht oder im Zielland Opfer sexueller Gewalt wurden (Womens Refugee Commission, 2016).

2.3 Situation von geflüchteten Frauen in der Schweiz

2.3.1 Zuwanderung und Bestand von weiblichen Asylsuchenden in der Schweiz

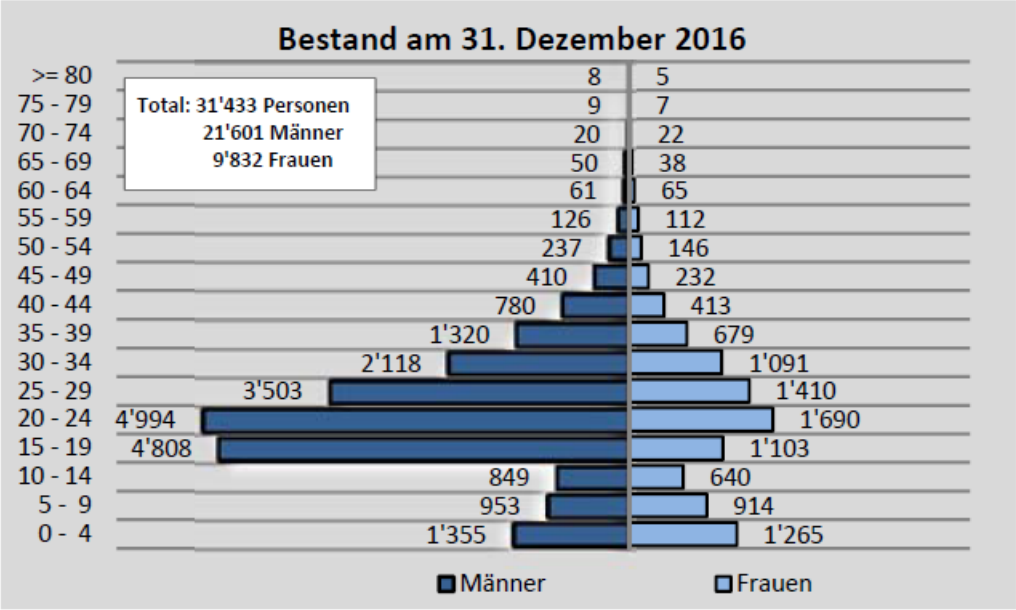
Weltweit waren Ende 2015 etwa 21 Millionen Menschen auf der Flucht vor Krieg, Konflikten, Verfolgung oder schweren Menschenrechtsverletzungen, und 3,2 Millionen Menschen waren als Asylsuchende registriert (UNHCR, 2015). Während die Mehrheit der Geflüchteten (13,9 Mio., 85 %) in Entwicklungsländern unterkam, gelangten 2,2 Millionen in entwickelte Länder und etwa 1 Million nach Europa. Die Zuwanderung nach Europa war 2015 etwa viermal höher als 2014 und nahm 2016 weiter zu (UNHCR, Bericht 2016 erscheint im Juni 2017). Die meisten Asylsuchenden gelangten 2016 nach Deutschland (1,1 Mio.) und Schweden (163 000). Diese Länder könnten aufgrund ihrer Erfahrungen (Womens Refugee Commission, 2016) für die Schweiz zu wichtigen Referenzen und Kooperationspartner bei der Entwicklung von Massnahmen und Empfehlungen zur Gesundheitsversorgung geflüchteter Frauen werden.

Auch die Schweiz war in den ersten Monaten des Jahres 2016 bis zur Schliessung der Balkanroute vom zunehmenden Flüchtlingsstrom nach Europa betroffen. Im gesamten Jahr 2016 wurden laut der Statistik des Staatssekretariats für Migration (SEM) zu den Asylbewegungen insgesamt 27 207 neue Asylgesuche

gestellt, 31,2 % weniger als im Vorjahr (SEM, 2017). Die wichtigsten Herkunftsländer waren Eritrea (5 178 Gesuche), Afghanistan (3 229), Syrien (2 144), Somalia (1 581), Sri Lanka (1 373) und Irak (1 312). Der Anteil der Frauen betrug mit 7 984 Gesuchen 29,3 %. Die Bewegungsstatistik erfasst nicht, wie viele dieser Frauen 2016 schwanger waren oder sich im ersten Jahr nach einer Geburt befanden. Allerdings wird erfasst, wie viele Kinder, deren Mütter sich im Asylprozess befanden, geboren wurden. Demnach haben im Jahr 2016 in der Schweiz etwa 3 153 asylsuchende Frauen ein Kind geboren (SEM, 2017). Somit betrug der Anteil Geburten von asylsuchenden Frauen gemessen an der Gesamtgeburtenzahl im Jahr 2016 3,7 % (Total Geburten in der Schweiz im Jahr 2016: 85 648 (BFS, 2017)). Im Jahr 2017 gab es bis Ende April 1 023 Geburten von asylsuchenden Frauen (SEM, 2017b).

Laut der Bestandesstatistik standen Ende 2016 25 591 weibliche Personen in der Schweiz im Asylprozess, das sind 37,5% aller Personen, die um Asyl ersucht haben (SEM, 2017). Von diesen waren zwei Drittel (65,0 %, n = 6 386) im reproduktiven Lebensalter (Altersgruppe 15–44, siehe Abbildung 1, Seite 23). Der Anteil junger Frauen im Alter zwischen 20 und 34 Jahren betrug 42,6 % (n = 4 191). Die Bestandesstatistik des SEM macht ebenfalls keine Angaben darüber, wie viele dieser Frauen schwanger waren oder kürzlich ein Kind geboren haben. Das grösstenteils junge Alter der asylsuchenden Frauen ist ein Hinweis auf den Bedarf an reproduktiver Gesundheitsversorgung. Es ist wichtig, die besonderen Bedürfnisse der geflüchteten Frauen im Hinblick auf die Betreuung in den Asylunterkünften zu kennen.

Abbildung 1: **Asylsuchende nach Geschlecht und Altersklassen (ohne vorläufig Aufgenommene). Aus: Staatssekretariat für Migration: Asylstatistik 2016 (SEM, 2017)**



Unter den Asylsuchenden des Bestands von Ende 2016 waren 2 620 Neugeborene und Kleinkinder (männlich und weiblich). Die Zahl der asylsuchenden Frauen mit Kindern sowie die Anzahl Kinder pro Frau ist aus der publizierten Asylstatistik des Bundes nicht ersichtlich. Wie viele Frauen zusammen mit den Vätern ihrer Kinder, mit erwachsenen Familienangehörigen oder allein in die Schweiz flüchteten, wird ebenfalls nicht festgehalten. Von den neuen Asylgesuchen 2016 wurden 7,3 % (n = 1997) von unbegleiteten Minderjährigen gestellt. Davon waren 16,3 %, Mädchen (n = 326) (SEM, 2016).

2.3.2 Registrierung, Unterbringung und Betreuung von Asylsuchenden in der Schweiz

Nach der Einreise in die Schweiz können Flüchtlinge ein Asylgesuch einreichen (Bundesrat, 1998). Dieses kann in einem der Empfangs- und Verfahrenszentren des Bundes (EVZ) gestellt werden. Danach beginnt die sogenannte Vorbereitungsphase des Asylverfahrens mit einer Befragung zur Person, in der unter anderem geprüft wird, ob die Schweiz für das Asylverfahren zuständig ist oder ob die asylsuchende Person in einen anderen Dublin-Staat überwiesen werden kann. Nach der Befragung zur Person bleiben Asylsuchende im EVZ (maximal 90 Tage) oder werden nach einem bestimmten Verteilschlüssel einem Kanton zugewiesen und dort in der Regel in einem sogenannten Durchgangszentrum untergebracht (Büchler, 2016).

Nach Abschluss der Vorbereitungsphase beginnt die sogenannte Untersuchungsphase, in der es im Wesentlichen darum geht, in einer Anhörung die Asylgründe zu eruieren. Ehefrauen werden dabei getrennt von ihren Männern befragt (Büchler, 2016). Anwesend bei der Anhörung sind eine Person des SEM, die die Befragung durchführt, bei Bedarf eine Dolmetscherin bzw. ein Dolmetscher und eine Vertreterin bzw. ein Vertreter einer Hilfsorganisation. Wenn Hinweise auf eine geschlechtsspezifische Verfolgung vorliegen, haben Frauen Anspruch auf eine Anhörung in einem reinen Frauenteam. In der Praxis wird dies aber oft nicht realisiert, weil Mädchen und Frauen aus Scham und Furcht vor Stigmatisierung ihre geschlechtsspezifischen Motive für das Asylgesuch verschweigen oder aufgrund ihrer gesellschaftlichen Rolle im Herkunftsland Schwierigkeiten haben, sexuelle Gewalt, Unterdrückung und Folter als Asylgründe zu benennen (Büchler, 2016; Terre des Femmes Schweiz, 2014).

Die Unterbringung in den gemischtgeschlechtlichen Asylunterkünften (EVZ oder kantonale Asylunterkünfte) kann für asylsuchende Mädchen und Frauen grosse Probleme bergen, besonders, wenn sie vor oder während der Flucht Opfer von Menschenhandel und/oder sexueller Gewalt wurden. Es gibt in den Unterkünften zwar getrennte Zimmer für Familien und alleinstehende Frauen oder Männer, Küchen, Gemeinschaftsräume und -wege werden aber von beiden Geschlechtern genutzt (Terre des Femmes Schweiz, 2014). In einigen Unterkünften fehlen getrenntgeschlechtliche sanitäre Anlagen (Büchler, 2016). Für Opfer von Menschenhandel könnte die Unterbringung in gemischtgeschlechtlichen Unterkünften im Widerspruch zu übergeordnetem Recht (Bundesrat, 2000) stehen, da sie keine psychologische, physische und soziale Erholung ermöglichen (Büchler, 2016). Asylsuchende Frauen berichten von alltäglicher verbaler und physischer Gewalt zwischen Männern, die bei ihnen und Kindern Angst auslösen. Die Gewalt der Männer kann sich auch direkt gegen die Frauen selbst richten. Sicherheitsdienste in Asylunterkünften treten gegenüber Männern und Frauen manchmal martialisch auf und lösen so ebenfalls Angst aus (Terre des Femmes Schweiz, 2014).

Als Betreuungspersonen für die Asylsuchenden fungieren in der Regel die Mitarbeitenden in den Asylunterkünften. Sprachprobleme und Arbeitsbelastung der Mitarbeitenden sowie die Scheu der asylsuchenden Frauen verunmöglichen oft eine adäquate Betreuung (Büchler, 2016). Betreuungspersonen werden oft nicht geschlechtsspezifisch zugewiesen, so dass Frauen auch männliche Betreuer haben können (Terre des Femmes Schweiz, 2014)

2.3.3 Gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden in der Schweiz

Flüchtlinge und Vertriebene haben das gleiche uneingeschränkte Grundrecht auf Gesundheit wie Menschen, die unter stabilen Bedingungen leben. Dieses Grundrecht schliesst das Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit ein (Austin et al., 2008). Gemäss der Weltfrauenkonferenz von 1995 in Beijing (Beijing-Vereinbarungen) (UN_Women, 1995) muss ausserdem auch für geflüchtete Frauen Zugang zu Familienplanung, Schwangerenvorsorge, präventiver Geburtsvorbereitung und Traumabehandlung gesichert werden. In humanitären Krisen oder während der Flucht ist das Grundrecht auf Gesundheit für Flüchtende ganz oder teilweise ausser Kraft gesetzt (Razum & Bozorgmehr, 2015). Die aufnehmenden Länder haben eine grosse Verantwortung, dieses Grundrecht zu gewährleisten (Knipper, 2016).

Eine Einschränkung der Gesundheitsversorgung, wie sie in zehn EU-Ländern praktiziert wird, ist juristisch, aber auch ökonomisch problematisch. In Deutschland beispielsweise führten Modelle, die für Asylsuchende mit unentschiedenen, temporären oder abgelehnten Anträgen einen restriktiven Zugang zur Gesundheitsversorgung vorsahen, zu einem signifikanten Anstieg der Gesundheitskosten um 40 % pro Person, und zu Mehrausgaben von 1,56 Milliarden Euro in den Jahren 1994–2013 (Bozorgmehr & Razum, 2015). In diesen Modellen haben die Betroffenen nur Zugang zur Notfallversorgung, zur Behandlung von akuten und schmerzhaften Zuständen, zur Schwangerenvorsorge und Geburtshilfe, zu Impfungen sowie zu „notwendigen präventiven Massnahmen“. Die Einschränkungen führten dazu, dass die Versorgung und Behandlung verzögert wurden, weshalb die Zusatzkosten durch diese Einschränkungen letztendlich höher waren als die Kosten für die uneingeschränkte Versorgung (Bozorgmehr & Razum, 2015, 2016). Der Zugang zur psychiatrischen Versorgung gehört in Deutschland auch in akuten Fällen nicht zur Regelversorgung und wird Flüchtlingen nicht immer gewährt (Hyde, 2016).

Die Schweiz ermöglicht allen Asylsuchenden grundsätzlich einen unkomplizierten und diskriminierungsfreien Zugang zur Gesundheitsgrundversorgung. Ab dem Datum des Asylgesuchs unterstehen Asylsuchende dem gesetzlichen Versicherungsobligatorium (KVG) und sind während des ganzen Aufenthaltes in der Schweiz gegen Krankheit und Unfall versichert. Im Kanton Bern beispielsweise werden Asylsuchende durch das Amt für Migration und Personenstand (MIP) versichert, in der Regel im Rahmen eines Modells mit eingeschränkter Arztwahl (MIP, 2017). Dabei wird für Personen, die sich in einem Asylverfahren befinden, ein Managed-Care-Modell (Hausarzt mit Budgetverantwortung) oder das MedDi-

rect-Modell (Hausarzt ohne Budgetverantwortung) bei der Visana abgeschlossen. Die Versichertenkarte wird durch einen Voucher ersetzt. Der Zugang zur psychiatrischen Versorgung wird in diesem System garantiert, in der Praxis zeigen sich aber beim Zugang Erschwernisse. Durch die Grundversicherung nicht abgegoltene Leistungen wie beispielsweise zahnmedizinische Behandlungen oder die Anschaffung von Hilfsmitteln, wie z. B. Brillen, werden in der Regel vom Kanton übernommen. Kosten für Übersetzungsdienste, die im Rahmen von Konsultationen durch Ärztinnen und Ärzte (auch Psychiater) oder Hebammen erbracht werden, sind ebenfalls keine kassenpflichtigen Leistungen. Diese sollen entweder vom Leistungserbringer selbst oder durch die betreuende Asylsozialhilfestelle übernommen werden (MIP, 2017).

Die medizinische Versorgung wird in der Schweiz je nach Asylunterkunft unterschiedlich organisiert. Es gibt Unterkünfte, in denen eine medizinische Fachperson (Pflegefachperson oder Ärztin/Arzt) angestellt ist, die Sprechstunden abhält. In manchen Unterkünften wird sogar zusätzlich eine psychologische bzw. psychiatrische Sprechstunde angeboten (Terre des Femmes Schweiz, 2014). In den meisten Unterkünften müssen sich die Asylsuchenden jedoch bei einer Mitarbeiterin oder einem Mitarbeiter melden, die bzw. der dann einen Arzttermin organisiert. Dies ist insofern problematisch, als diese Personen keine Gesundheitsausbildung haben und möglicherweise Krankheitssymptome falsch einschätzen. Ausserdem sollten Asylsuchende ihre gesundheitlichen Probleme in einem geschützten Setting besprechen können (Terre des Femmes Schweiz, 2014).

Viele Asylsuchende hatten in ihren Heimatländern oder auf der Flucht traumatisierende Erlebnisse und benötigen regelmässige psychologische oder psychiatrische Hilfe. In der Regel müssen die Betroffenen bis zum Transfer in eine kantonale Unterkunft oder bis zur Schutzgewährung warten, bis sie eine regelmässige Therapie erhalten (Büchler, 2016).

2.4 Bedürfnisse von Migrantinnen in Bezug auf die sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung

Die Bedürfnisse von Migrantinnen in Bezug auf die sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung wurden bisher nur wenig untersucht. Der Zugang zur Versorgung wird durch prekäre sozio-ökonomische Bedingungen erschwert, und arbeitende Migrantinnen beklagten fehlende Möglichkeiten, den Arbeitsplatz für medizinische Untersuchungen zu verlassen (Bollini et al., 2007). Zentrale Anlie-

gen von Migrantinnen sind die Überwindung von sprachlichen Hürden, z. B. durch Dolmetschdienste, um die komplexen multiprofessionellen Strukturen und Abläufe in der Gesundheitsversorgung der Schweiz besser verstehen zu können, sowie eine adäquate Erklärung der perinatalen Prozesse, die nicht überfordert (Bollini et al., 2007; Origlia Ikhilor et al., 2017). Hohe Bedeutung haben auch die Abwesenheit von Diskriminierungen und eine respektvolle Behandlung (Bollini et al., 2007). Die Bedürfnisse von Migrantinnen an die Schwangerschaftsbetreuung variieren je nach Herkunftsland (Bollini et al., 2007). Frauen, die in ihren Ursprungsländern und auf der Flucht traumatische Erfahrungen machten, haben besondere physische und psychische Gesundheitsbedürfnisse und verdienen höchste Aufmerksamkeit in der reproduktiven Versorgung (Gagnon & Redden, 2016; Goguikian Ratcliff, 2015).

2.5 Versorgungsmodelle für Migrantinnen

Angesichts von soziokulturell und individuell bedingten sehr diversen Bedürfnissen der Migrationsbevölkerung an die Gesundheitsversorgung empfehlen Versorgungsforscherinnen und -forscher, Migrantinnen und Migranten innerhalb des Standardmodells der Gesundheitsversorgung „migrations-sensitiv“ zu betreuen, da es nicht möglich sei, allen Bedürfnissen mit Spezialprogrammen gerecht zu werden (Razum & Spallek, 2014). Dieses Vorgehen würde ausserdem diskriminierende Aspekte einer speziellen Versorgung vermeiden und berücksichtigen, dass sozioökonomische Unterschiede die eigentlich wirksamen Gesundheitsfaktoren seien, und weniger die Migrationsgeschichte.

Andererseits haben sich für die Gruppe von weiblichen Migrantinnen spezialisierte Angebote in der Mutterschaftsversorgung bewährt, die zudem eine hohe Akzeptanz geniessen (Origlia Ikhilor et al., 2017); sie wurden bisher aber nicht evaluiert. Meist sind es lokale, heterogene Projekte, die unabhängig voneinander entwickelt wurden. Bei den Migrantinnen besonders akzeptiert waren Programme mit einem aufsuchendem Ansatz: Die erste Kontaktaufnahme findet bei diesen Angeboten an den gewohnten Aufenthaltsorten der Migrantinnen statt (Origlia Ikhilor et al., 2017). Dabei werden Schlüsselpersonen eingesetzt, die persönlich und mündlich über die Angebote informieren (Hermann, 2013).

Für eine Verbesserung der perinatalen Versorgung von Migrantinnen wurden Schulungsangebote für Fachpersonen zu den Themen Migration und transkulturelle Kompetenz in Spitälern, in der Hebammenausbildung und beim Schweizeri-

schen Hebammenverband vorangetrieben (Origlia Ikhilor et al., 2017). Im Rahmen des nationalen Programms „Migration und Gesundheit“ des BAG soll auch die perinatale Gesundheitskompetenz von Migrantinnen und Fachpersonen verbessert werden.

3 Ziele der Untersuchung

Die Studie untersuchte die derzeitige sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen mit ihren Säuglingen in Asylunterkünften in der Schweiz. Die Definition der reproduktiven Gesundheit stützt sich in dieser Arbeit auf die Definition der Vereinigten Nationen aus dem Jahr 1994 und umfasst den Zustand des vollständigen seelischen, körperlichen und sozialen Wohlbefindens im Hinblick auf Sexualität und Fortpflanzung (UNFPA, 1994). Sie umfasst auch das Recht eines jeden Menschen, Gesundheitsleistungen zu erhalten, die ihn vor sexuellen Krankheiten schützen bzw. die diese behandeln. Ein weiteres Ziel der Untersuchung bestand darin, allfällige regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung von asylsuchenden Frauen zu eruieren und Besonderheiten der Versorgung in einem vom Bund betriebenen Erstaufnahme- und Versorgungszentrum sowie in kantonalen Asylunterkünften zu erheben. Basierend auf den Ergebnissen, sollten Empfehlungen zu einer optimalen und adäquaten Betreuung und Versorgung der oben erwähnten Zielgruppe formuliert werden.

Folgende Fragen standen für die Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen mit ihren Säuglingen in Asylunterkünften im Zentrum des Erkenntnisinteresses:

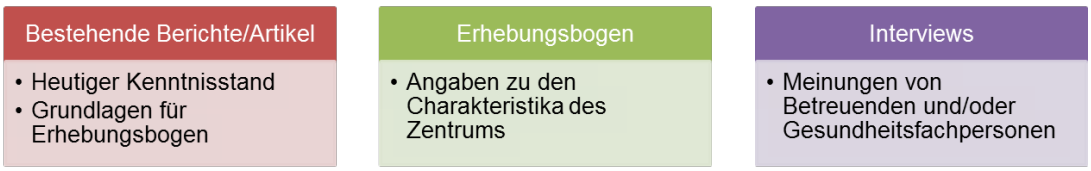
- Welche perinatale Versorgung erhalten asylsuchende Frauen und Mädchen, die in Asylunterkünften untergebracht sind?
- Wie gestalten sich die Versorgungsabläufe im Bereich der reproduktiven und sexuellen Gesundheit?
- Wie werden die Dienste koordiniert?
- Welche Lücken in der Gesundheitsversorgung können beschrieben werden?
- Wie gestaltet sich in der Gesundheitsversorgung die Kommunikation mit asylsuchenden Frauen?
- Werden Erfahrungen mit geschlechtsspezifischer Gewalt geflüchteter Frauen erfasst? Wie wird mit geschlechtsspezifischer Gewalt in den Zentren umgegangen?

4 Methode

4.1 Studiendesign

Die Studie bestand aus drei komplementären Elementen (siehe Abbildung 2). Der Entwicklung des Erhebungsbogens und den Interviewfragen (siehe Anhang Seite 107) lagen nationale und internationale Berichte zur Gesundheitsversorgung von Flüchtlingsfrauen und ihren Säuglingen zu Grunde (Charité, 2017; Schouler-Ocak&Kurmeyer, 2017; ZGF, 2017). Der Erhebungsbogen umfasste quantitativ zu erhebende Daten (Angaben zum Zentrum, etwa zu Trägerschaft, Lage, Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner, Infrastruktur, Anzahl der Betreuenden und Gesundheitsverantwortlichen und zu sozialen Determinanten der Bewohnerinnen und Bewohner). In einem weiteren Teil wurden qualitative Fragestellungen zur Durchführung von Interviews mit Betreuungspersonen vor Ort entwickelt.

Abbildung 2: **Komplementäre Elemente der Untersuchung**



4.2 Untersuchungssetting

Die quantitative Erhebung erfolgte wie bereits erwähnt in acht Asylunterkünften in der Schweiz, wovon vier sich im Kanton Bern, zwei im Kanton Waadt und zwei Unterkünfte im Kanton Tessin befanden. Im Kanton Waadt wurden aufgrund der Besonderheit des kantonal gesteuerten Versorgungsmodells zwei Interviews mit verantwortlichen Gesundheitsfachpersonen zweier Gesundheitszentren für Asylsuchende in Bex und in Béthusy (bei Lausanne) geführt. Diese beiden Gesundheitszentren verantworten und koordinieren die Gesundheitsversorgung mehrerer kantonaler Asylunterkünfte im Kanton Waadt. Des Weiteren wurde Prof. Dr. med. Patrick Bodenmann, Leitender Arzt und Verantwortlicher des Centre des populations vulnérables (CPV) am Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), im Rahmen eines Einzelinterviews befragt.

Die beiden Unterkünfte im Tessin (Chiasso und Biasca) waren vom Bund betriebene Erstaufnahmezentren. Angaben zu den Asylunterkünften können der Tabelle 1, Seite 37 entnommen werden.

4.3 Rekrutierung

Vom Bundesamt für Gesundheit wurde gewünscht, dass Asylunterkünfte in den Kantonen Bern, Waadt und Tessin für diese Studie berücksichtigt würden. Dabei sollten kantonale Asylunterkünfte sowie ein Erstaufnahmezentrum untersucht werden.

Für die Rekrutierung in den kantonalen Asylunterkünften wurde mit dem Migrationsdienst des Kantons Bern telefonisch Kontakt aufgenommen, um für die Datenerhebung eine Genehmigung zu erhalten. Der Migrationsdienst informierte in Folge einige Asylunterkünfte im Kanton, mit denen die Studienleiterin im Anschluss für eine Terminfindung Kontakt aufnehmen konnte. Bei der Auswahl der Asylunterkünfte im Kanton Bern wurde auf eine Durchmischung urbaner und ländlicher Unterkünfte geachtet. Für jede Unterkunft wurde ein Termin vor Ort vereinbart. Für die Erhebung im Kanton Waadt wurde mit Prof. Dr. med. Patrick Bodenmann, dem ärztlichen Leiter der Abteilung für die Behandlung der „Populations vulnérable“ am Universitätsspital CHUV in Lausanne Kontakt aufgenommen, der uns die Kontakte zu zwei von sieben Gesundheitszentren herstellte, die im Kanton Waadt für die Gesundheitsversorgung der Asylunterkünfte verantwortlich sind. Im Kanton Waadt führten wir in den Asylunterkünften selbst keine Gespräche, weil die Gesundheitsversorgung Asylsuchender zentral organisiert ist (siehe Kapitel 5.2.1.2, Seite 45).

Für die Erhebung im Erstaufnahmezentrum in Chiasso wurde beim SEM eine Genehmigung eingeholt. Daraufhin folgte die Kontaktaufnahme mit dem dafür zuständigen Leiter, ebenso wurden ein Termin für eine Besichtigung vor Ort und ein Interview mit zwei Gesundheitsfachpersonen vereinbart. Allen Interviewpartnerinnen und -partnern wurde der Erhebungsbogen mit den Interviewfragen zur Vorbereitung im Voraus per Mail zugestellt. Die quantitative und qualitative Erhebung fand zwischen dem 1. April und 28. April 2017 statt. Der Erhebungsbogen während des Interviewtermins von den Projektmitarbeiterinnen vor Ort eingesammelt.

Als Interviewpartnerinnen und -partner fungierten Betreuungspersonen, die für die Gesundheitsversorgung in der jeweiligen Einrichtung zuständig waren. Es waren mehrheitlich Personen mit einer Ausbildung im Gesundheitsbereich (Pflegefachperson, Pflegefachperson mit pädiatrischem Schwerpunkt, Hebamme, Mütter-Väter-Beraterin, Pflegehelferin SRK). Die Interviews wurden jeweils von zwei Projektmitarbeiterinnen durchgeführt. Im Rahmen dieser Erhebung wurden folgende Fachpersonen interviewt:

Kantonale Unterkunft	Fachperson	Ausbildung
Aeschiried	Frau Monika Voegeli	Mütter-und Väterberaterin
Aarwangen	Frau Jasmin Gfeller und	Medizinische Praxisassistentin
	Frau Susanne Räber	Pflegehelferin (SRK)
Enggistein	Frau Véronique Carnuccio	Pflegefachfrau
Ringgenberg	Frau Christine Trachsel und	Pädiatrische Pflegefachfrau
	Frau Anne Röthlisberger	Pflegehelferin (SRK)
Bex	Frau Francoise Maillefer	Pflegefachfrau und Hebamme
Lausanne, CHUV	Herr Prof. Dr. Patrick Bodenmann	Medizinischer Leiter
Bethusy (bei Lausanne)	Frau Gwenola Seroux	Pflegefachfrau
Vom Bund betriebene Unterkünfte	**Fachperson**	**Ausbildung**
Chiasso	Frau Clizia Maldotti und	Pflegefachfrau
Biasca	Frau Patrizia Pasciuti	Pädiatrische Pflegefachfrau

4.4 Datensammlung

Die Datenerhebung basierte auf einem selbst entwickelten, quantitativen Erhebungsbogen und auf einem strukturierten Interviewleitfaden (Anhang Seite 107). In jeder Asylunterkunft wurde ein Interview mit einer Betreuungsperson vereinbart, die für den Gesundheitsfachbereich in der Unterkunft zuständig war. Die Interviews fanden in der jeweiligen Asylunterkunft statt, mit Ausnahme der zwei Interviews in den Gesundheitszentren Bex und Béthusy im Kanton Waadt. In Lausanne wurde zusätzlich zu den Interviews mit den beiden Gesundheitsfachverantwortlichen auch ein Interview mit Prof. Dr. med. Patrick Bodenmann geführt. Durch dieses Interview wurde die Besonderheit der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden im Kanton Waadt verständlich gemacht werden: Mit dem Ziel, ein von Kontinuität ausgezeichnetes Versorgungsmodell bereitzustellen, wird die Realisierung einer innovativen Versorgung im Kanton Waadt stark von der Politik gesteuert. Dieses Versorgungs-

system unterscheidet sich ganz grundlegend von der Versorgung im Kanton Bern. Im Detail wird es in Kapitel 5.2.1.2, Seite 45) vorgestellt. Im Kanton Tessin fand ein gemeinsames Interview mit den Gesundheitsfachverantwortlichen des Zentrums in Chiasso und in Biasca statt.

Die Themenschwerpunkte des Interviews entstanden aus der Literaturbearbeitung zu sexueller und reproduktiver Gesundheit von Migrantinnen. Sowohl der Erhebungsbogen wie auch die strukturierten Fragen für die Interviews wurden in die französische und italienische Sprache übersetzt. Die Interviews wurden in deutscher, französischer oder italienischer Sprache geführt, dauerten 60 bis 90 Minuten und wurden aufgezeichnet.

4.5 Quantitative und qualitative Datenanalyse

Die quantitativen Daten wurden mit dem Programm IBM SPSS Statistics® 24 deskriptiv ausgewertet, wobei Häufigkeiten, Mittelwerte, Mediane und Standardabweichungen berechnet wurden. Für die Erhebung der Daten über asylsuchende Frauen interessierten uns Frauen im Alter zwischen 18 und 48 Jahren (reproduktive Phase). Zur Erfassung der Anzahl Männer, die in den Asylunterkünften wohnten, schränkten wir das Alter nicht ein. Erhoben wurde auch die Anzahl der Neugeborenen und der weiblichen Minderjährigen zwischen 1 und 17 Jahren. Die Interviews wurden zusammenfassend transkribiert. Die französisch- und italienischsprachigen Interviews wurden in die deutsche Sprache übersetzt, um von einer einheitlichen Analysesprache auszugehen. Die auf die Transkription folgende Datenanalyse orientierte sich an der Methode der thematischen Analyse (Braun&Clarke, 2006). Dazu wurden die Transkripte an drei aufeinanderfolgenden Analysetagen von einer Forscherinnengruppe gelesen, allgemeine Eindrücke wurden zusammengetragen und Hauptaussagen bestimmt. Daraus konnten Themenkategorien erstellt werden, denen die Aussagen zugeordnet wurden. Acht Kategorien wurden identifiziert, die sich auch aufgrund der vorgängigen Literaturarbeit herausfiltern und bestätigen liessen und sich für die Beantwortung nach der reproduktiven und sexuellen Gesundheitsversorgung von Frauen in Asylunterkünften als besonders relevant erwiesen. (Abbildung 3, Seite 40).

4.6 Ethische Überlegungen

Das Untersuchungsvorhaben wurde mittels eines Antrags auf Zuständigkeitsabklärung der Ethikkommission des Kantons Bern vorgelegt. Gemäss der Verfügung der Ethikkommission Bern war für diese Erhebung keine Genehmigung erforderlich, da keine sensiblen gesundheitsbezogenen Daten erhoben wurden und das Vorhaben nicht unter das Humanforschungsgesetz Artikel 2, Absatz 1 fiel. (Ethikkommission des Kantons Bern, 10. Mai 2017 Req-Nr.-2017-000295). Alle Interviewteilnehmerinnen unterzeichneten ihr schriftliches Einverständnis mit dem Interview.

5 Ergebnisse

5.1 Quantitative Resultate

5.1.1 Beschreibung der Asylunterkünfte und ihrer Infrastruktur

Tabelle 1 beschreibt die untersuchten Asylunterkünfte und deren Träger. Von den acht Zentren sind sechs kantonal, zwei werden vom Bund betrieben. Drei Asylunterkünfte befinden sich in urbanen, fünf in ländlichen Gebieten. Die Anzahl der vorhandenen Plätze in allen Zentren weist eine Spannbreite von 50 bis 180 auf (Mittelwert 117,6; SD 44,5).

Tabelle 1: **Beschreibung der acht Asylunterkünfte in drei Kantonen (nach Grösse geordnet), grösste Unterkunft oben**

Name der Unterkunft	Kanton	Träger	Betreiber	Anzahl Plätze
Kollektivunterkunft Aarwangen	Bern	Kanton	Heilsarmee Flüchtlingshilfe	180
Bex Foyer	Waadt	Kanton	Etablissement vaudois d'accueil des migrants (EVAM)	165
Kollektivunterkunft Enggistein	Bern	Kanton	Asyl Biel und Region (ABR)	140
CRP Via Motta Chiasso	Tessin	Bund	Bund	134
Kollektivunterkunft Aeschiried	Bern	Kanton	ORS Service AG	100
Foyer d'aide d'urgence de Vennes	Waadt	Kanton	Etablissement vaudois d'accueil des migrants (EVAM)	92
Kollektivunterkunft Ringgenberg	Bern	Kanton	Heilsarmee Flüchtlingshilfe	80
PCI Biasca	Tessin	Bund	Bund	50

5.1.1.1 Infrastruktur (Zimmer, Toiletten, Duschen)

Die Asylunterkünfte verfügen über total 270 Schlafzimmer, wobei 101 (37,4 %) Schlafzimmer nach Geschlechtern getrennt oder nur Familien zugeteilt sind. Drei Asylunterkünfte verfügen auch über geschlechtergetrennte Stockwerke (Aeschiried und Aarwangen drei Stockwerke, Chiasso zwei Stockwerke), wobei drei Asylunter-

künfte zu dieser Variable keine Angaben machten. Familien werden in der Regel gemeinsam in einem Zimmer untergebracht. Ansonsten verfügen die Asylunterkünfte über geschlechtergetrennte Gemeinschaftsschlafzimmer für alleinstehende Frauen bzw. Männer. Bei den sanitären Einrichtungen zeigt sich, dass total 101 Toiletten zur Verfügung stehen und 57,4 % geschlechtergetrennt sind. Bei den Duschen sind rund 54 % geschlechtergetrennt (Tabelle 2).

Tabelle 2: **Anzahl Schlafzimmer, sanitäre Einrichtungen und geschlechtergetrennte Räumlichkeiten in den acht Asylunterkünften der Kantone Bern, Tessin und Waadt (April 2017)**

	Anzahl / % (Gesamttotal aller Unterkünfte)	Mittelwert (n = 8)	Median	Standardabweichung (SD)	Min.	Max.
Anzahl Schlafzimmer	270	33,75	25,5	24,5	3	79
davon geschlechtergetrennt	101*/37,4	14,42	11,0	14,9	0	39
Anzahl geschlechtergetrennte Räume	39**	13,29	11,0	14,9	0	39
Anzahl geschlechtergetrennte Stockwerke	8**	1,6	2,0	1,5	0	3
Anzahl Toiletten	101	12,63	12,0	7,5	2	25
davon geschlechtergetrennte Toiletten	58/57,4	7,25	6,5	5,8	0	18
Anzahl Duschen	89	11,13	10,5	6,0	3	21
davon geschlechtergetrennte Duschen	48/53,9	6,0	5,0	5,5	0	18
Anzahl Kochgelegenheiten (Kochherde)	32	4,0	3,0	3,5	1	11

* fehlende Angaben von einer Unterkunft; ** fehlende Angaben von drei Unterkünften

In allen acht Unterkünften ist Umschwung vorhanden, so dass sich die Bewohnerinnen und Bewohner auch im Freien bewegen können. Sechs Asylunterkünfte weisen Räume für Familien und Spielplätze auf oder bezeichnen die Unterbringung und Betreuung von Familien als einen ihrer Schwerpunkte. In sieben Asylunterkünften wird die Lärmbelastung (z. B. durch Strassenverkehr) als gering angegeben. Alle Unterkünfte sind an den öffentlichen Verkehr angebunden. Die Distanz zur nächsten Haltestelle beträgt im Mittel 425 m (Minimum 200 m, Maximum 800 m).

5.1.2 Angaben zur Personalsituation in den Unterkünften

Tabelle 3 zeigt die Anzahl der Betreuerinnen und Betreuer. In den meisten Unterkünften stehen Gesundheitsfachpersonen vor Ort zur Verfügung. In Bex und in Béthusy (bei Lausanne) wird die Gesundheitsversorgung zentral im jeweiligen Gesundheitszentrum in unmittelbarer Nähe der Unterkünfte gewährleistet. In allen Asylunterkünften wird die Ausbildung der Gesundheitsfachverantwortlichen vorwiegend mit „Pflegefachperson“ und vereinzelt mit „Medizinische Praxisassistentin“ oder „Pflegehelferin SRK“ angegeben. Bei der Anzahl der Betreuungspersonen fällt auf, dass im Mittel weniger Frauen als Männer angestellt sind (Tabelle 3). Als häufigste Fremdsprachen, die von Betreuerinnen und Betreuern gesprochen werden, werden Englisch und Französisch (deutschsprachige und italienische Schweiz) und Englisch (französische Schweiz) angegeben. Vereinzelt wird Albanisch, Arabisch, Spanisch und Serbokroatisch gesprochen. Nicht alle Unterkünfte verfügen rund um die Uhr über einen Sicherheitsdient. In fünf von acht Unterkünften gibt es einen Sicherheitsdienst, wobei dieser in vier Unterkünften immer anwesend war. Laut Befragung ist nachts in drei Unterkünften eine Nachtwache tätig.

Tabelle 3: **Anzahl Betreuerinnen und Betreuer in den acht Asylunterkünften der Kanton Bern, Tessin und Waadt (April 2017)**

	Anzahl / %	Mittelwert	Median	Standard-abweichung (SD)	Min.	Max.
Anzahl der Betreuer/innen (gesamt)	87	10,63	10	5,263	4	21
Anzahl Männer	47 (54,0%)	5,88	5,5	3,1	1	10
Anzahl Frauen	40 (45,9%)	5,0	3,0	3,7	2	11

5.1.3 Soziale Determinanten der Bewohnerinnen

Insgesamt lebten zum Zeitpunkt der Befragung (April 2017) total 739 Asylsuchende in den acht Asylunterkünften, nämlich 492 Männer (66,5 %) und 247 (33,4 %) Frauen. 61,1 % (n = 151) aller Frauen waren zwischen 18 und 48 Jahre alt. Die Anzahl asylsuchender Mädchen im Alter von 0 bis 17 Jahren betrug 62 (25,1 %). Abbildung 3 zeigt die Altersverteilung der Frauen nach Alterskategorien. Insgesamt wurden 28 Säuglinge (3,7 % der Bewohnerinnen und Bewohner) im Alter von 0 bis 12 Monaten verzeichnet. Zwischen dem 1. April 2016 und der Erhebungszeit im April 2017 wurden von asylsuchenden Frauen während ihres Aufenthalts in den Unterkünften 56 Kinder geboren (fehlende Angaben aus einer Unterkunft). Der Zivilstand der Frauen in den erhobenen Asylunterkünften kann Abbildung 4 (Seite 41) entnommen werden.

Die häufigsten Herkunftsländer der asylsuchenden Frauen waren Eritrea, Äthiopien, Irak, Afghanistan und Syrien. Die Frage, ob das Bildungsniveau der Frauen standardisiert erhoben wird, wird für vier Unterkünfte verneint. Von den anderen Unterkünften liegen keine Angaben vor.

Abbildung 3: **Altersverteilung der weiblichen Bevölkerung in den acht Asylunterkünften**

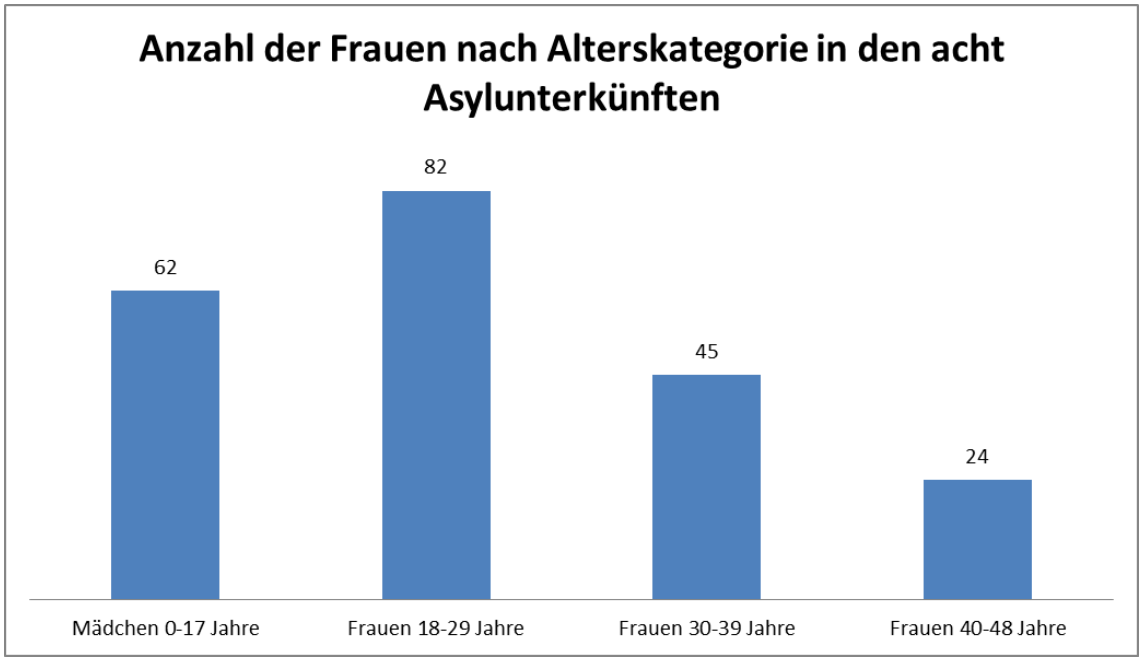
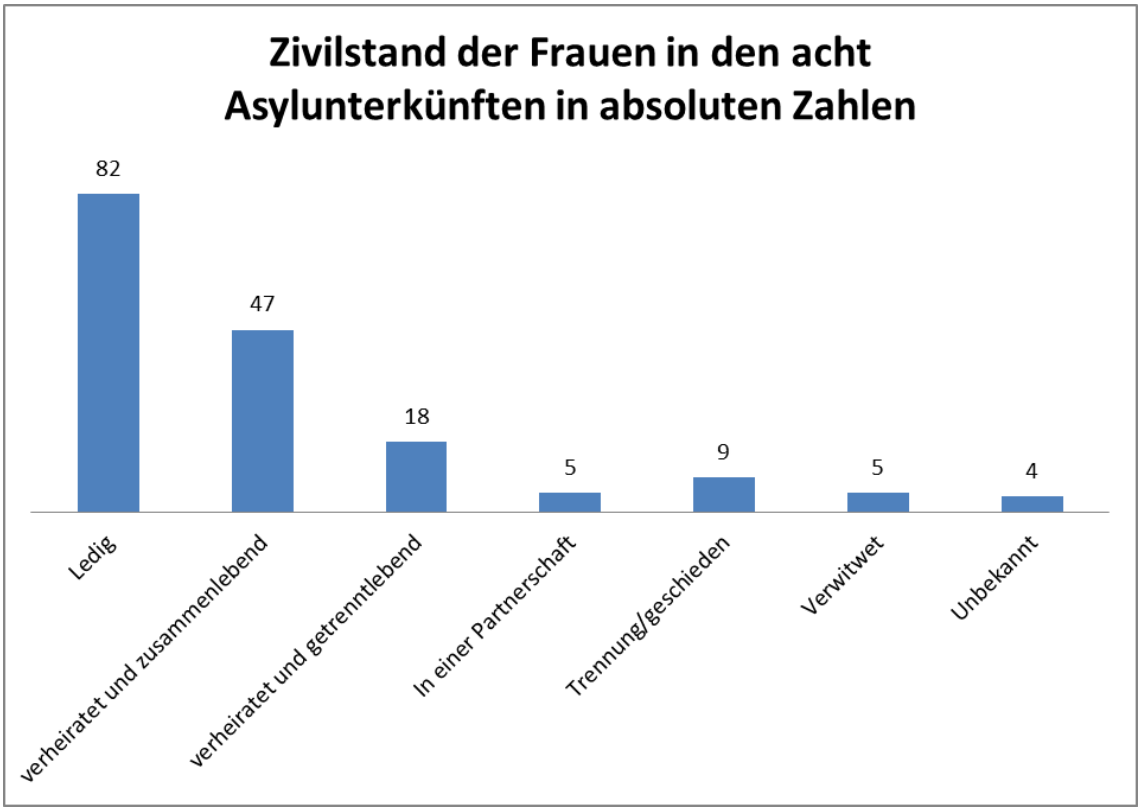


Abbildung 4: Zivilstand der Frauen in den acht Asylunterkünften



5.2 Ergebnisse aus den qualitativen Interviews

Die folgenden acht Themenkategorien, die für die Beantwortung der Fragen nach der sexuellen und reproduktiven Gesundheitsversorgung von Frauen in den untersuchten Asylunterkünften von Relevanz sind, wurden durch die Analyse herausgefiltert (Abbildung 5). Sie werden in den folgenden Kapiteln im Detail beschrieben.

Abbildung 5: Themenkategorien aus der qualitativen Analyse von acht Interviews mit Betreuungspersonen

Modelle der Gesundheits-versorgung	Spezifika schutzsuchender Frauen	Familienplanung	Schwangerschafts-vorsorge
Geburt	Wochenbett und Säuglingspflege	Geschlechts-spezifische Gewalt	Brüche in der Gesundheits-versorgung von Asylsuchenden

5.2.1 Modelle der Gesundheitsversorgung und Rollen der Gesundheitsfachpersonen

Die Interviews machten deutlich, dass in der Organisation der Gesundheitsversorgung Unterschiede bestehen. Sie lassen sich auf die Unterschiede zwischen den Kantonen (Föderalismus) und den verschiedenen Trägern zurückführen. Die kantonalen Asylunterkünfte in den Kantonen Bern und Waadt unterscheiden sich bezüglich ihrer zentralen bzw. dezentralen Organisation der Gesundheitsversorgung.

5.2.1.1 Gesundheitsversorgung der kantonalen Asylunterkünfte im Kanton Bern

Im Kanton Bern ist die Gesundheitsversorgung Asylsuchender dezentral organisiert (Abbildung 6, Seite 45). Alle Asylunterkünfte verfügen über Gesundheitsfachpersonen vor Ort. Vereinzelt kommen Hausärzte oder Psychiaterinnen in die Unterkunft, um Sprechstunden durchzuführen. Sämtliche Unterkünfte verfügen über einen Erstversorgungsarzt, der als erste Ansprechperson gilt. Die Gesundheitsfachpersonen haben unterschiedliche Fähigkeiten und Kompetenzen, das Spektrum der von ihnen absolvierten Ausbildungen reicht von der Pflegefachfrau über die Medizinische Praxisassistentin und die Mütter-Väter-Beraterin bis zur Pflegehelferin SRK. Eine Besonderheit ist, dass die Gesundheitsfachpersonen in den kantonalen Asylunterkünften in Bern vor allem Betreuungsfunktionen für Asylsuchende übernehmen und sich nicht ausschliesslich um Gesundheitsbelange kümmern. In ihrer primären Funktion als Betreuerinnen und Betreuer fehlen ihnen jedoch die nötigen Kompetenzen, um gesundheitsrelevante Informationen in der Versorgungskette zwischen inhouse-Gesundheitsdienstleistungen und solchen externen Leistungserbringer aufrechtzuerhalten und somit Behandlungsverläufe zu koordinieren. Dies ist den externen Leistungserbringern überlassen.

> *„Eigentlich dürfen wir ja gar nichts wissen [über den Gesundheitsstatus, Anmerkung der Autorinnen], das ist ja das Schizophrene (…) das läuft alles über den Arzt."* *(Auszug Interview 1)*

Die Aufgabe der Gesundheitsfachpersonen beschränkt sich darauf, auf rudimentäre gesundheitliche Anliegen der Bewohnerinnen und Bewohner der Unterkünfte einzugehen (z. B. bei Kopfschmerzen oder Menstruationsbeschwerden). Diese Versorgung findet im Rahmen der Sprechstunden in den Asylunterkünften statt. Die Frauen werden bei gesundheitlichen Problemen, für Schwangerschaftskontrollen und Geburten an Spitäler oder niedergelassene Hausärztinnen und -ärzte

oder an Gynäkologinnen aus der Region überwiesen. Eine Schwierigkeit besteht darin, dass die Frauen angehalten werden, den Weg zum externen Leistungserbringer selbst zu finden. Dies stellt aber für viele eine Herausforderung dar.

> *„Viele Frauen finden den Weg ins Spital [Ort] oder in die Frauenklinik nicht. Die Betreuerinnen und Betreuer versuchen, sie zu den Terminen zu begleiten oder schauen, dass sonst eine Begleitperson mitgehen kann.“ (Auszug Interview 1)*

Bei psychisch belasteten Frauen besteht die Möglichkeit einer Überweisung an eine Psychiaterin bzw. einen Psychiater. Für diese externen Sprechstunden müssen sich die Asylsuchenden bei einer Mitarbeiterin melden, damit diese nötigenfalls einen Arzttermin mit dem Dolmetschdienst vereinbaren kann.

Die Organisation der gynäkologisch/geburtshilflichen Versorgung durch Fachärzte aus der Region stellt im Allgemeinen eine Herausforderung dar, da vorwiegend männliche Gynäkologen die Versorgung anbieten. Wenn eine asylsuchende Frau ausschliesslich von einer Frau betreut werden möchte, kommen zum Teil nur bereits überlastete Gynäkologinnen in Frage. Es wird aber insbesondere bei Frauen, die vergewaltigt oder beschnitten wurden, eine Sprechstunde bei einer Gynäkologin oder ein Termin in der Frauenklinik in Bern mit einer Psychosomatikerin vereinbart. In allen Unterkünften des Kantons Bern wird bemängelt, dass es für schwangere asylsuchende Frauen keine regionalen Geburtsvorbereitungskurse gibt, wie sie der Verein Mamamundo in der Stadt Bern anbietet. Dieser Verein bietet schwangeren Frauen mit Migrationshintergrund in der Stadt Bern Geburtsvorbereitungskurse an. Die Kurse werden von Hebammen geleitet und mit Dolmetscherinnen durchgeführt. Die Kurse sind ein von den Krankenkassen anerkanntes und teilweise mitfinanziertes Angebot. Schwangere Frauen fahren aus verschiedenen Gründen nicht von den zum Teil ländlich gelegenen Asylunterkünften extra in die Stadt, um diesen Kurs zu besuchen. Zum einen sind die Anfahrtswege mit den öffentlichen Verkehrsmitteln für Schwangere etwas beschwerlich, zum anderen sind die Termine der Kurse manchmal unpassend, wenn es abends nicht mehr viele Busverbindungen gibt.

> *„Nur das Problem ist, wir haben dieses Mamamundo-ähnliche Programm hier in (Ort) nicht. Und es ist sehr, sehr schwer, die Frauen zu bewegen, nach Bern zu fahren.“ (Auszug Interview 2)*

Vereinzelt gibt es Hebammen, die vorgeburtlich Schwangere bzw. Wöchnerinnen in ihren Unterkünften besuchen. Für die Geburt werden die Frauen entweder in naheliegende Regionalspitäler oder in die Frauenklinik Bern überwiesen. Eine Vermittlung der Wöchnerin an die Mütter- und Väterberatungsstellen erfolgt in der Regel über die Asylunterkunft.

In diesem Modell wird demzufolge der grösste Teil der Gesundheitsversorgung ausgelagert, und es ist nicht zwingend, dass die Informationen der in der Region stattfindenden Primärversorgung zum Gesundheitsdienst der Asylunterkunft zurückfliessen. In diesem Modell hängt es von den betreuenden Gesundheitsfachpersonen in den Asylunterkünften ab, ob diese zu Informationen über extern erbrachte Leistungen und empfohlene Behandlungsprozesse kommen.

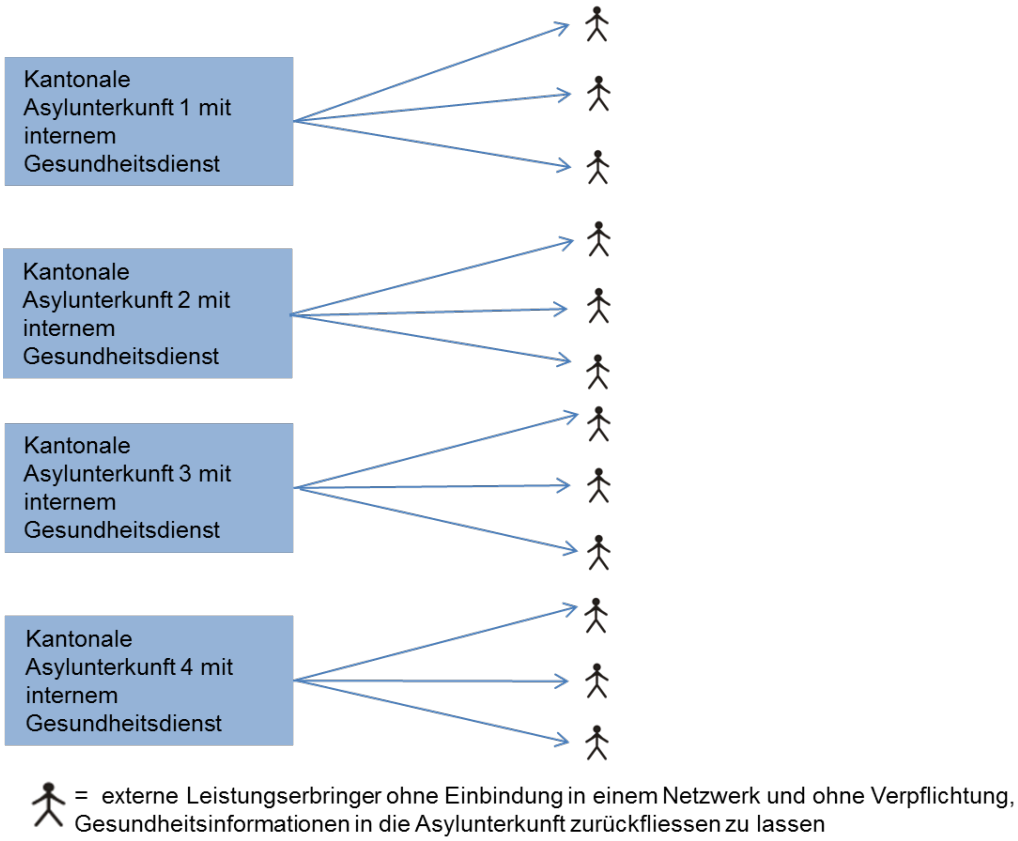
> *„Gewisse [externe Leistungserbringer, Anmerkung der Autorinnen] sind schon offen und erzählen ein bisschen, oder wenn ich sage: Könnten Sie uns bitte noch anrufen oder eben wegen den Medikamenten (…), und gewisse machen es so und bei anderen bekommen wir einfach keine Informationen und dann ist das sehr schwierig, die Leute, natürlich die Frauen gut zu betreuen."*
> *(Auszug Interview 3)*

> *„Wenn ich sage, es würde um eine Überweisung gehen wegen Schlafproblemen (…), und dann halt die Ärzte immer nur Medikamente abgeben und das Problem nicht ernst nehmen, und das über Wochen [so] geht, und ich dann oft nicht mal persönlich mit der Ärztin reden kann, da wird man ein bisschen abgewimmelt. Und da bekomme ich, fühle ich mich sehr hilflos, dass wir nicht direkt mit dem Psychiater zusammenarbeiten können, damit diese Leute unterstützt werden. Man gibt denen einfach Medikamente (…), gerade solche Leute, die dann reden wollen, die kriegen einfach Medikamente."* *(Auszug Interview 4)*

Aus den Interviews kristallisierte sich heraus, dass dieses Modell anfällig ist für Brüche in der Gesundheitsversorgung. Aspekte dieser Brüchigkeit in der Primärversorgung werden im Detail in Kapitel 5.2.8 (Seite 69) beschrieben.

Erschwerend kommt hinzu, dass weder dem Gesundheitsdienst in der jeweiligen kantonalen Asylunterkunft noch den regionalen Primärversorgern bezahlte Dolmetschdienste zur Verfügung stehen. Diese werden weder von der Grundversicherung einer Krankenkasse noch vom Kanton vergütet. Es steht den regionalen Leistungserbringern frei, Dolmetschdienste aus eigenen Finanzquellen zu bezahlen, doch dazu kommt es nur in den wenigsten Fällen. Bei Krankheiten in der Asylunterkunft erfolgt die Kommunikation entweder unter Beizug eines Familienmitglieds, das Englisch oder Französisch spricht, einer weiblichen Bekannten oder Vertrauensperson der Unterkunft oder im schlimmsten Fall „mit Händen und Füssen".

Abbildung 6: **Gesundheitsversorgung Asylsuchender im Kanton Bern, April 2017**



5.2.1.2 Gesundheitsversorgung der kantonalen Asylunterkünfte im Kanton Waadt

Anders gestaltet sich die Gesundheitsversorgung Asylsuchender im Kanton Waadt. Die Gesundheitsversorgung Asylsuchender ist zentral organisiert und wird durch dafür eingerichtete Gesundheitszentren koordiniert (siehe Abbildung 7, Seite 47). Insgesamt bestehen im Kanton Waadt sieben solche Zentren und eine mobile Einheit (Gesundheitsbus). Diese Gesundheitszentren erfüllen den

kantonalen Versorgungsauftrag jeweils für mehrere assoziierte Asylunterkünfte. Charakteristisch ist, dass diese Zentren durch gut aus- und weitergebildete Pflegefachpersonen geführt werden, die ausschliesslich für die Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden zuständig sind, eine hohe Sensibilität für die Versorgung vulnerabler Gruppen aufweisen und die Kompetenz haben, selbstständig Leistungen aus der Primärversorgung anzubieten und die Behandlungsverläufe zwischen den verschiedenen Leistungserbringern zu koordinieren.

> *„Mais dans le fond, ce que j'essaies de vous dire, c'est qu'il y a une espèce de gate-keeping infirmier. (…) Donc, le modèle est vraiment basé sur ce corps de métier, qui est l'infirmier de premier recours, disons, l'infirmière de premier recours. Ce [ne] sont pas tout à fait des Nurse practitioners au sens disons nord-americain ou anglo-saxon du terme, parce que nos infirmières n'ont pas le titre universitaire de Master of Science disons, Nurse Practitioners. Quand même, elles sont la colonne vertrébrale de tout."* *(Auszug Interview 6)*

Diese Gesundheitszentren selbst sind dem Centre des populations vulnérable (PMU) am CHUV unter der Leitung von Prof. Dr. Patrick Bodenmann angeschlossen.

> *„Et l'état de Vaux a décidé d'institutionnaliser cette prise en charge des requérants d'asile. Ils ont demandé à la PMU de l'intégrer dans ses prises en charge. (…) Du coup, ce qui est intéressant, c'est qu'il y a c'est universitaire, hein, ça veut dire, la PMU, c'est universitaire, donc il y a aussi une mission de formation et de recherche."*
> *(Auszug Interview 5)*

Neben dem zentralen Gesundheitsangebot koordinieren diese Gesundheitszentren auch die Versorgung externer Leistungserbringer. Um der Komplexität der gesundheitlichen Versorgung dieser spezifischen Zielgruppe gerecht zu werden, sind die Leistungserbringer im Kanton Waadt zu einem Netzwerk von Hausärztinnen und -ärzten, Psychiaterinnen und Pädiatern zusammengeschlossen, die bei Bedarf auch Sprechstunden im Gesundheitszentrum durchführen oder Asylsuchende in ihren Praxen betreuen.

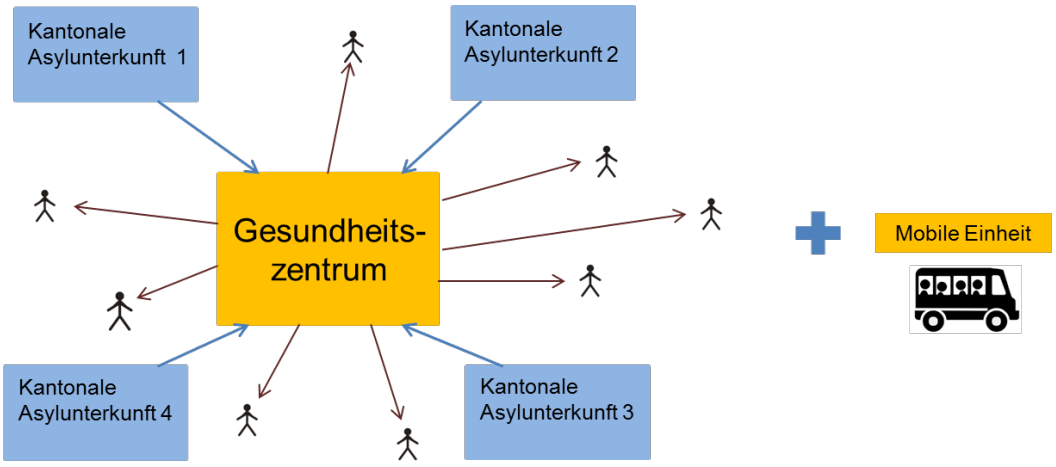
Im Netzwerk organisierte Primärversorger stehen in einem regelmässigen fachlichen Austausch mit dem Gesundheitszentrum, sind sensibilisiert für die besonderen Versorgungsbedürfnisse Asylsuchender und werden regelmässig weitergebildet. Dem Gesundheitszentrum und den im Netzwerk organisierten Primärversorgern stehen Dolmetschdienste zur Verfügung, die vom Kanton finanziert werden und regelmässig, insbesondere bei Erstanamnesen, beigezogen werden. Die Vernetzung und die Gewährleistung von Dolmetschdiensten trägt nach Meinung der Befragten zu einer guten Qualitätssicherung der erbrachten Leistungen bei, insbesondere was die Informationsübermittlung und die Betreuungskontinuität anbelangt.

> *„Et puis ça garantie quand même la qualité de prise en charge, parce qu'on ne perd pas les informations comme ce que à été fait."* *(Auszug Interview 5)*

Auffallend sind die hohen Kompetenzen der angestellten Pflegefachpersonen, die als Primärversorgerinnen und Case-Managerinnen fungieren.

> *„Et pour les situations très complexe, qui nécessite beaucoup de réseau, c'est les infirmiers qui vont les garder. C'est presque contre-intuitif. Ce qui est compliqué est gardé dans le réseau, ce qui es simple […]."* *(Auszug Interview 6)*

Abbildung 7: Gesundheitsversorgung Asylsuchender im Kanton Waadt, April 2017



= Gesundheitszentrum mit assoziierten Flüchtlingsunterkünften. Bietet Regelversorgung an und koordiniert Leistungen mit externen Anbietern, die in einem Versorgungsnetzwerk eingebunden sind.

= externe Leistungserbringer, die einem Netzwerk angeschlossen sind und Gesundheitsinformationen ins Gesundheitszentrum zurückfliessen lassen

Es ist hervorzuheben, dass niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen, die für die sexuelle und reproduktive Gesundheit asylsuchender Frauen eine zentrale Rolle spielen, nicht dem Netzwerk angeschlossen sind, weil sie als Spezialistinnen bzw. Spezialisten gelten. Aus diesem Grund ergeben sich hier im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit ähnliche Probleme in der Informationsübermittlung wie im Kanton Bern. Zum einen wird in den Interviews erläutert, dass nicht alle Gynäkologinnen und Gynäkologen bereit seien, sich um Frauen aus den Asylunterkünften zu kümmern, zum andern werden Informationen über Konsultationsinhalte, Behandlungsverläufe und Medikationen von den Gynäkologinnen und Gynäkologen nicht zwingend dem zentralen Gesundheitszentrum übermittelt. Die Interviewpartnerinnen bemängeln, dass es gerade in der Versorgung schwangerer Frauen, Gebärender und Wöchnerinnen innerhalb der Versorgungskette zu Brüchen in der Informationsübermittlung komme.

> *„Et puis, comme on a un problème, on a un problème d'indisponibilité, par exemple, en ce moment, on n'a plus de gynécologues qui est d'accord de prendre des femmes migrantes,* ça *c'est un vrai problème."* *(Auszug aus Interview 5)*

Zur Geburt werden die Frauen in die Frauenklinik des CHUV oder in Regionalspitäler überwiesen. Auch hier scheint die Informationsvermittlung über die erfolgte Geburt und über den Gesundheitszustand der Mutter und des Neugeborenen unbefriedigend zu sein. Das Gesundheitszentrum erhält keine Geburtsmeldung von den betreffenden Spitälern, da die Spitäler sich auf den Standpunkt stellen, dass sie primär frei praktizierende Hebammen zu informieren hätten, die die Wöchnerinnen und ihre Neugeborenen direkt in den Asylunterkünften besuchen und betreuen würden. Diese frei praktizierenden Hebammen wiederum sind aber nicht im Netzwerk des Gesundheitszentrums eingebunden, so dass sich diese nicht veranlasst sehen, mit den Gesundheitszentren zusammenzuarbeiten.

In beiden Modellen fällt auf, dass frei praktizierende Hebammen sowie Mütter- und Väterberaterinnen nur eine marginale Rolle spielen in der Primärversorgung von Frauen während der Schwangerschaft und der Geburt. Am ehesten werden sie für die Wochenbettzeit in die Betreuung eingebunden. Im Kanton Waadt sind sie allerdings nicht ins Gesundheitsnetzwerk eingeschlossen. Eine Asylunterkunft im Kanton Bern hat diese Dienste vorbildlich koordiniert und zu einem festen Bestandteil seines Angebots gemacht. In andern Unterkünften findet diese wichtige Primärver-

sorgung durch frei praktizierende Hebammen sowie Mütter- und Väterberaterinnen nur punktuell und nicht als Regelangebot statt. Im Kanton Waadt werden diese Leistungen losgelöst vom Gesundheitszentrum erbracht.

5.2.1.3 Gesundheitsversorgung im Erstaufnahmezentrum

In den vom Bund betriebenen beiden Erstaufnahmezentren, die an dieser Studie teilgenommen haben, werden alle Asylsuchenden standardisierten grenzsanitarischen Massnahmen unterzogen (Überprüfung auf Tuberkulose). Mittels eines Fraugebogens werden in einer Erstanamnese Angaben zur ihrer allgemeinen Gesundheit (Medikation, Impfungen, Allergien, Asthma, Krätze, Ungeziefer und ansteckende Krankheiten wie z. B. Varizellen) erhoben. Im Gesundheitsdienst des Erstaufnahmezentrums in Chiasso arbeiten drei diplomierte Pflegefachpersonen, die sich ausschliesslich um die gesundheitlichen Aspekte der Bewohnerinnen und Bewohner kümmern und eine Form von Case Management betreiben.

Beim Eintritt in das Erstaufnahmezentrum erfolgt durch den Securitas-Dienst eine erste kurze Befragung über körperliche Beschwerden. Diese Aufnahme umfasst bei Frauen auch die Frage nach einer vorliegenden Schwangerschaft. Falls eine Frau schwanger ist, wird dies elektronisch dokumentiert, so dass die Pflegefachpersonen unverzüglich über die elektronisch zur Verfügung stehende Krankengeschichte informiert werden. Schwangere im dritten Trimenon werden im Erstaufnahmezentrum in Chiasso belassen, während Schwangere im frühen Stadium in das für Familien eingerichtete Zentrum in Biasca oder in eine andere kantonale Asylunterkunft unterkommen. Es wird darauf geachtet, dass schwangere Frauen nicht allzu lange im Erstaufnahmezentrum verweilen müssen. In Biasca werden auch Frauen nach der Geburt untergebracht. Der Gesundheitsdienst im Zentrum in Biasca wird aus diesem Grund von einer pädiatrischen Pflegefachfrau geleitet, die Fragen rund um das Wochenbett und/oder das Stillen und die Ernährung der Säuglinge beantworten kann.

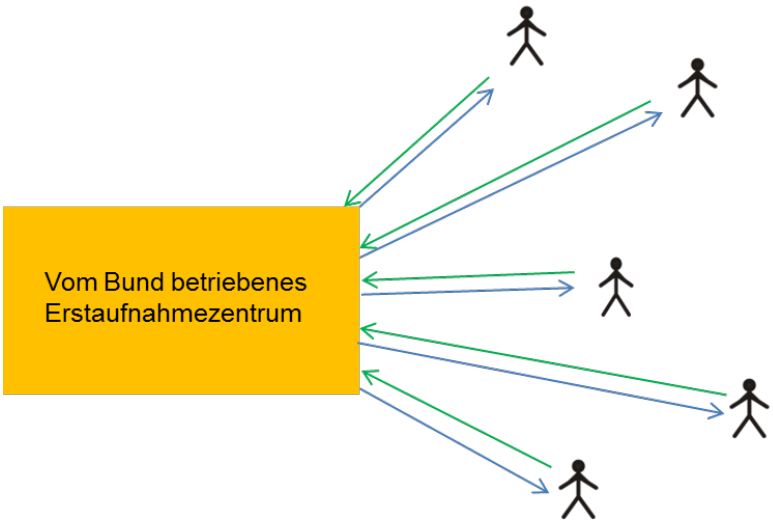
Asylsuchende, die in Chiasso ankommen, mussten sich in der Regel schon in Italien einem Gesundheitscheck unterziehen. Das Problem ist, dass das Erstaufnahmezentrum im Tessin keine Dokumente aus Italien erhält. Die Asylsuchenden, und insbesondere Frauen tragen, in der Regel keine Dokumente bei sich, weil sie befürchten, in Italien – nach dem digitalen Fingerabdruck – weiter registriert zu werden und gemäss dem Schengen-Abkommen dort einen Asylantrag stellen zu müssen.

„La maggior parte delle donne ha fatto delle visite in Italia. (…) E questo ed un vero peccato perché a noi non arrivano documenti, quindi andiamo a rifare tutti gli esami e tutte le visite che loro magari hanno già fatto in Italia e di cui non abbiamo traccia. (…) Perché tante ci dicono ‚si abbiamo fatto varie visite anche delle ecografie, mi hanno anche fatto il test del sangue, ma … E i documenti ne hai? No niente!' E questo e un vero peccato perché per le informazioni da una frontiera all' altra si perdono completamente. Molte di loro ci raccontano di aver buttato via i documenti. (…) Buttano via tutti i documenti e anche i farmaci per nascondere tutto." *(Auszug Interview 8)*

Die Gesundheitsfachpersonen des Erstaufnahmezentrums in Chiasso und in Biasca kommunizieren direkt mit externen ambulanten und stationären Leistungserbringern, erhalten deren Dokumentationen, koordinieren Termine und Versorgungsabläufe sowie die Transporte der Asylsuchenden zu den externen Leistungserbringern (siehe Abbildung 8, Seite 51). Die Kommunikation zwischen den Zentren des Bundes und den externen Leistungserbringern wird als partnerschaftlich, offen und durchlässig beschrieben. Es ist im Interesse aller, dass die Informationen vom und zum Gesundheitsdienst des Erstaufnahmezentrums fliessen. Beide Zentren arbeiten eng mit externen ambulanten und stationären Leistungserbringern zusammen, denen wiederum vom Bund finanzierte Dolmetschdienste zur Verfügung stehen.

"All' ospedale c'è il traduttore o la traduttrice che aspetta la donna. Anche prima di lasciare l'ospedale dopo il parto vengono date tutte le informazioni necessarie concernenti le cure materne e per il neonato tramite un traduttore." *(Auszug Interview 8)*

Abbildung 8: Gesundheitsversorgung Asylsuchender im Erstaufnahmezentrum im Kanton Tessin, April 2017



= externe Leistungserbringer mit durchgängiger Informationsübermittlung von und zum Gesundheitsdienst des Erstaufnahmezentrums

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass in den Kantonen Bern und Waadt in der primären Gesundheitsversorgung Asylsuchender unterschiedliche Versorgungsmodelle existieren. Unterschiede bestehen auch zwischen dem vom Bund bzw. von den Kantonen betriebenen Gesundheitsdiensten. Während im Kanton Bern die Gesundheitsversorgung dezentral organisiert wird und den Personen, die im Gesundheitsdienst der Unterkünfte tätig sind, aufgrund ihrer primären Rolle als Betreuerin bzw. Betreuer wenig Kompetenzen in der bereichsübergreifenden Gesundheitsversorgung zustehen, hat der Kanton Waadt eine zentrale Struktur geschaffen, die von gut ausgebildeten Pflegefachpersonen gesteuert und koordiniert wird. Ein ähnliches Modell mit starker Vernetzung mit externen Leistungserbringern besteht im untersuchten Erstaufnahmezentrum im Kanton Tessin. Für Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen sieht diese Primärversorgung standardisierte Leistungen von Hausärztinnen und -ärzten und/oder Gynäkologinnen und Gynäkologen vor. Da die tangierten Leistungserbringer im Kanton Bern nicht in einem Netzwerk zusammengeschlossen sind, kann nicht davon ausgegangen werden, dass diese auf die besonderen Bedürfnisse dieser Zielgruppe spezialisiert sind. Zudem werden im Kanton Bern die Dolmetschdienste nicht vergütet. Im Kanton Waadt besuchen die im Netzwerk

organisierten Leistungserbringer regelmässig Weiterbildungen. Auch im Kanton Waadt sind aber Gynäkologinnen und Gynäkologen als Spezialisten nicht im Netzwerk eingebunden, was wiederum die Vernetzung mit den Gesundheitszentren und die Aufrechterhaltung der bereichsübergreifenden Versorgung erschwert. Die gesundheitliche Versorgung Asylsuchender findet im Kanton Waadt vorwiegend mit Hilfe von Dolmetschdiensten statt. Die Dienste frei praktizierender Hebammen und der Mütter- und Väterberatung werden zwar in Anspruch genommen, deren Einbezug ist aber stark vom jeweiligen Zentrum abhängig und nicht in eine Regelversorgung eingebunden. In beiden Kantonen (Bern und Waadt) scheint der Zugang der Frauen zur einer hebammengeleiteten Schwangerenvorsorge und Geburtsvorbereitung mangelhaft.

5.2.2 Spezifika asylsuchender Frauen

Wie in Kapitel 5.2.1 (Seite 42) bereits beschrieben, wird allen Frauen eine Regelversorgung ermöglicht, wenngleich unterschiedliche Modelle vorhanden sind. Es bleibt aber aufgrund der Probleme der Schweigepflicht externer Leistungsanbieter und ihrer fehlenden Vernetzung (vor allem in den untersuchten Unterkünften des Kantons Bern) unklar, wie gut die hiesigen Versorgungsangebote die besonderen Bedürfnisse asylsuchender und allophoner Frauen decken. Aus dem vorangegangen Kapitel geht hervor, dass hebammengeleitete Versorgungsmodelle mehr die Ausnahme als die Regel bilden, obwohl sie bekanntlich eine niederschwellige und frauenzentrierte Betreuung ermöglichen würden.

In allen Asylunterkünften ist man sich der besonderen Umstände von Frauen nach der Flucht bewusst. Diese umfassen insbesondere die Gefahr von potentiellen sexuellen Gewalterfahrungen mit möglichen Folgeproblemen (ungewollte Schwangerschaft, sexuell übertragbare Krankheiten). Allerdings wird auch betont, dass den Frauen die Ängste wegen ihres unsicheren Aufenthaltsstatus, aber auch der schwierige Umgang mit auseinandergefallenen Familienstrukturen und der ungewisse Verbleib anderer Familienmitglieder – insbesondere weiterer Kinder – in den Ursprungländern vordergründig am meisten Sorgen bereiten. Demzufolge rücken gravierende Probleme wie eine erlebte Vergewaltigung oder eine ungewollte Schwangerschaft in den Hintergrund und werden von den Frauen nicht spontan thematisiert.

„(…) dann, weil die Situation ist oftmals so, dass sie während der Flucht, also eigentlich irgendwo, ihre Männer haben, oder, und dann sind sie noch schwanger auf der Flucht geworden und kommen hierher, sie wissen nicht, können wir hierbleiben oder nicht, sie sind plötzlich allein, kein Mann da, oftmals, also ich weiss es nicht, aber ich denke, es gibt auch Frauen, die werden schwanger durch – wegen Gewalt, – Vergewaltigung und sagen das aber niemandem." *(Auszug Interview 3)*

Die Frauen sind zunächst einfach erleichtert, dass sie in der Schweiz angekommen sind, und brauchen auch eine Weile, um sich in der Asylunterkunft zurechtzufinden, sich auszuruhen und Vertrauen zum Betreuungsteam aufzubauen. Der grösste Wunsch dieser Frauen besteht darin, möglichst bald mit der Familie oder mit den Kindern in eine eigene Wohnung ziehen zu können und wieder etwas Normalität erleben zu dürfen.

„Moi je pense que leur plus gros soucis à elles, c'est le logement. " *(Auszug Interview 5)*

Es fällt in allen Interviews auf, dass das Thema einer erlebten Gewalterfahrung auf der Flucht eigentlich alle überfordert. Die betroffenen Frauen sowie das Betreuungsteam sind von Sprachlosigkeit betroffen. Gewalterfahrungen werden im Rahmen von Erstanamnesen nicht systematisch erfasst. Diese zu erfassen ist auch herausfordernd, zumal es sich um nach aussen nicht sichtbare seelische Verletzungen handelt, die die Frauen in sich tragen, und es auch spezifische Kenntnisse und Kompetenzen von Seiten der Betreuerinnen und Betreuer bzw. der Gesundheitsfachpersonen braucht, um diese zu erfragen. Auch über eine mögliche genitale Verstümmelung als eine Form der kulturell bedingten Gewalt im eigenen Heimatland, wird nicht spontan gesprochen. Vermutet wird eine genitale Verstümmelung bei Frauen erst, wenn diese jeden Monat regelmässig Schmerzmedikamente verlangen, da bei genitalen Verstümmelungen starke Menstruationsbeschwerden aufkommen können.

> *„Frauen, die beschnitten sind, haben sehr oft auch riesige Menstruationsbeschwerden, und dann merken wir oft auch, dass sie beschnitten sind, weil sie dann jeden Monat kommen, und Schmerzmittel verlangen.“ (Auszug Interview 1)*

In diesem Kontext wird auch deutlich, dass Betreuerinnen und Betreuer ein Informationsbedürfnis bezüglich der besonderen Problematik der genitalen Verstümmelung haben, auch im Hinblick auf die Konsequenzen, die diese für die Frau bei einer bevorstehenden Geburt haben können.

> *„(…) über die Beschneidung von Frauen: Aber einfach, dass wir als Betreuerinnen und Betreuer in den Unterkünften besser aufgeklärt werden. Wir werden zu wenig aufgeklärt. Es ist einfach immer noch ein Thema, über das man nicht spricht.“*
> *(Auszug Interview 4)*

Trotz der Sensibilität gegenüber erlebten Gewalterfahrungen (inkl. genitale Verstümmelung) erscheint das Wissen über die besonderen Bedürfnisse, die mit der sexuellen und reproduktiven Gesundheit verbunden sind, eher marginal. Die besonderen Anliegen von Frauen, jungen Mädchen und Kindern werden im Alltagsleben der Unterkunft eher als wenig fokussiertes Problem wahrgenommen.

> *„Frauenflüchtlinge: Sie gehen wirklich unter im Gesamtkontext Migration. Wir merken, dass wir im Alltag wirklich ganz gut schauen müssen, auch in unseren eigenen Aktionen, dass wir sie nicht aus dem Fokus verlieren.“ (Auszug aus Interview 1)*

In einem der untersuchten Unterkünften des Kantons Bern besteht eine hohe Sensibilität gegenüber den Frauen und insbesondere den Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen. Die Betreuerinnen und Betreuer versuchen mit sehr viel Engagement, den besonderen Bedürfnissen dieser Frauen nachzukommen, z. B. durch hausinterne Sprechstunden beim Erstversorgungsarzt, bei der Pädiaterin bzw. dem Pädiater oder einem Psychiater. Ausserdem werden Dolmetschdienste in Anspruch genommen und Hebammen beigezogen, die die Schwangerschaftskontrollen oder Wochenbettbesuche in der Unterkunft vornehmen. Die Frauen werden zu ärztlichen Terminen bei Ärztinnen und Ärzten aus der Region begleitet und ihnen werden Ein-

zelzimmer mit eigenen sanitären Einrichtungen gewährt. In den anderen Zentren waren diese Frauen jedoch eher auf sich selbst angewiesen oder es wurde vermutet, dass sie keine besonderen Bedürfnisse hätten.

> *„Die Frauen, die schwanger sind, befassen sich nie mit dieser Menge [an Informationen, Anmerkung der Autorinnen], die wir haben, um uns zu informieren. Die sind einfach schwanger, und das ist normal, und man bekommt ein Kind, und das ist auch normal. Und ob da jetzt noch, ob man jetzt in einem Geburtshaus oder in einer Klinik, (…) und so spielt keine Rolle. Die Frauen wollen einfach ihr Kind bekommen und sind froh, wenn sie medizinische Unterstützung haben, aber sonst brauchen die Frauen nichts."*
> *(Auszug Interview 4)*

5.2.3 Zugang zur Familienplanung

Fragen zur Familienplanung umfassen die Bedürfnisse nicht schwangerer Frauen, die einen Zugang zur Verhütung wünschen, und jene schwangerer Frauen, die einer Schwangerschaft ambivalent gegenüberstehen und einen Schwangerschaftsabbruch erwägen, sowie die „Notfallverhütung" in Form der Pille danach.

Gemäss Auskunft der Interviewpartnerinnen stehen in allen Asylunterkünften niederschwellig kostenlose Kondome zur Verfügung. Diese stellen eine Verhütungsform dar, die die Frauen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit primär von der Kooperationsbereitschaft ihres Partners abhängig machen. Die Abgabe anderer, frauenspezifischer Verhütungsmittel – wie der Pille, der Kupferspirale, der Dreimonatsspritze oder auch der Pille danach, die den Frauen aus ihren Herkunftsländern auch bekannt sind – ist für asylsuchende Frauen kostenpflichtig. Der Bund und die Kantone sehen für diese Mittel keine Finanzierung vor, da Verhütung nicht im Leistungskatalog der Krankenkasse aufgeführt ist. Diesbezüglich ist die Situation in den Kantonen von einer grossen Heterogenität gekennzeichnet. Für die Kostenübernahme braucht es eine Kostengutsprache, wobei nicht alle Kantone bereit sind, diese Kosten zu übernehmen. Das bedeutet, dass der Zugang zu sicheren Verhütungsmitteln für asylsuchende Frauen oft schwierig ist. Dieses Faktum stellt ein grosses Zugangsproblem zu sicheren Verhütungsmittel für Flüchtlingsfrauen dar.

In einer Unterkunft wurde erwähnt, dass die Betreiberorganisation sich an den Kosten für Verhütungsmittel beteilige. Es kann vorkommen, dass auch die Frauen selbst aus ihrem Monatsgeld einen Anteil der Kosten begleichen müssen. In anderen Zentren werden Anträge zur Kostenübernahme an Sozialdienste gestellt.

> *„Weil es ja so ein Thema ist: Verhütung, ja oder nein. Und eine Frau kommt, ist egal in welcher Situation, vor der Schwangerschaft, nach der Schwangerschaft, und [sie] will verhüten, und das ist ein allgemeines Thema, was passiert, wenn eine Frau verhüten will."* *(Auszug Interview 1)*

Im Gegensatz zum erschwerten Zugang zu sicheren Verhütungsmethoden werden die Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch bei ungewollter Schwangerschaft von den Krankenkassen übernommen.

> *„Während der Schwangerschaft dann ist es vor allem die Frage: Will ich oder will ich nicht schwanger sein?"* *(Auszug Interview 1)*

Der Schwangerschaftsabbruch und die Pille danach als Methoden der Notfallverhütung werden von den asylsuchenden Frauen und von den Asylunterkünften als Optionen der Familienplanung in Erwägung gezogen. Beide Methoden stehen primär für einen ungenügenden Zugang zu familienplanerischen Massnahmen.

Welches die von den Frauen favorisierten Verhütungsmethoden sind und wie die Informationen über deren Vor- und Nachteile vermittelt werden, bleibt unklar, da für die Verschreibung und Abgabe der Pille oder anderer Verhütungsmittel nicht frei wählbare, niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen aus der Region der Asylunterkunft zuständig sind. Es wird bezweifelt, dass den Frauen aufgrund sprachlicher Verständigungsschwierigkeiten die nötigen Informationen abgegeben werden können (z. B. über die Einnahme der Pille die oder Einführung der Spirale), wenn kein Dolmetscherdienst beigezogen wird. Dass Frauen wegen Verhütungsfragen eine Konsultation wünschten, erfahren die Betreuerinnen und Betreuer in den Asylunterkünften nur, weil sie von den niedergelassenen Gynäkologen und Gynäkologinnen eine Rechnung erhalten.

In zwei Asylunterkünften des Kantons Bern wird bei Fragen zur Verhütung und zur Prävention sexuell übertragbarer Erkrankungen eng mit der AIDS-Hilfe in Bern oder mit der Familienplanungsstelle der Frauenklinik in Bern zusammengearbeitet, die kostenlose Beratungen anbieten.

> *„Wir melden alle Bewohnerinnen für Kurse bei der AIDS-Hilfe Bern an. In diesen Kursen geht es um Verhütung und sexuelle Gesundheit, aber auch um die gesundheitliche Versorgung im Allgemeinen. Die Kurse finden in der Muttersprache statt und werden jeweils im Frühling und im Herbst in Bern angeboten. Die Transportkosten in Bern werden durch die AIDS-Hilfe Bern gedeckt."* *(Auszug Interview 1)*

Die Familienplanungsstelle der Frauenklinik Bern ist eine kantonal finanzierte Institution, die kostenlose Beratung zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit von Frauen/Paaren anbietet. Auch hier zeigt sich das Problem, dass Dolmetschdienste nicht vom Kanton finanziert werden.

5.2.4 Schwangerschaftsvorsorge

Im Erstversorgungszentrum werden die Frauen bei der Aufnahme direkt nach einer vorliegenden Schwangerschaft gefragt. Falls dem so ist, wird dies sofort dem internen Gesundheitsdienst gemeldet, der die Frau wiederum für die Regelversorgung im Regionalspital oder bei der Gynäkologin bzw. dem Gynäkologen anmeldet. Bei der Überweisung vom Erstversorgungszentrum in eine kantonale Asylunterkunft wird bei Bekanntheit einer Schwangerschaft die Information mittels standardisierter Anamnese übermittelt. Die kantonalen Unterkünfte melden die Frauen für die Schwangerenvorsorge bei einem Erstversorgungsarzt oder einer Gynäkologin bzw. einem Gynäkologen aus der Region an. Dies gilt für kantonale Unterkünfte im Kanton Bern wie auch im Kanton Waadt. Bei Frauen, die vergewaltigt wurden oder beschnitten sind und deren Status bekannt ist, wird darauf geachtet, dass sie – sofern dies möglich bzw. organisierbar ist – von einer Gynäkologin (und nicht von einem Gynäkologen) betreut werden. Im Kanton Bern ist es auch möglich, eine Frau in die Frauenklinik in der Stadt Bern zu überweisen, wo die Kontrolle im Rahmen einer Spezialsprechstunde mit einer Psychosomatikerin stattfindet. Demnach wird ein Regelangebot in Anspruch genommen. Es bleibt aber unklar, inwieweit diese Regelangebote die spezifischen re-

produktiven Bedürfnisse (siehe Kapitel 5.2.2, Seite 52) der Zielgruppe ausreichend berücksichtigen. Vereinzelt kommen für Schwangerschaftskontrollen Hebammen in die Unterkünfte. Diese hebammengeleitete Betreuung ist allerdings nicht durchgängig und kontinuierlich, sondern wird lediglich punktuell angeboten. Bei keinem der externen Leistungserbringer sind Dolmetschdienste, wegen der Problematik der fehlenden Finanzierung, garantiert. Durch die fehlende Rückkoppelung der Informationen, die den Betreuerinnen und Betreuern über die extern erbrachten Leistungen übermittelt werden, bleiben der Behandlungsprozess und insbesondere Informationen darüber, was die Frauen verstanden haben (z. B. bezüglich Medikation), für das Betreuungspersonal in den Asylunterkünften unklar.

> *„Das wäre dann in der Verantwortung der Ärztin, dass sie ihre Arbeit wirklich so ausführt, dass sie sie versteht, in ihrer Wichtigkeit oder Dringlichkeit.“ (Auszug Interview 3)*

Deutlich wird, dass die Frauen ein Vertrauensverhältnis und eine Betreuungskontinuität brauchen, um über ihre Gesundheitsanliegen, vor allem betreffend Schwangerschaft, offen mit Betreuerinnen und Betreuern der Asylunterkunft sprechen zu können.

> *„Quando arrivano hanno abbastanza paura, anche a parlare. Non raccontano quasi niente della loro vita. Quando conoscono il centro, conoscono le persone che ci sono, spesso si aprono. E spesso che escono fuori degli aspetti della anamnesi molto importanti. Per esempio altre gravidanze, gravidanze con problemi, paure che hanno in gravidanza o test di gravidanza cha magari qui non dicono di essere in gravidanza e poi arrivano qui e ci dicono che hanno una amenorrea di due o tre mesi e poi facciamo il test di gravidanza qui da noi.”*
> *(Auszug Interview 8)*

Dieses Vertrauensverhältnis aufzubauen ist ungleich schwerer, wenn die betreuende Person ein Mann ist. Dann muss versucht werden, mit einer anderen weiblichen Betreuungsperson herauszufinden, was die Schwangere für ein Anliegen hat.

„Aber dann wollen die Frauen nicht unbedingt zu einem Mann kommen und erzählen, was sie haben. Ja, aber irgendwie mit Kollegen, Verständigung mit Händen [und] Füssen. Manchmal habe ich auch etwa aufgezeichnet, ja, oder schauspielerisch oder (…) Man kann schon viel. Man lernt das ja. Also, man muss kreativ sein.“ (Auszug Interview 4)

5.2.5 Geburtsvorbereitung und Geburt

Die Unterkünfte im Kanton Bern würden die schwangeren Frauen gerne in die Geburtsvorbereitungskurse von Mamamundo in Bern schicken. Wie bereits erwähnt, ist aber die Reise für Schwangere aus ländlichen Unterkünften mit öffentlichen Verkehrsmitteln etwas lang und beschwerlich. Aus diesem Grund werden von den asylsuchenden Frauen keine präventiven Geburtsvorbereitungskurse in Anspruch genommen. In mehreren Zentren wurde der Wunsch geäussert, dass solche Angebote auch regional verankert sein sollten, denn die Frauen hätten wenig Informationen und wenig Erfahrung in Bezug auf den Geburtsprozess und die Zeit danach. Im Kanton Waadt besteht eine Zusammenarbeit mit PanMilar, einer Organisation, die ähnlich wie Mamamundo in Bern Geburtsvorbereitungskurse für Migrantinnen in ihrer Sprache in Lausanne anbietet. Diese Kurse scheinen für Frauen im Kanton Waadt besser zugänglich zu sein, weil sie nicht ausschliesslich in der Stadt Lausanne, sondern auch in vier weiteren Städten vom Kanton finanzierte Kurse anbieten.

Allgemein wird von den Betreuungspersonen beobachtet, dass sich asylsuchende Frauen in den Unterkünften selbst Unterstützung in den Frauennetzwerken holen – oder dies wird mindestens so interpretiert von den Betreuerinnen und Betreuern –, und dass Schwangere innerhalb dieser informellen Netzwerke gut aufgehoben und geschützt werden.

Eine Auswahl zu hebammengeleiteten geburtshilflichen Modellen (Beleghebammengeburt, hebammengeleitete Geburt im Spital oder Hausgeburt) haben die asylsuchenden Frauen nicht. Die Betreuungspersonen gehen davon aus, dass die meisten asylsuchenden Frauen die Geburt im Spital mit einem hohen Status und mit Sicherheit assoziieren. Auch bei Mehrgebärenden, die ihre Kinder zuvor zu Hause zur Welt brachten, wird eine Geburt im Spital gewünscht.

> *„Spital ist sowieso gut, also jede möchte ins Spital gehen."*
> *(Auszug Interview 1)*

Die Frage, ob eine Hebamme die Frauen in der Asylunterkunft besucht, wird von allen Interviewpartnerinnen und -partnern uneinheitlich und unklar beantwortet. Angeblich scheinen die Frauen kein Bedürfnis nach einer Hebammenbetreuung zu haben, oder es ist ihnen unklar, welche Aufgaben eine Hebamme übernehmen kann. Es sei schwierig, eine engmaschige Betreuung durch Hebammen zu organisieren, weil Frauen dies gar nicht wünschen.

> *„(…) weil eine Geburt für viele etwas ganz Normales ist, da macht man ja kein Theater. Ja, sie sind ja nicht krank, sie wollen es nicht wissen, sie gebären, sie kommen nach Hause und fertig."*
> *(Auszug Interview 2)*

Zur Geburt selbst werden alle schwangeren Frauen in ein Spital der Region oder in das nächstgelegene Universitätsspital geschickt. Der Transportdienst wird von den Asylunterkünften organisiert. Bei Bedarf kann der Partner/Ehemann die Frau begleiten. Dies wird aber nicht von allen Frauen gewünscht, da dies in ihren Heimatländern unüblich ist. In den Unterkünften selbst werden keine Hausgeburten ermöglicht. In den Spitälern steht den Frauen zumindest im Kanton Bern aus Kostengründen kein Dolmetscherdienst zur Verfügung, ausser in Notfallsituationen. In Letzteren bleibt aber sehr oft gar keine Zeit, um den Dienst noch beizuziehen.

Im Kanton Tessin gestaltet sich dies anders.

> *„All' ospedale c'è il traduttore o la traduttrice che aspetta la donna. Anche prima di lasciare l'ospedale dopo il parto vengono date tutte le informazioni necessarie concernenti le cure materne e per il neonato tramite un traduttore."* *(Auszug Interview 8)*

Eine Unterkunft im Kanton Bern ist sehr darum bemüht, dass asylsuchende Frauen Informationsveranstaltungen über die Geburt im Regionalspital besuchen und die Geburtsräumlichkeiten besichtigen können, da die Betreuungspersonen feststellen, dass Frauen sehr geringe Kenntnisse über das Geburtsgeschehen haben. Wie sinnvoll jedoch standardisierte Geburtsinformationsveranstaltungen und Begehungen in den Spitälern für diese besondere Zielgruppe sind, müsste im

Detail erfragt werden. Frauen seien zum Teil auch sehr irritiert über die Informationsflut in den Spitälern und über die vielen Termine, die bei der Gynäkologin bzw. dem Gynäkologen wahrgenommen werden müssten.

Ausnahmslos in allen Unterkünften wurde darüber geklagt, dass die zivilrechtlichen Fragen bei der Anmeldung des Neugeborenen beim jeweiligen Standesamt Probleme bereiteten. Da für eine offizielle Anmeldung des Kindes in der Schweiz der Familienausweis bzw. das Familienbüchlein, die Niederlassungsbestätigung, ein Identitätsausweis und eine Geburtsmeldung des Spitals notwendig sind, und weil asylsuchende Frauen und/oder Familien in der Regel nicht über diese Dokumente verfügen, entsteht für die Betreuerinnen und Betreuer ein grosser administrativer Aufwand. Dokumente müssen von den Betroffenen in ihren Ursprungsländern angefordert, übersetzt und beglaubigt werden. Sofern dies in den kriegsversehrten Ländern überhaupt noch möglich ist, sind diese Verfahren langwierig, zeit- und kostenaufwändig. Ungleich schwerer ist es bei unverheirateten oder nur traditionell verheirateten Paaren, deren Heirat in der Schweiz nicht anerkannt wird.

> *„Die wenigsten Kinder, die letztes Jahr geboren wurden, sind schon eingetragen."* *(Auszug Interview 2)*

5.2.6 Wochenbett und Säuglingspflege

Nach der Geburt im Spital kommen die Frauen mit ihren Säuglingen zurück in die Unterkunft, wo sie ein Familienzimmer mit Kinderbett beziehen, die ihnen in allen Zentren auch schon kurz vor der Geburt zur Verfügung gestellt werden. Den Müttern und ihren Säuglingen wird von der Unterkunft ein „Erstausstattungspaket" abgegeben. Darin enthalten sind Windeln, Babykleider sowie Pflegeprodukte. In einem Zentrum betrug der monetäre Wert dieser Erstausstattung rund CHF 720, wovon CHF 280 für die Anschaffung eines Kinderwagens verwendet werden können. In allen Zentren stehen auch gebrauchte Kinderwagen zur Verfügung. Die Neugeborenen werden bei einem Kinderarzt angemeldet und durchlaufen so die pädiatrische Regelversorgung wie Nachkontrollen und Impfungen. Die Wöchnerinnen werden zur Nachkontrolle bei der Gynäkologin bzw. dem Gynäkologen angemeldet. Auch hier wird eine mangelnde Rückkoppelung von Informationen über extern erbrachte Leistungen bestätigt. Von alleinstehenden Müttern wird verlangt, dass sie die Herausforderungen der Säuglingspflege

alleine bewältigen und alle haushälterischen Aufgaben (Zubereitung von Nahrung, Wäsche, Putzarbeiten) ohne Hilfe selbst durchführen, sofern sie nicht Unterstützung von einem hausinternen „Frauennetzwerk“ erhalten.

In den kantonalen Asylunterkünften kommen punktuell frei praktizierende Hebammen zur Nachsorge in die Unterkunft. Bei Frauen mit Status nach einem Kaiserschnitt oder mit Komplikationen im Wochenbettverlauf werden Taxifahrten in das nächstgelegene Spital für Nachkontrollen organisiert.

Vor allem bei Frauen aus Afrika (Eritrea, Sudan, Äthiopien, Somalia) sei es so, dass die Wöchnerin wochenlang in ihrem Zimmer im Bett liegen bleibe und von anderen Frauen ihrer Herkunft umsorgt werde. Dies sei ein in sich geschlossenes, sich selbst tragendes System eines gut funktionierenden Frauennetzwerkes.

In einigen Unterkünften wurde von den interviewten Personen angegeben, dass die Frauen nicht viele Bedürfnisse hätten während der Wochenbettzeit.

> *„Bedürfnisse im Wochenbett haben die Frauen eigentlich gar keine, das wundert mich manchmal. Manchmal sind sie überfordert, das ist auch so, wenn das Baby schreit oder so.“*
> *(Auszug Interview 2)*

Schreiende Neugeborene können vor allem nachts für die ganze Asylunterkunft zu einem Problem werden, weil sich die Menschen in den benachbarten Räumen gestört fühlen. Dies kann zu einem grossen Konfliktpotential führen, sowohl innerhalb wie auch ausserhalb der Familie. Wenn spezifische Probleme wie z. B. Schreikinder auftauchen, werden externe Hebammen oder die Väter- und Mütter-Beratung zu einer Konsultation eingeladen.

> *„Wenn Probleme sind, können wir eine von beiden (Hebamme oder Säuglingsschwester) anrufen, dann sind sie hier.“*
> *(Auszug Interview 2)*

In dem vom Bund betriebenen Erstaufnahmezentrum in Biasca kommen Familien unter, auch solche mit einem Neugeborenen. Die Betreuungsperson, die über eine pädiatrische Pflegefachausbildung verfügt, berät Letztere mehrmals täglich. Es liege ein grosses Bedürfnis nach Beratung vor, vor allem abends.

„Perché la sera sono tutti lì e la sera escono un pò tutti i problemi grossi. Perciò sono presente sopra tutto la sera."
(Auszug Interview 8)

„Cerchiamo di spiegare alla mamma. Noi abbiamo un assistente nostro che parla tigrinyo e arabo (…). Quando arriva un bébe, io sono lì tutti i giorni per le consultazioni concernenti le montate del latte, per i complementi con il latte, per la crescita del bébé, io sono lì praticamente tutti i giorni per controllare i segni della mamma e del bébé." *(Auszug Interview 8)*

Bezüglich der Ernährungsempfehlungen für Wöchnerinnen werden im Erstaufnahmezentrum in Biasca zur besseren Verständigung bebilderte Informationen abgegeben, zumal in Bezug auf Ernährung der stillenden Frau bei asylsuchenden Frauen wenig oder falsche Vorstellungen bestehen würden. Einige Interviewpartnerinnen beobachteten, dass viele asylsuchende Frauen allgemein unwissend seien in Bezug auf die Säuglingspflege und vor allem auf die Säuglingshygiene. Diesbezüglich brauche es viele Erklärungen und Anleitungen, die ohne Dolmetschdienste sehr schwierig zu vermitteln seien.

„Und die Hebamme kommt dann eigentlich mit ins Büro und sagt mir zum Beispiel, wenn ein Kind (…) nicht gut trinkt oder Mühe hat mit [dem] Zunehmen, dass sie regelmässiger kommen muss, oder [dass es] gewisse Sachen zum Schauen gibt, [sie] gibt uns manchmal auch Medikamente ab und erklärt uns nochmals, was sie den Frauen gesagt hat, weil oftmals ist es ja nach dem ersten Mal so, dass die Frauen die Hebamme nicht verstanden haben. Dass wir dann auch ein bisschen schauen." *(Auszug Interview 3)*

„Was wir haben sind Frauen, die immer wieder überfordert sind, die schon mal nicht gut zu den ersten Kindern schauen, also die eigentlich ihre Verpflichtung, die Kinder gut zu betreuen, nicht so ernst nehmen." *(Auszug Interview 3)*

Demzufolge können hier bezüglich der Bedürfnisse von Wöchnerinnen in den Asylunterkünften etwas kontrastierende Erfahrungen zwischen den Unterkünften beschrieben werden. Es fällt auf, dass in keiner Unterkunft Film- oder Videomaterial zum Stillen zur Verfügung steht, etwa die vorhanden „Stillbroschüre ohne Worte“. Das Vorhandensein solcher Medien wäre gerade für allophone asylsuchende Frauen von Vorteil.

Die Regelversorgung durch eine frei praktizierende Hebamme und/oder die Mütter- und Väter-beratung im Wochenbett und in der Säuglingspflege scheint in allen Asylunterkünften bei Bedarf theoretisch möglich zu sein. Es fällt auf, dass diese Versorgung nicht zu einem standardisierten Verfahren gehört, in dem einfach selbstverständlich von jeder Wöchnerin mit einem Neugeborenen Dienstleistungen von frei praktizierenden Hebammen in Anspruch genommen werden. Leistungen von Hebammen gehören zur Regelversorgung, auch wenn keine auffallenden Probleme bei der Frau und ihrem Kind vorliegen und reguläre Kontrollen hinsichtlich physiologischer Aspekte der Uterusinvolution, Lochien und der laktierenden Brust etc. angebracht sind. Die Wöchnerinnen werden zwar für eine Nachkontrolle standardisiert bei einer Gynäkologin bzw. einem Gynäkologen angemeldet, dasselbe gilt aber nicht für die hebammengeleitete Nachsorge oder für die Väter- und Mütter-Beratung.

Wie in Kapitel 5.2.1.2 (Seite 45) erwähnt, haben die Gesundheitszentren im Kanton Waadt keine Kenntnisse über den Verlauf der Wochenbett- und Säuglingspflege, da diese von frei praktizierenden Hebammen in den Asylunterkünften selbst vorgenommen wird, die mit den Gesundheitszentren nicht vernetzt sind. Hier findet in Bezug auf Informationen keine Rückkoppelung von den frei praktizierenden Hebammen zu den Gesundheitszentren statt.

In Bezug auf mögliche psychische Erkrankungen (z. B. Wochenbettdepressionen) werden kaum Angaben gemacht. Eine Unterkunft verfügt über einen hausinternen psychiatrischen Dienst, der einmal wöchentlich eine Sprechstunde durchführt. Frauen mit auffallenden Gemütsverstimmungen würden von den Betreuerinnen oder Betreuern zu dieser Sprechstunde angemeldet. Es bleibt unklar, ob der psychische Gesundheitszustand nach der Geburt durch die externen Leistungserbringer systematisch erfasst wird, und wie überhaupt mit psychischen Erkrankungen in der Wochenbettzeit umgegangen wird.

5.2.7 Geschlechtsspezifische Gewalt

In den Interviews wird zwischen Gewalterfahrungen im Heimatland oder auf der Flucht und häuslicher Gewalt in den Asylunterkünften unterschieden.

5.2.7.1 Erheben von Gewalterfahrungen im Heimatland oder auf der Flucht

Alle Interviewpartnerinnen gehen davon aus, dass die Frauen in ihrem Heimatland oder auf der Flucht vielen Risiken sexueller Gewalt ausgesetzt sind. Vermutet wird eine Exposition sexueller Gewalt bei allein reisenden Frauen oder alleinstehenden Frauen mit Kleinkindern, die schwanger in der hiesigen Asylunterkunft ankommen. Die Vermutung ist insbesondere bei Frauen vorhanden, die aus Eritrea, Somalia, Sudan und Äthiopien auf langen Fluchtwegen nach Libyen gelangen und dort in einem Flüchtlingscamp auf die Weiterreise über das Mittelmeer warten müssen, wo sie dem Risiko sexueller Übergriffe ausgesetzt sind oder möglicherweise Opfer von Menschenhandel werden.

Allerdings werden die Frauen in keinem der Zentren im Rahmen des Aufnahmeverfahrens und der ersten gesundheitlichen Anamnese direkt nach Gewalterfahrungen gefragt. Insofern existieren keine Standardverfahren zur Identifizierung und Unterstützung von Gewaltopfern. Die Interviewpartnerinnen stellen sich auf den Standpunkt, dass es für Fragen nach erlebter sexueller Gewalt zunächst Zeit brauche, um zwischen den Frauen und den Betreuerinnen Vertrauen aufzubauen, und dass diese Befragungen einer spezifischen Schulung bedürften. Da das Thema für Betroffene mit Scham, Stigmatisierung und einem möglichen Familienausschluss verbunden ist, benötigt der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses viel Zeit. Mit Ausnahme einer Asylunterkunft im Kanton Bern und den Gesundheitszentren im Kanton Waadt gilt als allgemeine Regel, dass asylsuchende Frauen bei gesundheitlichen Problemen oder nach erlebten traumatischen Erfahrungen von selbst auf die Betreuungspersonen zugehen müssen.

> *„Nein, systematisch fragen wir nicht nach Gewalterfahrungen, oder auch bei Traumatisierten, das machen wir nicht. Weil man dort mehr kaputt macht, als man – ja, allenfalls würde man wirklich mehr kaputt machen, als man helfen würde, zumal wir ja auch nicht ausgebildete Psychiater oder Psychologen sind."*
>
> *(Auszug Interview 2)*

Im Kanton Waadt gab eine Pflegefachfrau eines Gesundheitszentrums an, dass sie die Frauen bisher sehr direkt nach Gewalterfahrungen gefragt habe, was sich nicht als zielführend erwiesen habe. Nach den ersten schlechten Erfahrungen sei die Strategie dahingehend geändert worden, dass den Flüchtenden während des allgemeinen Anamnesegesprächs erklärt worden sei, dass die Fachpersonen des Gesundheitszentrums sowohl für das physische wie auch für das psychische Wohlbefinden zuständig seien und sich die Asylsuchenden jederzeit bei ihnen melden könnten, wenn etwas sie belaste. So werde den Asylsuchenden gegenüber explizit erwähnt, dass die Fachpersonen es gewohnt seien, sich schwierige Geschichten anzuhören. Damit wird beabsichtigt, den Asylsuchenden eine möglichst niederschwellige Kontaktaufnahme zu ermöglichen.

> *„Il faut laisser une porte ouverte, il faut pas forcément aller trop, aller trop loin."* *(Auszug Interview 7)*

Gewalterfahrungen und Trauma werden in den Zentren indirekt durch wiederkehrende Beschwerden vermutet, die wiederholt behandlungsbedürftig sind. Diese Beschwerden äussern sich in Form von Kopfschmerzen, diffusen körperlichen Beschwerden, Schlafstörungen oder Angstzuständen. In solchen Situationen und nach einem gelungenen Vertrauensaufbau ist es möglich, Asylsuchende auf erlebte Gewalterfahrungen anzusprechen oder ihnen eine psychiatrische Konsultation anzubieten. Allerdings bleibt dieses Ansprechen auf Gewalterfahrungen den einzelnen Betreuerinnen und Betreuern überlassen, was in keiner Asylunterkunft nach einer gewissen Systematik gemacht wird. Auch spürten Gesundheitsfachpersonen ein Unbehagen, ein solch schwieriges Gespräch mit den Bewohnerinnen zu führen, da sie dafür nicht geschult sind. In einer ländlichen Asylunterkunft im Kanton Bern ist eine regelmässige psychiatrische inhouse-Sprechstunde mit Dolmetschdienst etabliert. Um Frauen davor zu schützen, von eigenen Familienangehörigen oder anderen Asylsuchenden im Zentrum stigmatisiert zu werden, werden diese Konsultationen als gängige hausärztliche Untersuchungen bezeichnet. Diese Art des Zugangs zu einer Sprechstunde ist aber ein Einzelfall.

In mehreren Unterkünften werden Asylsuchende mit evidenten Trauma-Folgestörungen an das Ambulatorium für Trauma- und Kriegsopfer des Schweizerischen Ro-Ωten Kreuzes in Bern verwiesen oder es wird mit der Stiftung für Opferhilfe in Bern zusammengearbeitet. Letztere steht den Frauen ausschliesslich beratend zur Seite, denn für Gewalttaten, die im Ausland erfahren wurden, ist nach

Rechtsauslegung von Artikel 3 des Opferhilfegesetzes nur dann eine monetäre Unterstützung vorgesehen, wenn die Straftat in der Schweiz begangen wurde.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das Bewusstsein der Betreuerinnen und Betreuer in Bezug auf das hohe Potential geschlechtsspezifischer Gewalterfahrungen unter geflüchteten Frauen vorhanden ist. Allerdings wird erlebte sexuelle Gewalt nicht systematisch erhoben. Demzufolge kann auch keine spezifische Behandlung von Trauma-Folgestörungen angeboten werden. Zudem ging aus den Interviews hervor, dass sich Frauen bezüglich der erfahrenen sexuellen Gewalt schämten und befürchteten, dass ein offener Umgang mit der Thematik sich allenfalls nachteilig auf ihren Asylentscheid auswirken könnte. Es bleibt den asylsuchenden Frauen überlassen, ob sie Vertrauen in die Betreuerinnen haben und sich ihnen gegenüber entsprechend äussern. Diesem Faktum wird von den Interviewpartnerinnen unterschiedlich viel Gewicht beigemessen. Während die einen dies als „unsichtbares“ Phänomen in Kauf nehmen, beanstanden andere diesen Zustand als eindeutigen Mangel in der Gesundheitsversorgung, der für die Betroffenen mit einem hohen Leidenspotential einhergeht. Sie postulieren eine Sensibilisierung und eine strukturierte Vorgehensweise hinsichtlich der Erkennung und Behandlung dieses Phänomens, auch damit kostspieligen Langzeitfolgestörungen vorgebeugt werden kann. Festzuhalten ist auch, dass es den Frauen und ihren Familien nach Aussage der Betreuerinnen primär wichtig ist, eine eigene Wohnung zu erhalten. Dieses Bedürfnis werde über alle anderen Bedürfnisse gestellt.

5.2.7.2 Umgang mit häuslicher Gewalt in den Zentren

Im Gegensatz zur sexualisierten Gewalt, die von den Frauen auf der Flucht erfahren wird, wird in allen Gesprächen deutlich, dass Gewalt in den Unterkünften nicht toleriert wird. Diese wird streng geahndet. Klare Regeln, insbesondere bei häuslicher Gewalt, sowie Strategien zur Prävention und zur Unterbindung von Gewalt liegen vor. In zwei Unterkünften lag auch ein schriftliches Konzept zu Sanktionen bei Zuwiderhandlung gegen die Hausordnung vor.

> *„[…] bei uns besteht kein Unterschied zwischen der Gewalt gegen Männer oder Frauen. Also, Gewalt wird einfach nicht toleriert.“*
> *(Auszug Interview 4)*

Den Betreuerinnen und Betreuern ist deutlich bewusst, dass Kriegsereignisse, Fluchterfahrungen, die Einreise in ein fremdes Land mit anderen sozio-kulturellen Werten, das Zusammenleben auf engem Raum mit unbekannten Menschen und der unsichere Aufenthaltsstatus häusliche Gewalt begünstigen können. Als Täter kommen Mitbewohner, Ehemänner und in wenigen Fällen auch Frauen in Frage. Die häufigsten Sanktionsmassnahmen sind das Erteilen eines Hausverbots für den die Täterin oder den Täter, das Einschalten von Behörden oder das Erstatten einer Strafanzeige.

> *„Aber das gibt es schon, häusliche Gewalt, und da eine Ohrfeige und dort, ist normal, für ganz viele Menschen hier. Und da sind wir sehr darauf bedacht, dass wir sofort handeln."* *(Auszug Interview 1)*

> *„Er schlägt sie, oder sie schlägt ihn, und alle schlagen die Kinder."*
> *(Auszug Interview 2)*

> *„Ein Mann hatte zwei Ehefrauen und hatte der zweiten Frau in einem Streit eine Gabel in den Unterkiefer gerammt. Es hat eine Strafanzeige gegeben und er kam ins Gefängnis. Alle Bewohnerinnen und Bewohner haben es erfahren. Dass Gewalt nicht toleriert wird, [das] ist die beste Prävention gegen Gewalt."*
> *(Auszug Interview 1)*

Formen sexualisierter Gewalt kommen in den Interviews selten zur Sprache oder es wird darauf hingewiesen, dass keine Vorkommnisse stattgefunden haben.

> *„Sexuelle Übergriffe in der Unterkunft … Es ist zum Glück noch nicht vorgekommen, oder wir haben es nicht erfahren."*
> *(Auszug Interview 3)*

> *„Ein Mann hat sich einmal zu einer fremden Frau mit Kleinkind ins Bett gelegt. Obwohl er nichts Böses gemacht hat, wurde sofort ein Hausverbot erteilt. Wir gehen bei solchen Handlungen streng um mit den Tätern."* *(Auszug Interview 1)*

In einem weiteren Fall, in dem es um einen sexuellen Übergriff auf ein Kind ging, wurde sofort die Kinder-und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) eingeschaltet.

Als präventive Massnahme fällt auf, dass in den Unterkünften die Autonomie und Handlungsfähigkeit von Frauen stark gefördert wird, indem ihnen das ihnen zustehende Monatsgeld direkt abgegeben wird. Dies wird von Ehemännern und Partnern nicht immer geduldet. In diesem Fall wird den Partnern erklärt, wie die Gleichberechtigung hierzulande funktioniert, und nach anfänglichem Widerstand wird diese Handhabung in der Regel auch akzeptiert. Das Monatsgeld für die Frau wird in keinem Fall dem Mann abgegeben.

5.2.8 Erkennbare Brüche in der Gesundheitsversorgung asylsuchender Frauen

Die Gesundheitsversorgung asylsuchender Frauen wird in der Regel als komplex und anspruchsvoll beschrieben.

> *„Mais, je dirais que l'autre chose que l'on voit fréquemment, c'est qu'il y a tout l'aspect de la complexité inhérente à ces consultations. Pas forcément compliqué, mais complexe."*
> *(Auszug Interview 6)*

Gerade diese Komplexität bedingt eine lückenlose Versorgungskette und eine gute interprofessionelle Kommunikation zwischen den verschiedenen Leistungserbringern. Allerdings erweist sich das Aufrechterhalten der Versorgungs- und Behandlungskette der diversen Leistungserbringer gerade für asylsuchende Frauen in der reproduktiven Phase (gemäss der Stichprobe) als problematisch. Es gibt etliche Hinweise auf Behandlungsbrüche zwischen den beteiligten Gesundheitsbereichen (Erstaufnahmezentrum – kantonales Zentrum – Übergang in eine eigene Wohnung in einer Gemeinde) sowie innerhalb eines Bereichs (z. B. kantonale Asylunterkunft). Der erste bereichsübergreifende Informationsbruch erfolgt, wenn asylsuchende Frauen die Landesgrenze überschreiten. Wie in Kapitel 5.2.1.3 (Seite 49) zur Gesundheitsversorgung im Erstaufnahmezentrum dargelegt, erhält das Erstaufnahmezentrum im Tessin keine Dokumente über ärztliche oder pflegerische Leistungen, die im Ausland, z. B. in Italien, erbracht wurden. Die ärztlichen Dokumente werden zwar dort den Asylsuchenden übergeben, die diese wiederum aus verschiedenen Gründen (vor allem aus Angst, in Italien als

Asylsuchende registriert zu werden) vernichten oder wegwerfen. Auch Medikamente werden weggeworfen.

> *„(…) buttano via tutti i documenti, anche i farmaci (…).”*
> *(Auszug Interview 8)*

Dies führt dazu, dass in der Schweiz eine vollständige Erstanamnese und alle Erstuntersuchungen erneut durchgeführt werden müssen. Eine Ausnahme bilden Asylsuchende, die im Rahmen eines „Relocation-Programms“ in die Schweiz einreisen.

Einmal angekommen, zeichnen sich weitere Probleme bzw. Brüche in der Versorgungskette ab, die sich im Wesentlichen wie folgt umschreiben lassen:

- lückenhafte Informationen bei der Überweisung aus den Erstaufnahmezentren an die kantonalen Unterkünfte
- unterbundener Informationsfluss zwischen externen Gesundheitsversorgern und der Asylunterkunft (wegen der Schweigepflicht)
- fehlende Finanzierung von Dolmetschdiensten
- Übergang von der Asylunterkunft in die Gemeinde
- fehlende Kinderbetreuung für asylsuchende Frauen, die deshalb Informationsangebote nicht wahrnehmen können

5.2.8.1 Lückenhafte Informationen bei den Überweisungen aus dem Erstaufnahmezentren an kantonale Zentren

Sowohl im Modell der dezentralen Organisation (Kanton Bern) wie im Modell der zentralen Versorgung (Kanton Waadt) wird die Information über den Gesundheitszustand Betroffener vom Erstaufnahme- und Versorgungszentrum an die kantonalen Asylunterkünfte übermittelt. Diese Informationsübergabe zum allgemeinen Gesundheitszustand und spezifisch zur reproduktiven Anamnese scheint zwar standardisiert, aber dennoch lückenhaft zu sein. Oft sind die Informationen unvollständig und zum Teil nicht leserlich.

> *„Das ist nicht einheitlich, was wir da erhalten. Es gibt schon Blätter, die sehen schon alle so aus, aber ausgefüllt werden sie sehr unterschiedlich. Und es gibt auch keine Standards.“*
> *(Auszug Interview 1)*

„(…) wir bekommen einen sehr, sehr kurzen Beschrieb. Also, Patientin hat dieses und dieses Leiden, mehr steht auch nicht drin.“
(Auszug Interview 2)

„Bah, déjà, il y a le problème de la langue, c'est que quand on reçoit, bah oui, les documents médicaux en allemand en italien, ma collègue et moi on ne parle pas italien, donc il faut trouver une collègue qui traduira. Souvent c'est écrit à la main, et puis, non seulement c'est pas la même langue mais c'est souvent illisible." *(Auszug Interview 5)*

In Bezug auf Informationen bezüglich einer vorhandenen Schwangerschaft steht nur „Schwangerschaft ja“ oder „Schwangerschaft nein“. Dies kann gerade bei der Überführung von schwangeren Schutzsuchenden vom Erstaufnahmezentrum in eine kantonale Unterkunft zu Situationen führen, die für Betroffene mit Risiken verbunden sind.

„(…) Da war eine Frau, die hochschwanger von Basel in die Unterkunft alleine mit ihren drei Kindern gefahren ist. Das war eine Katastrophe, die hätte überall das Kind bekommen können (…). Die war mehrfach gebärend, also es wäre sehr schnell gegangen. Wir hatten dann in ihren Dokumenten gesehen, dass sie an diesem Tag einen Termin für eine Geburtseinleitung in Basel gehabt hätte. Wir hatten keine Informationen darüber. Wir haben sofort eine Hebamme in die Unterkunft kommen lassen. Am nächsten Morgen um 8 Uhr war dann das Kind da.“ *(Auszug Interview 1)*

Für Betreuende und Gesundheitsfachpersonen der kantonalen Asylunterkünfte bedeutet dies, dass sie sich zwar auf die Dokumente des Erstaufnahmezentrums abstützen können, aber dennoch den Gesundheitszustand von Neuem im Rahmen von Erstanamnesen erheben müssen.

5.2.8.2 Unterbundener Informationsfluss zwischen externen Gesundheitsversorgern und der Asylunterkunft

Ein weiterer bedeutender Bruch in der Versorgungkette entsteht, wenn die kantonalen Asylunterkünfte Asylsuchende mit gesundheitlichen Beschwerden beim erstversorgenden Arzt bzw. der Ärztin oder bei anderen externen Leistungserbringern (z. B. beim Psychiater oder der Gynäkologin) zur Konsultation anmelden. Externe Leistungserbringer unterliegen der Schweigepflicht und können somit die gesundheitsrelevanten Informationen, die sie durch ihre Konsultation gewinnen, nicht an die Betreuerinnen und Betreuer der Asylunterkünfte weiterleiten, zumal diese von der Ausbildung her meistens nicht Gesundheitsfachpersonen sind. In den Asylunterkünften haben Betreuerinnen mit einer Ausbildung im Gesundheitswesen in der Regel eine doppelte Rolle: Sie sind für medizinische Belange zwar zuständig, übernehmen aber primär ganz allgemeine Betreuungsaufgaben. Demzufolge haben die Betreuerinnen und Betreuer keine Kompetenzen im Bereich Gesundheitsversorgung.

> *„Der Austausch mit Ärzten findet relativ wenig statt. Das Problem ist die ärztliche Schweigepflicht."* *(Auszug Interview 4)*

Betreuerinnen und Betreuer können aufgrund dieses unterbundenen Informationsflusses nicht wissen, wie sie die Frauen darin unterstützen können, ihre Gesundheit zu erhalten, oder wie sie die Asylsuchenden dazu anleiten können. Dies ist insbesondere bei der Medikationsadhärenz und bei Therapieanleitungen von Bedeutung. Es wird beschrieben, dass Frauen Wochen nach ihrem Termin bei einem externen Leistungsanbieter mit einer noch ungeöffneten Medikamentenschachtel in die interne Gesundheitssprechstunde kommen und fragen, wofür die Medikamente seien und wie diese einzunehmen seien.

> *„Die Aussenleute, die involvierten Stellen, zum Teil wissen die auch nicht genau, was wir dürfen und was nicht, und was sie sollten und was nicht. Das ist manchmal ziemlich schwierig."*
> *(Auszug Interview 2)*

Eine Unterkunft im Kanton Bern hat zur Lösung dieses Problems eine medizinische Einwilligungserklärung verfasst, die sie den Asylsuchenden in mehreren Sprachen zur Unterschrift unterbreitet. Sie erlaubt es den Betreuerinnen und Be-

treuern, mit externen Leistungserbringern über den Gesundheitszustand der Asylsuchenden sprechen zu können. Dies bedeutet aber nicht, dass der Arzt oder die Hebamme von ihrer Schweigepflicht entbunden werden. Der Informationsfluss ist also nur einseitig geregelt.

> *„Wir haben hier eine medizinische Erklärung (…) wir erklären das jedem, dass wir hier eine Einwilligungserklärung haben, die besagt, dass wir mit dem Arzt über sie sprechen dürfen. Und es war schon sehr oft ganz wichtig, dass wir das sofort tun konnten. In der Praxis ist es einfach so (…), also ich weiss alles, aber es wissen nicht alle Betreuerinnen und Betreuer alles über alle. Das ist nicht notwendig. Aber wir können gezielt Betreuer informieren über gewisse Gefahrensituationen, z. B. über eine Schwangerschaftsvergiftung oder über einen Verdacht darauf, da muss derjenige, der Dienst hat, einfach Informationen dazu haben (…), wir müssen ja reagieren können. Das ist etwas schwierig für mich, denn vom Kantonsarzt aus dürfen wir fast gar nichts. Aber ich habe hier die Verantwortung (…) und ich habe hier die Verantwortung für das Zentrum und bin auch verantwortlich, indem ich dieses Wissen habe.“* *(Auszug Interview 1)*

Diesbezüglich gestaltet sich die Situation im Kanton Waadt anders, zumal die meisten externen Leistungserbringer in ein Netzwerk eingebunden sind, was die Informationsübermittlung an das zentrale Gesundheitszentrum ermöglicht, zumal in den Zentren auch ausgebildete Pflegefachpersonen arbeiten, die eine Gate-Keeping-Funktion wahrnehmen und den Auftrag haben, den weiteren Behandlungsverlauf zu koordinieren. Allerdings bildet auch im Kanton Waadt die Zusammenarbeit mit den Gynäkologinnen und Gynäkologen eine Ausnahme. Wie in Kapitel 5.2.1.2 auf Seite 45 bereits erläutert, sind diese nicht dem Versorgungsnetz angegliedert. So fliesst die Information von der Gynäkologin zum Gesundheitszentrum nicht, was zu einem beträchtlichen Informationsverlust im Bereich der reproduktiven Gesundheit betroffener Frauen führt.

In allen Unterkünften wurde deutlich gemacht, dass Gynäkologinnen und Gynäkologen asylsuchende Frauen selten bis gar nie an eine frei praktizierende Hebamme verweisen, die die Frauen auch in der Unterkunft für Konsultationen aufsuchen könnten. Es ist fraglich, ob diese Leistungserbringer über spezialisierte

Angebote für diese spezifische Zielgruppe orientiert sind und ob sie asylsuchende Frauen z. B. darauf aufmerksam machen, dass es auf sie zugeschnittene Geburtsvorbereitungskurse gibt. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass externe Leistungserbringer, die unabhängig von Netzwerken fungieren, wenig Kenntnisse über spezifische Angebote der Regelversorgung haben. Darum wird vermutet, dass in der Informationsübermittlung an die Frauen Lücken bestehen bleiben.

5.2.8.3 Fehlende Finanzierung von Dolmetschdiensten

Die fehlende Finanzierung von Dolmetschdiensten in der Regelversorgung – vor allem im Kanton Bern – begünstigt Versorgungslücken und -brüche. Die Leistungserbringer müssen durch die fehlende Finanzierung von Dolmetschdiensten durch den Kanton oder durch die Krankenkasse entweder die Kosten dafür selbst aufbringen, oder komplexe Themen werden „mit Händen und Füssen" vermittelt.

> *„Es gibt kein Budget vom Kanton für Dolmetscher."*
> *(Auszug Interview 1)*

Für asylsuchende Frauen, die erst seit Kurzem in der Schweiz weilen und das hiesige Gesundheitssystem nicht kennen, ist es unmöglich, sich in einem hoch differenzierten Versorgungssystem zu bewegen. Ohne Dolmetschdienste diagnostische und therapeutische Massnahmen sowie Therapievorschläge in ihrer ganzen Bedeutung und Konsequenz zu verstehen, ist ihnen geradezu unmöglich. Es wird den Frauen unter diesen Umständen auch erschwert, ein Vertrauensverhältnis zu ihren Versorgerinnen und Versorgern aufzubauen. Kommt neben diesem Problem noch die fehlende Informationsvermittlung zwischen externen Leistungserbringern und den Gesundheitsdiensten der Asylunterkunft hinzu, ist es unklar, wie Behandlungsprozesse, an denen verschiedene Fachpersonen beteiligt sind, überhaupt so aufrechterhalten werden können, dass sie der Gesundheit der asylsuchenden Frauen dienen.

Um „Drehtüreffekte" und kostspielige Notfallkonsultationen zu vermeiden, ist eine gut funktionierende Verständigung zwischen Leistungserbringern und den asylsuchenden Frauen, vor allem nach der Überweisung der Asylsuchenden in eine private Wohnung in einer Gemeinde, von zentraler Bedeutung.

5.2.8.4 Übergang von der Asylunterkunft in die Gemeinde

Eine grosse Aufgabe der kantonalen Asylunterkünfte besteht darin, die Asylsuchenden auf ihr Leben in einer eigenen Wohnung in der Gemeinde vorzubereiten. Der Transfer in eine eigene Wohnung erfolgt unabhängig vom Asylstatus in der Regel nach einigen Wochen/Monaten in der Asylunterkunft.

> *„Das ist unsere Aufgabe. Sie bereit zu machen, [damit sie] in einer Gemeinde selbstständig wohnen [können], und das braucht sehr viel Arbeit."* *(Auszug Interview 4)*

Die Übermittlung medizinischer Daten an gemeindenahen Versorgungsstrukturen scheint hier anfällig für Versorgungsbrüche zu sein, zumal die Asylsuchenden in unterschiedlichen Kantonen untergebracht werden und dort von Sozialdiensten betreut werden. Inwieweit es gelingt, medizinische Daten über Schwangere oder Frauen nach der Geburt in die Gemeinde zu übermitteln, bleibt unklar.

> *„On les suivra plus, ces gens. Et ça, c'est quand même une notion très important (…) parce que souvent, il y a une rupture, là. Tout ce qu'on raconte maintenant, toute cette prise en charge. C'est le ‚no mansland'. Ils passent d'une prise en charge très attentive à rien."* *(Auszug Interview 5)*

In der eigenen Wohnung in der Gemeinde fallen die bis anhin bekannten formellen und informellen Netzwerke der Asylsuchenden, die in den Asylunterkünften in unterschiedlichen Ausmassen existierten, weg. Die Frauen werden in die „Selbstständigkeit" entlassen, was das Suchen und Vereinbaren von Terminen für die gesundheitliche Versorgung anbelangt. Eine Unterkunft im Kanton Bern ist sichtlich darum bemüht, bei Schwangeren oder Wöchnerinnen die frei praktizierenden Hebammen oder Mütter- und Väterberaterinnen in der entsprechenden Gemeinde zu kontaktieren, um die Betreuungskontinuität zu gewährleisten. Diese Bemühungen scheinen aber eher die Ausnahme als die Regel zu sein. Wird von Seiten der Asylunterkünfte nicht proaktiv auf Leistungserbringer in der Gemeinde zugegangen, müssen diese (z. B. Mütter- und Väter-Beratungsstellen oder der Verein Mamamundo für die Geburtsvorbereitung) die Frauen und Familien in mühsamer Kontaktarbeit selbst aufsuchen und mit dem Informationsgewinn wieder von vorne beginnen. Auch dies ist ein kostenintensiver Prozess.

5.2.8.5 Fehlende Kinderbetreuung für asylsuchende Frauen, die Angebote nicht wahrnehmen können

Ein wiederkehrendes Thema in den Interviews war die fehlende strukturierte Kinderbetreuung in den Unterkünften, insbesondere bei alleinstehenden asylsuchenden Frauen. Frauen können durch die Betreuungspflichten für ihre Kleinkinder keine externen Angebote in Anspruch nehmen, die sie mit wichtigen Informationen unterstützen würden. So können sie weder Deutsch- noch Geburtsvorbereitungskurse besuchen, weil sie ihre Kinder nicht alleine lassen können. Gelegentlich kommt es auch vor, dass sie aus diesen Gründen ihre Termine bei der Ärztin bzw. beim Arzt nicht wahrnehmen können. Demzufolge werden alleinerziehende Frauen mit Kindern manchmal von wichtigen Informationsgefässen ausgeschlossen, was durchaus ihren Gesundheitszustand tangieren kann.

> *„Bei uns haben die Deutschkurse keine Kinderhütedienste. Das heisst, dass Frauen, die Kinder haben, die können kein Deutsch lernen. (…) Das heisst eigentlich, dass Frauen, die Kinder haben am meisten gestraft werden indem man ihnen am wenigsten Unterstützung anbietet.“ (Auszug Interview 3)*

6 Diskussion

Die vorliegende Studie befasste sich erstmalig für die Schweiz mit der sexuellen und reproduktiven Gesundheitsversorgung von asylsuchenden Frauen in Asylunterkünften in den Kantonen Bern, Waadt und Tessin. Im Vordergrund standen die Fragen, wie sich die perinatale Versorgung geflüchteter Frauen und Mädchen in Asylunterkünften darstellt, welche Versorgungsabläufe und Koordinationsbemühungen erkennbar sind, wo Lücken in der Versorgung bestehen, wie sich die Kommunikation in der Gesundheitsversorgung gestaltet und ob dabei dem Phänomen der geschlechtsspezifischen Gewalt Rechnung getragen wird.

6.1 Auf Standarddienste beschränkte und von Brüchen gekennzeichnete Gesundheitsversorgung

Ein zentrales Ergebnis der vorliegenden Studie ist, dass Frauen und Mädchen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zwar die zu weiten Teilen von der Krankenkasse bezahlte Regelversorgung erhalten, die vorwiegend von Hausärztinnen und -ärzten, Psychiaterinnen und Psychiatern sowie Gynäkologinnen und Gynäkologen sichergestellt wird, dass jedoch anderen niederschwelligen und kostengünstigen Diensten (Zemp et al., 2017) – wie denjenigen von (frei praktizierenden) Hebammen, der Väter- und Mütter-Beraterinnen, der Stillberaterinnen oder der Kinderspitex – nur eine marginale Rolle in der Gesundheitsversorgung asylsuchender Frauen und deren Säuglingen zuerteilt. Interessanterweise zeigte sich dieses Bild sowohl im Kanton Bern wie auch in der hoch strukturierten und auf Asylsuchende spezialisierten Gesundheitsversorgung im Kanton Waadt. In den beiden Erstaufnahme- und Versorgungszentren im Kanton Tessin stellte sich die Situation etwas anders dar. Hier konnte eine starke Vernetzung der Unterkunft mit verschiedensten stationären sowie ambulanten Anbietern beschrieben werden. Die unzureichende Einbindung nicht ärztlicher Berufsgruppen in die perinatale Versorgung, insbesondere von frei praktizierenden Hebammen mit ihren aufsuchenden Dienstleistungen, ist umso bemerkenswerter, als es sich bei diesen Gesundheitsdiensten um Angebote mit einer ausgeprägten Expertise im Bereich der Mutter-Kind-Gesundheit handelt, die zudem auf präventive Ansätze fokussieren. Verschiedene Studien weisen auf die höheren perinatalen Risiken von Migrantinnen hin, insbesondere im Fall von asylsuchenden Frauen (Austin et al. 2008). Die meisten asylsuchenden Frauen weisen ku-

mulierte psychosoziale Belastungen auf, die in direktem Zusammenhang zur Gesundheit dieser Frauen stehen. So ist bekannt, dass neu angekommene und vor allem alleinstehende Frauen ein grosses, durch Stress ausgelöstes Risiko für Depressionen vor und nach der Geburt ausweisen (Goguikian Ratcliff et al., 2015). Die prekären Wohnverhältnisse in Asylunterkünften stellen einen weiteren Risikofaktor für geburtshilfliche Komplikationen dar (Goguikian Ratcliff et al., 2015). Ein niedriger sozioökonomischer Status, hohe Sprachbarrieren, ein relativ kurzer Aufenthalt im Aufnahmeland und der damit verbundene späte Beginn der Schwangerschaftsvorsorge erhöhen die schwere akute mütterliche Morbidität bei asylsuchenden Frauen im Vergleich zu anderen Migrantinnen und zur einheimischen Bevölkerung (van den Akker & van Roosmalen, 2016). Zudem ist bei asylsuchenden Frauen, die in Flüchtlingscamps, z. B. in Libyen, auf ihre Weiterreise nach Europa warten mussten, davon auszugehen, dass viele von ihnen Opfer sexueller Gewalt in Form von Mehrfachvergewaltigungen wurden (Obert, 2017), bevor sie nach Europa übersetzen konnten. Die traumatischen Erfahrungen dieser Frauen werden in den Asylunterkünften nicht systematisch angegangen und es gibt keine adäquaten Hilfsangebote. Es bleibt fraglich, inwiefern sich Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der Standardversorgung mit engen Zeitfenstern pro Konsultation dieser Komplexität annehmen können. Frühere Untersuchungen zeigten, dass Gesundheitsfachpersonen bei der Betreuung von Asylsuchenden dann an Grenzen stossen und dies als emotional belastend erleben, wenn sie keine adäquate Behandlung garantieren können oder die Untersuchungen einschränken müssen (Kurth et al., 2010). Die hier vorliegende Studie weist zudem deutlich darauf hin, dass die Gesundheitsversorgung zwischen externen Gesundheitsdiensten (ambulante oder stationäre Angebote) und Gesundheitsdiensten in den Asylunterkünften von einer starken Fragmentierung und dadurch von etlichen Versorgungsbrüchen gekennzeichnet ist. Zum einen bleibt unklar, wie den Frauen ohne Dolmetscherdienst komplexe Sachverhalte übermittelt werden bzw. wie die Bedürfnisse der Frauen eruiert werden können. Zum anderen erschwert die Einhaltung der Schweigepflicht, zu der die externen Anbieter verpflichtet sind, dass wichtige Gesundheitsinformationen insbesondere über die gewählten Behandlungen ausgetauscht bzw. an die zuständigen Personen in den Unterkünften übermittelt werden.

Der systematische Einbezug nicht ärztlicher Gesundheitsdienste, wie beispielsweise einer hebammengeleitete Schwangerenvorsorge, wäre darum von Bedeutung, weil diese Angebote mit ausgeprägten familien- und frauenzentrierten Ansätzen arbeiten (Aubry & Cignacco, 2015), eine hohe Sensibilität für die Besonderheiten psychosozialer Situationen aufweisen oder sich auf die Betreuung von Migrantinnen spezialisiert haben (z. B. Geburtsvorbereitungskurse wie Mamamundo im Kanton Bern oder PanMilar im Kanton Waadt) (Tschirren, 2017; Wyssmüller & Hurni, 2017). Im Bereich von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind diese Modelle nachweislich ebenso sicher und effektiv wie die von Gynäkologinnen und Gynäkologen erbrachten Vorsorgeleistungen. Zudem sind sie nachweislich interventionsärmer, was den Erwartungen von Migrantinnen entsprechen könnte.

Über die Gründe für diese lückenhafte Einbindung kann nur spekuliert werden. Zum einen wird vermutet, dass die herkömmlichen Gesundheitsversorger, die Betreuerinnen und Betreuer sowie die Gesundheitsfachpersonen in den Asylunterkünften selbst zu wenig Informationen haben, dass z. B. nicht bekannt ist, welche Kompetenzen frei praktizierende Hebammen oder Mütter- und Väter-Beratungsstellen haben, weshalb das Personal in den Unterkünften sie den Frauen nicht weiterempfiehlt. Ein weiterer Grund könnte auch darin liegen, dass Personen, die diese Angebote durchführen, selbst an Grenzen im Gesundheitssystem stossen, weil

- das Aufsuchen dieser Frauen in den Unterkünften mit strukturellen Hürden verbunden ist (z. B. Erreichbarkeit der Unterkünfte auf dem Land, fehlende Spontanmeldungen betreffend Schwangeren oder Wöchnerinnen durch die Unterkünfte selbst, fehlende Finanzierung von Dolmetschdiensten für ambulante Tätigkeit) und
- dadurch verhindert oder erschwert wird, dass eine Frau von einer ihr bekannten Person – wenn möglich weiblichen Geschlechts – betreut wird
- gesundheitsrelevante Daten bei einem Transfer der asylsuchenden Frau in andere Unterkünfte oder in die eigene Wohnung in der Gemeinde in der Regel nicht umfassend übermittelt werden.

6.2 Der Kanton Waadt: Ein Vorbildmodell für die Gesundheitsversorgung vulnerabler Patientinnengruppen

Ein Vorbildmodell für eine bedürfnisgerechte Betreuung von Asylsuchenden bietet das Zentrum für vulnerable Bevölkerungsgruppen der medizinischen Universitätspoliklinik des Kantons Waadt (Bodenmann, 2016; Bodenmann et al., 2014). Den Asylunterkünften stehen zentrale Gesundheitsdienste zur Verfügung, die von Pflegefachpersonen geleitet werden (siehe Kapitel 5.2.1.2 (Seite 45). Die Pflegefachpersonen führen die Erstanamnesen durch und betreuen Asylsuchende nach den Prinzipien des Case Managements und vermitteln sie bei Bedarf vor allem an die in einem Netzwerk organisierten Primärversorger weiter (Hausärztinnen und -ärzte, Pädiater, Psychiaterinnen). Dolmetschdienste sind bei der Betreuung garantiert und werden vom Kanton finanziert. Im Gegensatz zum dezentralen Versorgungsmodell im Kanton Bern funktioniert in diesem zentralen Modell der Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren.

Das Zentrum verfügt zudem über eine mobile Einheit, die aufsuchende Arbeit in Asylunterkünften leisten kann. Allerdings sind auch in diesem vorbildlichen Modell Brüche in der perinatalen Versorgung von Frauen zu verzeichnen. Gynäkologinnen und Gynäkologen sind als spezialisierte Dienste dem Netzwerk nicht angeschlossen, auch nehmen frei praktizierende Hebammen, die aufsuchende Dienste in den Asylunterkünften anbieten, nicht systematisch Rücksprache mit dem zentralen Gesundheitsdienst; auch die Frauenklinik des Universitätsspitals CHUV ist nicht in das Netzwerk eingebunden. Obwohl das Modell im Kanton Waadt Vorbildcharakter für die Versorgung vulnerabler Patientinnen und Patienten hat und nah daran ist, für die Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten eine medizinische Subspezialisierung zu etablieren, ist eine perinatale Versorgungslücke gerade bei asylsuchenden Frauen evident. Es müsste überlegt werden, ob in einem adaptierten Modell Hebammen als Case Managerinnen für die perinatale Versorgung fungieren könnten. Innovative Modelle wie im Kanton Waadt sollten nach einer Adaptation hinsichtlich der perinatalen Betreuung asylsuchender Frauen auf ihre Wirkung bezüglich der Versorgungsprozesse und der Patientenergebnisse evaluiert werden.

6.3 Familienplanung

Kontrazeptiva werden von den Krankenkassen nicht übernommen. Der Zugang zur Verhütung ist je nach Kanton unterschiedlich geregelt oder muss über Fachstellen und in schwerwiegenden Fällen, wenn möglich, über private Notfonds selbst finanziert werden (Santé Sexuelle Suisse, 2017). Der ungehinderte Zugang zu Verhütungsmitteln ist für asylsuchende Frauen stark begrenzt. Dadurch wird die Wahlfreiheit von asylsuchenden Frauen bezüglich ihrer sexuellen Gesundheit eingeschränkt. In den Asylunterkünften stehen zwar kostenlos Kondome zur Verfügung, es ist aber bekannt, dass die Abgabe von Kondomen die Frauen abhängig macht von ihren Männern. Demzufolge wird in der Schweiz der Zugang zu Kontrazeptiva, die durch Frauen selbstbestimmt angewendet werden könnten, aufgrund einer unzureichenden Finanzierung erschwert. Die Studie macht zudem deutlich, dass über die Präferenzen von asylsuchenden Frauen bezüglich der von ihnen akzeptierten Verhütungsmethoden wenig bekannt ist, da für die Verschreibung und Abgabe der Pille nicht frei wählbare Gynäkologinnen und Gynäkologen aus der Region zuständig sind. Diese Gesundheitspolitik zeigt Folgen: Die Rate von Schwangerschaftsabbrüchen ist in der Schweiz bei asylsuchenden Frauen ein deutlich prävalenteres Problem, das 2,5 Mal höher ist als in der übrigen Bevölkerung (Kurth et al., 2010). Paradoxerweise werden Schwangerschaftsabbrüche von den Krankenkassen vergütet, was als ein deutlicher Fehlanreiz des Systems zu bezeichnen ist. Hervorzuheben sind die kostenlosen Informationsangebote zur sexuellen Gesundheit der Aids-Hilfe Schweiz, die die Kurse auch mit Dolmetschdiensten anbietet und bei Asylsuchenden gemäss Aussagen der Betreuungspersonen auf eine sehr gute Resonanz stossen.

Dieser eingeschränkte Zugang zur selbstbestimmten Familienplanung steht im Widerspruch zu internationalen Vereinbarungen (UN_Women, 1995), wonach alle Frauen einen uneingeschränkten Anspruch auf das Grundrecht der sexuellen und reproduktiven Gesundheit haben, was insbesondere auch für geflüchtete Frauen gilt.

6.4 Schwangerschaftsvorsorge

Bei einer vorliegenden Schwangerschaft wird eine Regelversorgung entweder bei einer Erstversorgungsärztin, bei einem in der Region niedergelassenen Gynäkologen oder im stationären Setting garantiert, wobei darauf geachtet wird, dass schwangere Frauen nach einer Vergewaltigung oder genitalen Beschneidung in einer Spezialsprechstunde von einer Frau betreut werden, z. B. in der universitären Frauenklinik. Die vorliegende Studie gibt Hinweise, dass den bekannten deutlich höheren geburtshilflichen Risiken von Migrantinnen (Gibson-Helm et al., 2014; Merten et al., 2007; United Nations Refugee Agency, 2016; Yelland et al., 2015) insbesondere von asylsuchenden Frauen in der Standardversorgung keine besondere Aufmerksamkeit geschenkt wird. Auch in der Schwangerenvorsorge werden Dienste von frei praktizierenden Hebammen kaum in Anspruch genommen. Es wird vermutet, dass Frauen über die Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Formen der Schwangerenvorsorge (Arzt oder hebammengeleitete Schwangerenvorsorge) nicht informiert werden. In ihrer integrativen Review zur antenatalen Versorgung sozial benachteiligter Frauen deuten die Autorinnen (Origlia et al., 2017) genau auf dieses Phänomen der Vorenthaltung alternativer Betreuungsmodelle hin. Gerade Frauen, die von frauenzentrierten und auf ihre Bedürfnisse adäquat eingehenden Modellen profitieren könnten, profitieren aufgrund fehlender Informationen von Fachpersonen und daraus resultierender Unkenntnis des Gesundheitssystems nicht von diesen Modellen. In den Interviews dieser Studie wird die Einschränkung der Wahlmöglichkeit damit begründet, dass die Frauen mit der Wahl zwischen den Modellen überfordert wären oder keine besonderen Bedürfnisse äussern würden. Diese fehlenden besonderen Bedürfnisse stehen im Widerspruch zu den Ergebnissen der Genfer Studie (Goguikian Ratcliff et al., 2015), die bei rund einem Drittel der Stichprobe, die aus Migrantinnen mit einem temporären Aufenthaltsstatus bestand, einen hohen Score-Wert für stressbedingte, antenatale Depressionen eruieren konnte. Die Autorinnen postulieren die Notwendigkeit einer frühen und systematischen Erfassung der geburtshilflichen Risiken – insbesondere im psychosozialen Bereich – dieser Frauen. Die mangelnde Kenntnis des schweizerischen Gesundheitssystems erschwert es den betroffenen Frauen, zu erkennen, mit welchen Anliegen sie sich an welche Fachpersonen wenden könnten (Origlia Ikhilor et al., 2017). Die Ergebnisse der aktuellen Studie weisen zudem darauf hin, dass die Anzahl der Arzttermine, die es im Kontext der Schwangerenvorsorge wahrzunehmen

gilt, aber auch die grundsätzlich interventionsreichen Untersuchungen die Frauen erschrecken, oder dass die Schwangeren all dies zumindest als ungewöhnlich empfinden. Dieses Ergebnis deckt sich mit den jüngst erzielten Erkenntnissen der BRIDGE-Studie (Origlia Ikhilor et al., 2017). Im Rahmen dieser Studie äusserten allophone Migrantinnen mit Asylstatus oder mit einer Niederlassungsbewilligung, dass das Versorgungsangebot mit der Überflutung an Informationen sich wenig an ihren Bedürfnissen orientiere und dass sie sich eine deutlich weniger invasive geburtshilfliche Begleitung wünschten.

6.4.1 Geburtsvorbereitung und Geburt

Kultursensible Geburtsvorbereitungskurse, wie sie im Kanton Bern vom Verein Mamamundo (Wyssmüller & Hurni, 2017) und von der Organisation PanMilar im Kanton Waadt angeboten werden, gelten als bedeutsame Interventionen, um den Gesundheitsstatus und die Integration von Migrantinnen zu verbessern (Tschirren, 2017). Um die Frauen in den Unterkünften zu erreichen, ist gemäss mündlicher Aussage von Doris Wyssmüller, Co-Geschäftsführerin von Mamamundo ein extrem hoher zeitlicher und administrativer Aufwand nötig (mündliche Mitteilung der Co-Geschäftsführerin Doris Wyssmüller, 2017). Die Kurse von Mamamundo werden in der Stadt Bern abgehalten. Für Frauen in ländlichen Unterkünften ist die Stadt jedoch nur schwer zu erreichen. Auch hier wären neue Modelle für solche präventiven und auf die besonderen Bedürfnisse dieser Frauen zugeschnittenen Angebote zu überlegen. So könnten mobile, frei praktizierende Hebammenteams in den Asylunterkünften Geburtsvorbereitungskurse oder Informationsveranstaltungen zu den Themen Schwangerenvorsorge und Geburt anbieten und mit diesen Dienstleistungen eine verbesserte Gesundheits- und Systemkompetenz der Frauen erzielen.

Die Arzt- und Hebammengeburt im Spital ist das Standardmodell, das den asylsuchenden Frauen angeboten wird. Dieses Angebot scheint für asylsuchende Frauen und Migrantinnen mit einem hohen Status und mit Sicherheit assoziiert zu sein. Diesem Eindruck widersprechen jedoch Studien, die beschreiben, dass in der Schweiz – trotz hochspezialisierter, perinataler Versorgung – die mütterlichen und kindlichen geburtshilflichen Outcomes von Migrantinnen deutlich schlechter ausfallen (Bollini et al., 2007; Goguikian Ratcliff et al., 2015; Merten, 2013). Deshalb muss in eine umfassende und bedürfnisgerechte Schwangerenvorsorge für Asylsuchende investiert werden, um deren geburtshilfliche Ergebnisse zu verbessern.

Dolmetschdienste werden auch während der Geburt nicht standardmässig eingesetzt und sind nur für geburtshilfliche Notfälle vorgesehen. In Notfällen wird auf Telefondolmetscher-Dienste zurückgegriffen, wobei diese sowohl hilfreich als auch problematisch sein können, da ein Notfall per se mit einer hohen Komplexität und emotionalen Belastung verbunden ist (Origlia Ikhilor et al., 2017).

6.4.2 Wochenbett und Säuglingspflege

Es ist hervorzuheben, dass in den Asylunterkünften für Frauen/Familien nach der Geburt des Kindes alles unternommen wird, um eine Privatsphäre in Form eines Familienzimmers zu ermöglichen. Die Familien erhalten auch ein „Erstausstattungspaket“ mit Hilfsmitteln für die Säuglingspflege oder einen kostenlosen Kinderwagen. Die Säuglinge werden im Rahmen der pädiatrischen Regelversorgung kontrolliert und behandelt (z. B. Impfungen). In einzelnen Unterkünften werden punktuell frei praktizierende Hebammen sowie Väter- und Mütter-Beraterinnen beigezogen, die sich um die Nachkontrollen und -behandlung der Wöchnerin kümmern. Die Befragten machten keine Angaben darüber, wie postpartale geburtshilfliche Risiken (z. B. postpartale Depressionen, Schmerzen im Genitalbereich bei Geburten nach einer Beschneidung) bei Frauen systematisch erhoben werden, deren Risiken eindeutig belegt sind (Goguikian Ratcliff et al., 2015). Auffallend ist, dass keine der Asylunterkünfte mit Informationsmaterialien arbeiten, die ohne Sprache auskommen, so z. B. mit der Stillbroschüre ohne Worte (Deutscher Hebammenverband e.V., 2017).

In den Resultaten fällt die hohe Anzahl alleinstehender Frauen auf, die sogar den grössten Teil (zwei Drittel) der Frauen in den untersuchten Asylunterkünften ausmachen. Sind diese Frauen schwanger und gebären ihr Kind im Spital, ist davon auszugehen, dass sie danach in der Asylunterkunft bei allen Haushalts- und Betreuungsaufgaben auf sich alleine gestellt sind und darum auch keine Kurse, wie z. B. Deutschkurse, besuchen können. Darum sind alleinstehende Frauen mehrfach belastet. Zum Teil wird in den Interviews darauf hingewiesen, dass die Frauen mit der Erziehung ihrer Kinder überfordert zu sein schienen, zumal Kindern in den Heimatländern der Frauen viel Freiraum im und um das Haus gegeben wird, ohne dass sie kontinuierlich von Erwachsenen kontrolliert werden. Dieser Usus kann in den Asylunterkünften nicht zum Tragen kommen; die Frauen müssen sich hier auf die für sie neue Betreuungsaufgaben einlassen können und diese auch erlernen.

6.4.3 Phänomen der geschlechtsspezifischen Gewalt

Frauen erleben sexualisierte Gewalt im Heimatland oder auf der Flucht (Büchler, 2016; United Nations Refugee Agency, 2016). Dabei erhalten sie auf der Flucht oder in Flüchtlingscamps wegen ihrer Illegalität keinen polizeilichen bzw. gesetzlichen Schutz der Staaten, in denen sie sich illegal aufhalten, die sie durchqueren oder in welchen sie sich temporär aufhalten. Es zeigt sich, dass bei allen Interviewpartnerinnen ein Bewusstsein für das hohe Risiko an erlittener geschlechterspezifischer Gewalt auf der Flucht vorhanden ist. Analog zur Studie von Ouyang (Ouyang, 2013) bestätigt sich allerdings auch in dieser Untersuchung, dass dem Thema der geschlechtsspezifischen Gewalt im Rahmen der Regelversorgung ein marginaler Platz eingeräumt wird. Betroffene Frauen sprechen vor Scham und vor Angst vor Stigmatisierung nicht über solche schwer traumatisierenden Erfahrungen. Auf der anderen Seite zeigten sich Betreuungs- wie auch Gesundheitsfachpersonen überfordert, wenn es darum ging, die Frauen zu diesen Erfahrungen zu befragen, vor allem betonten sie, dazu nicht genügend geschult zu sein. Die Situation der Frauen wie auch jene der Betreuerinnen und Betreuer ist von Sprachlosigkeit geprägt. Es fehlen spezialisierte Beratungsangebote und Programme, die von unabhängigen geschulten Personen durchgeführt werden und es den Frauen ermöglichen würden, in einer Atmosphäre des Vertrauens und des Schutzes über erlittene sexuelle Gewalt zu berichten (Ouyang, 2013). Abgesehen von der fehlenden psychosozialen Unterstützung ist es höchst fraglich, wie mögliche gesundheitsrelevante Langzeitfolgen von Vergewaltigungen (z. B. Hepatitis, HIV) untersucht, diagnostiziert und letztlich behandelt werden können. Frauen, die in ihren Ursprungsländern und auf der Flucht traumatisierende Erfahrungen machten, haben besondere physische und psychische Bedürfnisse, denen in der reproduktiven Gesundheitsversorgung eine hohe Aufmerksamkeit zukommen sollte (Gagnon & Redden, 2016; Goguikian Ratcliff et al., 2015). Das Austragen und Gebären eines Kindes, welches bei einer Vergewaltigung entstanden ist, kann Frauen in grosse Dilemmata und Nöte bringen und zu einer Retraumatisierung führen.

Demzufolge muss hier von einer systematischen Unterversorgung mit schwerwiegenden Folgen für die betroffenen Frauen gesprochen werden. Dieser Zustand kann als schwelendes Problem bezeichnet werden, das dazu führt, dass Traumabehandlungen und Therapien für somatische Folgeerkrankungen unterlassen werden.

Anders stellt sich die Situation der geschlechtsspezifischen Gewalt in den Unterkünften selbst dar. Gewalt gegenüber Frauen und Kindern, gelegentlich auch gegenüber Männern, wird nicht toleriert und streng geahndet. Die Sanktionen reichen bis zum Aussprechen von Hausverboten für die Täter oder zum Einreichen von Strafanzeigen. Alle Unterkünfte verfügen über geschlechtergetrennte Schlafzimmer, einzelne auch über geschlechtergetrennte Aufenthaltsräume. Etwa die Hälfte der Toiletten sind geschlechtergetrennt. Bei den Duschen ist das Verhältnis etwas schlechter. Diese geschlechtergetrennte Infrastruktur hilft vermutlich, sexuellen Übergriffen in den Unterkünften vorzubeugen. Die Schweiz scheint in Bezug auf die geschlechtergetrennte Einrichtung von Asylunterkünften und die damit verbundene Vorbeugung von geschlechtsspezifischer Gewalt weiter entwickelt zu sein als etwa Deutschland, wie entsprechende Berichte belegen (Rabe, 2015). Allerdings muss hervorgehoben werden, dass das Verhältnis zwischen geschlechtergetrennten und gemeinsam genutzten Duschen/Nasszellen auch in den untersuchten Unterkünften erhöht werden sollte. Eine an dieser Studie beteiligte Unterkunft verfügt über keine getrennten sanitären Anlagen. Vor allem bei Frauen, die Opfer sexueller oder häuslicher Gewalt oder geschlechtsspezifischer Ausbeutung wurden, kann das Zusammenleben mit Männern auf engstem Raum Unsicherheiten auslösen, die dazu führen, dass diese Frauen sich fast nur noch in ihren Zimmern aufhalten und sich auch nicht getrauen, nachts die Toiletten aufzusuchen (Büchler 2016).

6.4.4 Stärken und Limitationen

Eine Stärke dieser Studie besteht darin, dass die Erhebung in den kantonalen Unterkünften und in zwei vom Bund betriebenen Erstaufnahme- und Versorgungszentren alle Landesteile umfasst. Die Berücksichtigung des Kantons Waadt mit seiner vorbildlichen und innovativen Gesundheitsversorgung für vulnerable Populationen stellt eine weitere Stärke der Studie dar. Obwohl insgesamt acht Asylunterkünfte untersucht wurden, ist die Studie für die Schweiz nur begrenzt repräsentativ, weil in den kantonalen Unterkünften aufgrund des föderalistischen Gesundheitssystems von unterschiedlichen Versorgungskonzepten ausgegangen werden muss. Eine weitere Limitation ist, dass in dieser Studie die Stimme betroffener asylsuchender Frauen fehlt. Unsere Ergebnisse beruhen lediglich auf der Perspektive von Betreuerinnen bzw. Betreuern und von Gesundheitsfachpersonen der Asylunterkünfte. Die Sichtweisen betroffener asylsuchender Frauen zu erheben wäre sehr wichtig, stellt aber eine grosse Herausforde-

rung dar. Sprachliche Hürden, eine sensible Vorgehensweise bei der Rekrutierung von Teilnehmerinnen einer Studie, die Probleme von Scham, Angst und Tabu sowie der sozial erwünschten Antworten in einer von einem hängigen Asylverfahren geprägten Situation müssten dabei angegangen und bewältigt werden.

7 Schlussfolgerungen

Aus der Studie kann gefolgert werden, dass in keinem der untersuchten Kantone von einem ausreichenden Verständnis für die Problematik der besonderen Situation geflüchteter Frauen und ihrer Säuglinge ausgegangen werden kann. Im Kanton Waadt sind leider die Gynäkologinnen und Gynäkologen dem Netzwerk nicht angeschlossen, was das innovative Modell für die adäquate Versorgung asylsuchender Frauen schwächt. Der eingeschränkte Zugang zu Massnahmen der Familienplanung (Kapitel 5.2.3, Seite 55), die extrem limitierte Sprachverständigung durch nicht finanzierte Dolmetschdienste bei Angeboten der Primärversorgung (Hausarzt, Gynäkologin oder Psychiater) bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, die fehlende Koordination von Fachpersonen (vor allem im Modell des Kantons Bern) sowie die sehr limitierte Inanspruchnahme von Traumabehandlungen (da erlebte Gewalterfahrungen nicht thematisiert werden), lassen vermuten, dass der Komplexität vieler Situationen, in denen sich geflüchtete und asylsuchende Frauen befinden, durch die standardisierte Regelversorgung nicht adäquat begegnet wird. Wie von der internationalen Frauenflüchtlingskommission festgestellt (Womens Refugee Commission, 2016), fallen auch in der Schweiz asylsuchende Frauen und Mädchen mit ihren zum Teil traumatischen Erfahrungen und sehr spezifischen und diversen Bedürfnissen durch das Raster der Gesundheitsversorgung. Die Qualität der perinatalen Behandlungsprozesse dieser hochgradig vulnerablen Population sollte dahingehend optimiert werden, dass auch nichtärztliche Gesundheitsdienste, zu denen frei praktizierende Hebammen, Mütter- und Väterberaterinnen sowie die Kinderspitex gehören, aber auch stationäre Einrichtungen der perinatalen Versorgung in ein Gesundheitsnetzwerk eingebunden werden. Es sind beispielsweise Versorgungsmodelle zu überprüfen, in welchen Hebammen, die Frauen im stationären Setting versorgt haben, auch eine aufsuchende ambulante Pflege in den Asylunterkünften ermöglichen. Damit wäre eine Betreuungskontinuität gewährleistet, die den in den Interviews deutlich zum Ausdruck gekommenen Vertrauensaufbau zwischen den asylsuchenden Frauen und der Gesundheitsfachperson ermöglichen würden. Präventiven Angeboten, z. B. Geburtsvorbereitungskursen in der Muttersprache, muss mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Durch solche Kurse gewinnen asylsuchende Frauen an Gesundheitskompetenz, denn sie erhalten eine adressatengerechte Information. Und nicht nur das: Sie gewinnen auch an Selbstvertrauen, was es ihnen erleichtert, die Zeit der Geburt und das erste Lebensjahr mit ihrem Säugling zu bewältigen. Es sollten möglichst flächende-

ckende, niederschwellige Case-Management-Angebote aufgebaut werden, die Brüche in der Gesundheitsversorgung reduzieren. Auf diese Weise könnten Drehtüreffekte im stationären Setting und das Aufsuchen von kostenintensiven Notfallsprechstunden verringert werden. Die Situation verlangt nach einer umfassenden Veränderung der perinatalen Versorgung von Frauen und ihren Säuglingen – sowie nach einer näheren Beschreibung der spezifischen Bedürfnisse dieser Frauen und ihrer Kinder. Dazu braucht es flexible, aufsuchende und niederschwellige Ansätze, einerseits um der Heterogenität asylsuchender Frauen mit ihren spezifischen Bedürfnissen gerecht zu werden, andererseits um die geburtshilflichen Outcomes dieser Frauen zu verbessern.

8 Empfehlungen

Asylsuchende Frauen und ihre Kinder stellen in der Gesundheitsversorgung eine besonders vulnerable Gruppe dar. Lange und entbehrungsreiche Fluchterfahrungen mit einem hohen Risiko, sexueller Gewalt ausgesetzt zu sein, sind für diese Frauen charakteristisch. Auseinandergerissene soziale und familiäre Strukturen, fehlende Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems, sprachliche Barrieren, eingeschränkte Eigenressourcen, sozio-kulturelle Spezifika (z. B. genitale Verstümmelung, ungenügende Kenntnisse über Schwangerschaft oder Säuglingspflege) sowie der unsichere Aufenthaltsstatus sind nur einige der existierenden Probleme, die an die hiesige reproduktive und sexuelle Gesundheitsversorgung herangetragen werden. Die politischen Behörden sind gefordert, Massnahmen für eine adäquate und innovative Gesundheitsversorgung, insbesondere im Präventionsbereich, zu entwickeln und zu implementieren, die den besonderen Bedürfnissen dieser Zielpopulation gerecht werden. Dafür braucht es entsprechende rechtliche Bedingungen. Fachgesellschaften sollten sich überlegen, eine neue Fachspezialisierung „Gesundheit und Migration“ zu entwickeln und dazu neue Studiengänge zu implementieren.

Die Bildungsinstitutionen für Medizin, Pflege und Hebammen sind aufgefordert, zeitgemässe Curricula einzuführen, die der sozio-kulturellen Diversität unserer Gesellschaft gerecht werden. Absolventinnen und Absolventen dieser Ausbildungsgänge sollten im Rahmen dieser Curricula auf die besonderen Gesundheitsbedürfnisse von Menschen nach Flucht und Migration, insbesondere im Bereich „Mutter-Kind-Gesundheit“, sensibilisiert werden. Auch sollte ihnen das nötige Wissen und das Instrumentarium vermittelt werden, damit sie mit der sozio-kulturellen und gesundheitsbezogenen Vielfalt unserer Gesellschaft adäquat umgehen können. Insgesamt kann ein hoher Bedarf an Qualifizierung und Sensibilisierung, eine starke Vernetzung der Leistungserbringer sowie eine Konzeptentwicklung für die integrierte Gesundheitsversorgung asylsuchender Frauen postuliert werden.

> *„On a vraiment intérêt pour ces populations à travailler le plus possible avec des gens qui sont spécialisés en migration, j’ai envie de dire, c’est presque une spécialité médicale.”*
> *(Auszug Interview 5)*

1. Kontinuierliche reproduktive Gesundheitsversorgung von asylsuchenden Frauen durch die Sensibilisierung der Gesundheitsversorger gewährleisten

Die derzeitige reproduktive Regelversorgung von asylsuchenden Frauen ist ortsübergreifend (Erstaufnahmezentrum – kantonale Asylunterkunft – Gemeinde) und versorgungsübergreifend (zwischen Betreuerinnen/Betreuern oder internen Gesundheitsdiensten der Asylunterkunft und externen Gesundheitsfachpersonen, sowie generell unter externen Gesundheitsfachpersonen) von vielen Brüchen mit einem inhärenten Verlust an medizinischen Daten und Informationen über Behandlungsverläufe gekennzeichnet. Daher kann nicht von einer qualitätssichernden Betreuungskontinuität, weder zwischen verschiedenen Leistungserbringern noch ortsübergreifend, ausgegangen werden. Bei asylsuchenden Frauen in der reproduktiven Phase mit nachweislich schwerwiegenden Gesundheitsproblemen und hohen Risiken bezüglich geburtshilflicher Outcomes (z. B. erhöhte Müttersterblichkeit), ist dieser Befund aus der Versorgungsperspektive als problematisch zu bezeichnen. Die vielfältigen Versorgungsbrüche ziehen vermutlich zahlreiche Folgeprobleme und insbesondere Kosten (z. B. für Mehrfachanamnesen, Mehrfachdiagnosen, mehrfache Anstrengungen) nach sich. Diese setzen asylsuchende Frauen grundsätzlich vermeidbaren Erkrankungen und geburtshilflichen Risiken sowie der Gefahr einer Chronifizierung somatischer und psychischer Erkrankungen aus, wenn diese zu spät erkannt werden.

Es wird vermutet, dass die herkömmlichen Regelversorger nicht über genügende Kenntnisse über spezifische Risiken und Bedürfnisse dieser Zielgruppe verfügen.

Die Kantone sollten zur Gegensteuerung Konzepte der integrierten Versorgung entwickeln und Primärversorgern Weiterbildungen anbieten, die deren Kompetenzen im Umgang mit der Zielgruppe erweitern, sowie eine verstärkte Orientierung an den Gesundheitsbedürfnissen asylsuchender Frauen gewährleistet. Bei diesen Bestrebungen ist auf eine Koordination unter den Kantonen zu achten. **Der Bund** soll den Wissenstransfer zwischen den Kantonen sowie die Sensibilisierung der Fachpersonen fördern und unterstützen.

2. Innovative Modelle der integrierten Gesundheitsversorgung implementieren

Kantone sollen in ihrer Versorgungsplanung die Entwicklung und Implementierung innovativer niederschwelliger Versorgungsmodelle, analog zum Kanton Waadt, überprüfen, wobei auch Dienstleistungen von Gynäkologinnen/ Gynäkologen in bestehende Versorgungsnetzwerke einzubinden sind. Um einen bereichsübergreifenden, integrierten Versorgungsprozess zu garantieren, sind „Behandlungssilos" aufzubrechen und zu vermeiden. In innovativen Modellen ist zudem dringend zu gewährleisten, dass nicht ärztliche Leistungserbringer mit niederschwelligen, präventiven Vorgehensweisen im gleichen Umfang wie die verschiedenen medizinischen Fachbereiche in die Regelversorgung und in Versorgungsnetzwerke eingebunden werden (siehe Empfehlung 3). In der Entwicklung präventiver Versorgungsangebote sind Modelle mit mobilen Einheiten zu prüfen, vor allem für ländlich gelegene Asylunterkünfte.

3. Nicht ärztliches Gesundheitspersonal systematisch einbinden und die präventiven Aufgaben stärken

Die Gesundheitsversorgung asylsuchender Frauen und ihrer Säuglinge könnte kostengünstig durch bereits bestehende Angebote nicht ärztlicher Leistungserbringern (Hebammen, Mütter- und Väterberaterinnen etc.) verbessert werden, die bisher nur marginal in die Versorgung eingebunden sind. Besonders problematisch in der bisherigen Versorgung erscheint, dass Frauen nach einer Geburt keine Versorgung durch eine aufsuchende Hebamme zukommt, ein Angebot, das von einheimischen Frauen in Anspruch genommen wird und Teil des Leistungskatalogs der Krankengrundversicherung ist. **Der Bund** und die **kantonalen Gesundheitsdirektionen** sollen in ihrer Versorgungsplanung für asylsuchende Frauen und ihre Säuglinge prüfen, wie Hebammen, Mütter- und Väter-Beraterinnen, Stillberaterinnen und Kinderspitex für die aufsuchende, ambulante Primärversorgung in Asylunterkünften oder kollektiven Gesundheitszentren wie im Kanton Waadt systematisch einbezogen werden können. Diese Leistungen sollen einen starken informativen, prä-

ventiven, familienzentrierten und niederschwelligen Charakter haben (z. B. spezifische Geburtsvorbereitungskurse für Migrantinnen), auf die besonderen Gesundheitsbedürfnisse dieser Zielgruppe zugeschnitten sein, Betreuungskontinuität gewährleisten sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern garantieren. Dabei sollte der psychischen Verfassung asylsuchender Frauen mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Der psychische Zustand sollte im Verlauf des Betreuungsprozesses durch Hebammen mehrmals systematisch erfasst und dokumentiert werden. Bei Auffälligkeiten haben entsprechende Überweisungen zu Fachärztinnen und -ärzten zu erfolgen.

Medizinische Leistungserbringer wie z. B. behandelnde Spitäler und private Gynäkologinnen/Gynäkologen klären Frauen über aufsuchende Angebote auf und übermitteln mit Zustimmung der Frau die Kontaktdaten an die aufsuchenden Leistungserbringer. **Das Staatssekretariat für Migration und die Kantone** sollten im Rahmen ihrer Verantwortung für die Gesundheitsversorgung von asylsuchenden Frauen aktiv präventive Angebote zur Verbesserung der reproduktiven Gesundheit vorsehen.

4. Den Gesundheitszustand von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen mit Säuglingen mit Asylstatus standardisiert erfassen

Der Bund und die **Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren** sollten die Entwicklung und Einführung einer standardisierten und qualitätssichernden Datengrundlage fördern, die der Erfassung der besonderen Gesundheitsbedürfnisse sowie des Gesundheits-/Krankheitszustandes von asylsuchenden Frauen im reproduktiven Alter und ihren Neugeborenen/Säuglingen dient (sogenanntes Minimum Data Set). Dazu können diese politischen Behörden Fachgesellschaften wie die Schweizerische Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie, die Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie, die Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie sowie den Schweizerischen Hebammenverband dazu mandatieren, die Anforderungen an ein Minimum Data Set zu definieren. Die Resultate aus diesem Monitoring sollten regelmässig im Rahmen von Qualitätsaudits überprüft und publiziert werden.

5. Grundrecht auf Familienplanung und kostenlosen Zugang zu selbstbestimmter Kontrazeption sichern

Die Kantone und Gemeinden sollten asylsuchenden Frauen einen ungehinderten und niederschwelligen Zugang zu Information, Beratung und Aufklärung im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sowie zu Verhütungsangeboten ermöglichen. Bei Letzteren sollen Massnahmen im Vordergrund stehen, die eine sichere und selbstbestimmte Verhütung gewährleisten (Pille, Kupferspirale). In der Familienplanung sind innovative Beratungsangebote wie z. B. Gruppenberatungen Einzelberatungen vorzuziehen, damit die Frauen sich gegenseitig austauschen und unterstützen können. Diese Gruppenangebote sollten von Fachpersonen in Zusammenarbeit mit Dolmetschdiensten angeboten werden.

6. Gesundheitskompetenz und Kenntnis des schweizerischen Gesundheitssystems fördern; Wahlmöglichkeit für verschiedene geburtshilfliche Versorgungsmodelle sicherstellen

Träger und Betreiber von Asylunterkünften sollten aufgefordert werden, enger mit frei praktizierenden Hebammen, Mütter- und Väterberaterinnen und Stillberaterinnen für die perinatale Vor- und Nachsorge zusammenzuarbeiten. Diese Zusammenarbeit sollte auch in die Entwicklung von Kursangeboten münden, die für Frauen in den Asylunterkünften angeboten werden. Es soll überlegt werden, ob Frauen in Asylunterkünften mit einem Gutscheinheft versorgt werden können, das ihnen Zugang zu Kursen (z. B. Geburtsvorbereitung, Kurse in Säuglingsernährung und -pflege) gewährleistet. Frauen in Asylunterkünften sollten im Rahmen von Gruppenveranstaltungen mit spezifischen Informationen zur reproduktiven Gesundheit und zur frühen Kindheit (insbesondere Säuglingspflege) sowie zu den verschiedenen Geburtsmodellen (Beleghebammengeburt, hebammengeleitete Geburt im Spital, aufsuchende Schwangerenvorsorge und Wochenbettbetreuung in der Asylunterkunft) informiert werden. Dabei ist auf den Beizug von Dolmetschdiensten zu

achten. Zur Unterstützung des Verständnisses sollte auf einen nicht sprachlichen Zugang geachtet werden (z. B. die „Stillbroschüre ohne Worte“ oder „Breast is Best“).

Asylsuchenden Frauen sollte der Zugang zu präventiven Geburtsvorbereitungsangeboten, wie die im Kanton Bern von Mamamundo und im Kanton Waadt von PanMilar betriebenen Kurse mit Dolmetschdiensten, als Regelangebot ermöglicht werden.

7. Alleinstehende Frauen mit Kindern darin unterstützen, präventive Angebote der sexuellen und reproduktiven Gesundheitsversorgung zu nutzen

Der Bund und die kantonalen Migrationsdienste sollten den Betreibern von Asylunterkünften finanzielle Mittel zur Verfügung stellen, um Entlastungsangebote wie strukturierte Kinderhütedienste für alleinstehende asylsuchende Mütter zu implementieren. Diese Entlastungsangebote würden es diesen Frauen ermöglichen, Sprachkurse zu besuchen, eine wichtige Voraussetzung, um Systemkenntnisse zu erwerben, sowie von präventiven Gesundheitsangeboten (z. B. Geburtsvorbereitungskurse für Migrantinnen, Beratungen für traumatisierte Frauen, Spezialsprechstunden für beschnittene Frauen) Gebrauch zu machen. Diese Entlastungsangebote verringern die Exklusion alleinstehender asylsuchender Mütter von präventiven Gesundheitsangeboten, mindern die Diskriminierung dieser Frauen und tragen zu ihrer Integration in die Gesellschaft bei. Wo möglich sollten Freiwilligendienste besser in die Betreuung von Kleinkindern alleinstehender Mütter eingebunden werden.

8. Interkulturelles Dolmetschen in der geburtshilflichen Versorgung finanziell regeln und sicherstellen

Der Verzicht auf professionelles Dolmetschen in der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden in gewissen Kantonen schränkt die Wahlmöglichkeit und Selbstbestimmung allophoner, asylsuchender Frauen ein. Eine komplexe, ethisch anspruchsvolle Beratung und Aufklärung (z. B. Schwangerschaftsabbruch oder Besprechung des Geburtsmodus bei beschnittenen Frauen) ist auch bei inländischen Patientinnen eine hohe Herausforderung. Bei allophonen Frauen ist diese Herausforderung für Fachpersonen ungleich grösser. Aus diesem Grund stützen wir uns hier auf folgende Empfehlung aus der BRIDGE-Studie (Origlia Ikhilor et al., 2017).

„Um Sprachbarrieren adäquat zu begegnen und um eine bedarfsgerechte Beratung und Behandlung zu ermöglichen, braucht es qualifizierte Dolmetscherleistungen. Nur durch eine gesicherte Verständigung kann die rechtlich erforderliche informierte Einwilligung in die Behandlung bei den allophonen Migrantinnen eingeholt werden. Interkulturelles Dolmetschen sollte in den Leistungskatalog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aufgenommen werden und muss in allen Kantonen flächendeckend und gleichermassen für stationäre und ambulante Bereiche verfügbar sein.

In erster Linie ist die Politik gefordert, Rahmenbedingungen für ein, Recht auf Verständigung' zu schaffen. Fachgesellschaften und –verbände im Gesundheits- und Medizinbereich sind gefordert, die Umsetzung dieser Empfehlung zu unterstützen. Bis die politischen Weichen gestellt sind, braucht es Übergangslösungen. Während die Gesundheitsinstitutionen aufgefordert sind, aktiv nach Finanzierungsmöglichkeiten zu suchen, sollten Kantone, Gemeinden oder Non-Profit-Organisationen Dolmetscherleistungen unbürokratisch entgelten."

Der Bund und die Kantone sollen alternativ zu Dolmetschdiensten vor Ort den Einsatz flexibler Dolmetschermodelle mittels Telefon- oder Videodolmetscherleistungen überprüfen und finanzieren.

9. Zugang zu adäquater Behandlung von Trauma-Folgestörungen gewährleisten

Viele Frauen sind auf der Flucht sexueller Gewalt ausgesetzt und möglicherweise aufgrund einer Gewalterfahrung schwanger geworden. Das Sprechen über diese Erfahrungen fällt nicht nur betroffenen Frauen schwer, sondern auch den Betreuungspersonen in den Asylunterkünften sowie den herkömmlichen Primärversorgerinnen/Primärversorgern. Bekannt ist, dass betroffene Frauen ein hohes Risiko aufweisen, Trauma-Folgestörungen zu entwickeln, die sich in chronischen somatischen oder psychischen Beschwerden niederschlagen können. Die Behandlung sexueller Gewalterfahrungen stellt eine wichtige Voraussetzung dar, damit die betroffenen Personen sich auf ihr neues Leben einstellen können.

Um schweren somatischen und psychischen Folgeerkrankungen vorzubeugen, sollten **der Bund und die Kantone** in Asylunterkünften ein sensibles Screening auf potentielle Gewalterfahrungen bei allen geflüchteten Frauen einführen. Bei Verdacht sollten Frauen und ihre Familien eine angepasste, dolmetschergestützte Psychotherapie erhalten. In den Asylunterkünften ist auf eine gute Netzwerkarbeit mit Fachvertreterinnen der spezialisierten Ambulatorien für Folter- und Kriegsopfer des Schweizerischen Roten Kreuzes zu achten. Diese Zusammenarbeit sollte gestärkt werden. Betreuerinnen/Betreuer in Asylunterkünften sowie Gesundheitsfachpersonen sind im Rahmen von Weiterbildungen für die besondere Problematik erlebter sexueller Gewalt von Frauen während der Flucht zu sensibilisieren. Insbesondere gilt es, sie darin zu schulen, ein Screening hinsichtlich potentieller Gewalterfahrungen durchzuführen, um betroffene Frauen bei Verdacht spezialisierten Diensten zuzuweisen.

10. Frauen vor geschlechtsspezifischer Gewalt in Asylunterkünften schützen

Der **Bund und die Kantone** sollten in ihren Konzepten bei der Einrichtung von Asylunterkünften verstärkt auf geschlechtergetrennte Stockwerke, Küchen, Toiletten und Nasszellen, vor allem bei alleinstehenden Frauen mit Kindern, achten. In Unterkünften mit bestehenden geschlechtergetrennten Anlagen sollte deren Anzahl bei Bedarf erhöht werden. Handlungsleitende Vorgaben für die Sanktionierung von geschlechtsspezifischer Gewalt sollten in allen Unterkünften vorhanden sein und deren Umsetzung zum Schutz von Frauen und Mädchen sollte höchste Priorität beigemessen werden. Das Betreuungspersonal ist im Rahmen von Weiterbildungen in dieser Thematik regelmässig zu schulen. **Kantonale Migrationsdienste** sollten Konzepte zur Errichtung eines Beschwerdemanagements im Zusammenhang mit geschlechtsspezifischer Gewalt, in Asylunterkünften entwickeln und umsetzen.

11. Migrationsspezifische perinatale Expertise von Hebammen, Pflegefachpersonen und Ärztinnen/Ärzten durch Anpassung der Curricula sicherstellen

Gesundheitsdienstleistungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit bei asylsuchenden Frauen erfordern von den Fachpersonen transkulturelle Kompetenzen sowie Wissen und Kenntnisse über die Grundprobleme von Flucht und Abhängigkeit und über die Auswirkungen von sozialer Benachteiligung und Migration auf die Gesundheit. **Die Hochschulen** (Universitäten und Fachhochschulen) sind gefordert, in der Primärqualifizierung auf Bachelorstufe den Fachbereich „Mutter-Kind-Gesundheit“ in ihren Curricula zu berücksichtigen. So kommen Studierende frühzeitig mit der Problematik der Chancenungleichheit beim Zugang zur Gesundheitsversorgung in Kontakt und sie erfahren eine Sensibilisierung bezüglich einer lebenskontextabhängigen geburtshilflichen und gynäkologischen Versorgung bei Frauen und Familien mit Fluchthintergrund. Die gezielte Förderung der transkulturellen Kompetenz der Ge-

sundheitsfachpersonen verbessert die Kommunikation und dadurch letztlich die Diagnostik und die klinische Betreuung. Absolvierende dieser Studiengänge sollten insbesondere darin geschult werden, wie über sexuelle und reproduktive Gesundheit mit Patientinnen/Patienten auch migrationsspezifisch kommuniziert werden kann.

Im Rahmen von **spezialisierten Hebammen-Ausbildungen auf Masterstufe** sind entsprechende curriculare Entwicklungen vorzunehmen, um Hebammen dafür zu qualifizieren, neue Versorgungsmodelle für asylsuchende Frauen oder Migrantinnen zu entwickeln, zu steuern und zu evaluieren.

Fachgesellschaften sind aufgefordert, im Rahmen von obligatorischen Aus- und Weiterbildungsprogrammen im Bereich der Gesundheitsberufe bei Fachpersonen den Blick für die besonderen Bedürfnisse asylsuchender Frauen zu schärfen und eine Sensibilisierung für die besonderen Versorgungsbedürfnisse dieser Zielgruppe hervorzurufen.

12. Zivilstandesamtliche Anmeldeverfahren für Neugeborene von dokumentenlosen Asylsuchenden vereinfachen

Viele asylsuchende Familien verfügen über keine Dokumente wie Heiratsbestätigungen oder Identifikationsausweise, was die zivilstandesamtliche Anmeldung eines Neugeborenen erschwert. Für die Asylunterkünfte entsteht dadurch ein enormer administrativer Aufwand, der mehrere Monate in Anspruch nehmen kann. Es sind Prozesse zu prüfen, wie die zivilstandesamtliche Kindsanmeldung von dokumentenlosen Asylsuchenden administrativ vereinfacht werden kann.

Danksagung

Wir danken dem Migrationsdienst des Kantons Bern sowie dem Staatssekretariat für Migration für die Bewilligung, die Interviews für diese Studie durchführen zu können, und für die Gewährleistung des unkomplizierten Zugangs zu den Asylunterkünften. Wir danken herzlich allen Interviewpartnerinnen im Kanton Bern, im Kanton Waadt und im Kanton Tessin, die uns aufgrund ihrer grossen Expertise und ihrem hohen persönlichen Engagement einen Einblick in das Leben in den Asylunterkünften und in die Besonderheiten der Gesundheitsversorgung ermöglicht haben. Ein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. Patrick Bodenmann, Leiter des Centre des populations vulnérables des Universitätsspitals Lausanne, für seine Bereitschaft, uns das innovative System der Gesundheitsversorgung im Kanton Waadt näherzubringen und seine Erfahrungen mit uns zu teilen. Ein herzliches Dankeschön geht an Frau Sabina Hösli vom Bundesamt für Gesundheit, Sektion Migration und Gesundheit für die finanzielle Unterstützung dieser Studie. Ein weiterer Dank geht an Daniel Schnyder für die statistische Beratung sowie an Frau Andrea Weibel für das professionelle Lektorat und an Frau Arlette T. Bernasconi für die finale Formatierung des Berichts.

9 Literaturverzeichnis

Aubry, E., & Cignacco, E. (2015). *Hebammengeleitete Geburtshilfe im Kanton Bern. Ein Expertinnen und Expertenbericht.* Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit. Bern. Retrieved 29. Mai 2017: https://www.gesundheit.bfh.ch/fileadmin/_migrated/content_uploads/Grundlagenbericht_Berner_Fachhochschule__Fachbereich_Gesundheit.pdf.

Austin, J., Guy, S., Lee-Jones, L., McGinn, T., & Schlecht, J. (2008). Reproductive health: a right for refugees and internally displaced persons. *Reprod Health Matters, 16*(31), 10-21. doi: 10.1016/s0968-8080(08)31351-2.

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2015). Gesundheit von Müttern und Kindern mit Migrationshintergrund - Bericht des Bundesrats in Erfüllung des Postulates Maury Pasquier (12.3966) (pp. 1-35). Bern.

Bundesamt für Statistik (BfS) (2017). Bevölkerungsentwicklung 2016: Provisorische Ergebnisse. Retrieved 29. Mai 2017: https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung.assetdetail.2240354.html.

Bodenmann, P. (2016). *Quels soins pour les plus vulnérables?* Paper presented at the 2. Nationale Tagung Gesundheit & Armut, Bern.

Bodenmann, P., Velonaki, V.-S., Ruggeri, O., Hugli, O., Burnand, B., Wasserfallen, J.-B., ...Daeppen, J.-B. (2014). Case management for frequent users of the emergency department: study protocol of a randomised controlled trial. *BMC health services research, 14*(1), 264. doi: 10.1186/1472-6963-14-264.

Bollini, P., Stotzer, U., & Wanner, P. (2007). Pregnancy outcomes and migration in Switzerland: results from a focus group study. *Int J Public Health, 52*. doi: 10.1007/s00038-007-6003-3.

Bozorgmehr, K., & Razum, O. (2015). Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013. *PLOS ONE, 10*(7), e0131483. doi: 10.1371/journal.pone.0131483.

Bozorgmehr, K., & Razum, O. (2016). Refugees in Germany - untenable restrictions to health care. *The Lancet, 388*(10058), 2351-2352. doi: 10.1016/S0140-6736(16)32131-6.

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. Retrieved 29. Mai 2017: http://eprints.uwe.ac.uk/11735/2/thematic_analysis_revised.

Büchler, A. (2016). Frauen-Flucht-Asyl. Die Situation von Frauen und Mädchen auf der Flucht und im Schweizerischen Asylverfahren. Bern: Schweizerische Beobachtungsstelle für Asyl- und Ausländerrecht.

Bundesrat. (1998). Asylgesetz vom 26. Juni 1998 (Stand am 1. Oktober 2016). Retrieved 29. Mai 2017: https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19995092/index.html.

Bundesrat. (2000). Zusatzprotokoll zur Verhütung, Bekämpfung und Bestrafung des Menschenhandels, insbesondere des Frauen- und Kinderhandels zum Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen die grenzüberschreitende organisierte Kriminalität.

Charité, Charité für geflüchtete Frauen (2017). Jahresbericht 2016. Retrieved 29. MAi 2017: https://femalerefugees.charite.de/

Collins, C. H., Zimmerman, C., & Howard, L. M. (2011). Refugee, asylum seeker, immigrant women and postnatal depression: rates and risk factors. *Arch Womens Ment Health, 14*(1), 3-11. doi: 10.1007/s00737-010-0198-7.

Deutscher Hebammenverband e.V. (2017). Stillbroschüre ohne Worte. *2017*. Retrieved 5. Juni 2017: http://www.hebamme.ch/x_dnld/shop/StillbroschuereOhneWorte.pdf.

Falah-Hassani, K., Shiri, R., Vigod, S., & Dennis, C. L. (2015). Prevalence of postpartum depression among immigrant women: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res, 70*, 67-82. doi: 10.1016/j.jpsychires.2015.08.010.

Gagnon, A. J., & Redden, K. L. (2016). Reproductive health research of women migrants to Western countries: A systematic review for refining the clinical lens. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 32*, 3-14. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2016.01.005.

Gagnon, A. J., Zimbeck, M., Zeitlin, J., Alexander, S., Blondel, B., Buitendijk, S., ...Gissler, M. (2009). Migration to western industrialised countries and perinatal health: a systematic review. *Soc Sci Med, 69*. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.06.027.

Gibson-Helm, M., Teede, H., Block, A., Knight, M., East, C., Wallace, E. M., & Boyle, J. (2014). Maternal health and pregnancy outcomes among women of refugee background from African countries: a retrospective, observational study in Australia. *BMC Pregnancy Childbirth, 14*, 392. doi: 10.1186/s12884-014-0392-0.

Goguikian Ratcliff, B. S., Anna; Suardi, Francesca; Borel, Fabienne (2015). Factors associated with antenatal depression and obstetric complications in immigrant women in Geneva. *Midwifery, 31*, 871-878.

Hermann, M. (2013). Migrationsgerechte Angebote im Bereich reproduktive Gesundheit und frühe Kindheit in der Schweiz. In: Eidgenössisches Departement des Innern, Schweizerische Eidgenossenschaft (Ed.), *Eine Bestandesaufnahme von Projekten, Massnahmen und Arbeitsmethoden*: Bundesamt für Gesundheit, Sektion Migration und Gesundheit.

Hyde, R. (2016). Refugees need health cards, say German doctors. *The Lancet, 388*(10045), 646-648. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31346-0.

Knipper, M. (2016). Migration, public health and human rights. *International Journal of Public Health, 61*(9), 993-994. doi: 10.1007/s00038-016-0893-x.

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*(1), 659. doi: 10.1186/1471-2458-10-659.

Merry, L., Vangen, S., & Small, R. (2016). Caesarean births among migrant women in high-income countries. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 32*, 88-99. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2015.09.002.

Merten, S., Wyss, C., & Ackermann-Liebrich, U. (2007). Caesarean sections and breastfeeding initiation among migrants in Switzerland. *International Journal of Public Health, 52*(4), 210-222. doi: 10.1007/s00038-007-6035-8.

Merten, S. G., Sara. (2013). Die reproduktive Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz und anderen ausgewählten Aufnahmeländern. Eine Zusammenfassung der Literatur 2006-2012.

Militärdirektion des Kantons Bern, Amt für Migration und Personenstand (2017). *Asylsozialhilfe-, Nothilfe- und Gesundheitsweisung für Personen des Asylbereichs im Kanton Bern*. Retrieved 29. Mai 2017: http://www.pom.be.ch/pom/de/index/migration/schutz_vor_verfolgung-asyl/publikationen_downloads.assetref/dam/documents/POM/MIP/de/MIDI/Weisungen_Anh%C3%A4nge/ANG2017.pdf.

Obert, M. (2017, June 10th, 2017). Der Ritter von Zawiya. *Das Magazin, 23*, 18-27.

Origlia Ikhilor, P., Hasenberg, G., Kurth, E., Stocker Kalberer, B., Cignacco, E., & Pehlke-Milde, J. (2017). Barrierefreie Kommunikation in der geburtshilflichen Versorgung allophoner Migrantinnen-BRIDGE, Unveröffentlichtes Manuskript der Berner Fachhochschule, der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Family Start beider Basel und des Schweizerischen Hebammenverbands.

Origlia, P., Jevitt, C., zu Sayn-Wittgenstein, F., & Cignacco, E. (2017). Socioeconomically deprived women's experience with antenatal care in high-income industrialized countries: An integrative review. *Journal of Midwifery and Women's Health, in press*.

Ouyang, H. (2013). Syrian refugees and sexual violence. *The Lancet, 381*(9884), 2165-2166. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61137-X.

Rabe, H. (2015). Effektiver Schutz vor geschlechtsspezifischer Gewalt - auch in Flüchtlingsunterkünften. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte.

Razum, O., & Bozorgmehr, K. (2015). Disgrace at EU's external borders. *International Journal of Public Health, 60*(5), 515-516. doi: 10.1007/s00038-015-0689-4.

Razum, O., & Spallek, J. (2014). Addressing health-related interventions to immigrants: migrant-specific or diversity-sensitive? *Int J Public Health, 59*(6), 893-895. doi: 10.1007/s00038-014-0584-4.

Santé Sexuelle Suisse. (2017). Schwangerschaftsverhütung: Welchen Zugang haben Asylsuchende? Bern: Santé Sexuelle Suisse. Retrieved 15. Juni 2017: https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2017/05/2017_Bericht_Asylsuchende_Zugang_Verhuetung.pdf.

Schouler-Ocak&Kurmeyer. (2017). Study on Female Refugees - Abschlussbericht (pp. 66).

Staatssekretariat für Migration (SEM) (2016). Unbegleitete minderjährige Asylsuchende in der Schweiz - Statistiken und Vergleichstabelle. Retrieved 24. MAi 2017: https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/publiservice/statistik/asylstatistik/statistiken_uma/uma-2016-d.pdf.

Staatssekretariat für Migration (SEM) (2017). Asylstatistik 2016 (pp. 22). Bern.

Staatssekretariat für Migration (SEM) (2017b). Asylbereich und Vollzugsunterstützung: Eintritte und Austritte nach Kanton vom 1,1,2017 bis am 30.04.2017. Retrieved 24. Mai 2017: https://www.sem.admin.ch/sem/de/home/publiservice/statistik/asylstatistik/archiv/2017/04.html.

Tappis, H., Freeman, J., Glass, N., & Doocy, S. (2016). Effectiveness of Interventions, Programs and Strategies for Gender-based Violence Prevention in Refugee Populations: An Integrative Review. *PLoS Curr, 8*. doi: 10.1371/currents.dis.3a465b66f9327676d61eb8120eaa5499.

Terre_des_Femmes_Schweiz. (2014). Bericht zur Lage asylsuchender Frauen in Kollektivunterkünften (pp. 32).

Tschirren, T. (2017). Evaluation einer Geburtsvorbereitung in Muttersprache. *Die Hebamme, 30*, 90-96.

UN_Women, United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (1995). Fourth World Conference on Women-Action for Equality, Development and Peace from http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/fwcwn.html.

UNFPA, United Nations Population Funds (1994). International Conference on Population and Development Programme of Action - See more at: http://www.unfpa.org/publications/international-conference-population-and-development-programme-action#sthash.MTdtbYw5.dpuf. Retrieved 29 MAi 2017: http://www.unfpa.org/publications/international-conference-population-and-development-programme-action#sthash.MTdtbYw5.dpuf

United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2015). Global trends - forced displacement in 2015: http://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/576408cd7/unhcr-global-trends-2015.html.

United Nations Refugee Agency, (2016). INITIAL ASSESSMENT REPORT: Protection Risks for Women and Girls in the European Refugee and Migrant Crisis - Greece and the former Yugoslav Republic of Macedonia (pp. 24).

van den Akker, T., & van Roosmalen, J. (2016). Maternal mortality and severe morbidity in a migration perspective. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 32*, 26-38. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2015.08.016.

Warren, E., Post, N., Hossain, M., Blanchet, K., & Roberts, B. (2015). Systematic review of the evidence on the effectiveness of sexual and reproductive health interventions in humanitarian crises. *BMJ Open, 5*(12), e008226. doi: 10.1136/bmjopen-2015-008226.

Womens Refugee Commission. (2016). Durch das Raster fallen: Asylsuchende Frauen und Mädchen in Deutschland und Schweden (pp. 14). New York.

Wyssmüller, D., & Hurni, A. (2017). Geburtsvorbereitung in Muttersprache. *Die Hebamme, 30*, 84-89.

Yelland, J., Riggs, E., Szwarc, J., Casey, S., Dawson, W., Vanpraag, D., … Brown, S. (2015). Bridging the Gap: using an interrupted time series design to evaluate systems reform addressing refugee maternal and child health inequalities. *Implementation Science : IS, 10*, 62. doi: 10.1186/s13012-015-0251-z.

Zemp, E., Signorell, A., Kurth, E., & Reich, O. (2017). Does coordinated postpartum care influence costs? *International Journal of Integrated Care, 17 (1)*(7), 1-11. doi: http://dx.doi.org/10.5334/ijic.2487.

Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau (ZGF), (2017). Geflüchtete Frauen und Mädchen im Land Bremen: Ankommen. Übergänge. Perspektiven. Retrieved 29. Mai 2017: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Jh9_vWo-CN4J:https://ssl.bremen.de/zgf/sixcms/media.php/13/ZGF_Dokumentation_Frauen_Flucht.pdf+&cd=1&hl=de&ct=clnk&gl=ch.

10 Anhang

Zielgruppe der Untersuchung sind Schutz suchende Frauen zwischen 18 bis 48 Jahren. Der Fokus der Befragung liegt auf den Aspekten der Schwangerschaft, der Geburt, dem Wochenbett, der Stillzeit sowie geschlechtsbedingten Gewalterfahrungen. Zudem interessiert uns die Gesundheitsversorgung von Säuglingen (Kinder im ersten Lebensjahr) sowie von Mädchen zwischen 1 und 17 Jahren.

Fragen zur Situationsanalyse Gesundheitsversorgung von Frauen und ihren Säuglingen in Asylunterkünften in der Schweiz **(REFUGEE)**

Gerne können Sie vor dem Interview den ersten Teil des Fragebogens bereits beantworten (Punkte 1 und 2). Im zweiten Teil des Fragebogens (Punkte 3 und 4) sind Fragen genannt, die zur Vorbereitung des Interviews als Orientierungshilfen dienen sollen.

1 Angaben zum Zentrum

1.1 Allgemeine Informationen zur Erstaufnahmeeinrichtung und/oder kommunaler Einrichtung:

Name des Zentrums:

Das Zentrum liegt: urban □ ländlich □

Das Zentrum wird: kantonal □ vom Bund □ geführt.

→ wenn kantonal: durch welchen Träger wird das Zentrum betrieben?

1.2 Infrastruktur

Anzahl der vorhandenen Plätze (gesamt):	
Anzahl der vorhandenen Schlafzimmer: Davon geschlechtergetrennt:	
Anzahl der Toiletten: Davon geschlechtergetrennt: Anzahl Duschen: Davon geschlechtergetrennt:	

Anzahl geschlechtergetrennte Räume: Stockwerke: Nasszellen:	
Anzahl der Kochgelegenheiten	

Umschwung vorhanden: ja □ nein □

Räume für Familien / Spielplätze/ Unterkunft spezialisiert für Familien: ja □ nein □

Lärmbelastung (z.B. bei durch verkehrsintensive Straße): ja □ nein □

Anbindung an öffentlichem Verkehr: ja □ nein □

→ Wenn ja, Distanz zur nächsten Haltestelle?

1.3 Betreuende

Anzahl der Betreuenden (gesamt):

Davon, Anzahl der freiwilligen Mitarbeitenden:

Anzahl an Frauen/Männer unter den Betreuenden: ♀ ♂

Welche Fremdsprachen werden von den Betreuenden am häufigsten gesprochen?

1…… 3……

2…… 4……...

Sind Gesundheitsverantwortliche im Team vorhanden: ja □ nein □

→ Wenn ja, Anzahl der Gesundheitsverantwortlichen:

→ Wenn ja, über welche Ausbildung ggf. Weiterbildung verfügt der/die Gesundheitsverantwortliche?

→ Was sind deren Präsenzzeiten zur gesundheitlichen Betreuung der Bewohner?

Sicherheitsdienst vorhanden: ja □ nein □

→ wenn ja, ist der Sicherheitsdienst immer in der Unterkunft anwesend? ja □ nein □

2 Soziale Determinanten der BewohnerInnen

2.1 Aktuelle Demographie

Anzahl der aktuellen Bewohner (nach Geschlecht): ♀ ♂

Anzahl der Frauen zwischen 18 und 48 Jahren:

Altersstruktur	18 – 29	30 – 39	40 – 48	Über 48
Anzahl der Frauen				_____
Anzahl der Männer				

Anzahl der Säuglinge (Kinder unter 1 Jahr):

Anzahl der schutzsuchenden Mädchen (zwischen 1 und 17 Jahren):

Wie viele Frauen haben seit dem **1. April 2016 bis heute** ein Kind geboren während ihres Aufenthaltes in Ihrer Unterkunft?

2.2 Sozialer Hintergrund

Die vier häufigsten Herkunftsländer schutzsuchender Frauen (bitte nach Häufigkeit aufführen):

1…… 3……..

2…… 4……..

Erheben Sie das Bildungsniveau der Frauen? ja □ nein □

Familienstand	Ledig	Verheiratet und zusammenlebend	Verheiratet und getrenntlebend	In einer Partnerschaft	In einer Trennung/ Geschieden	verwitwet	Unbekannt
Anzahl der Frauen							

Asylstatus der aktuellen Bewohnerinnen (bitte nach Häufigkeit aufführen):

1…… 3……..

2…… 4……..

Punkte, die im Interview angesprochen werden

3 Gesundheitsversorgung in der Asylunterkunft

Erhebung des Gesundheitszustandes:

- Wird im Zentrum für besagte Zielgruppe eine generelle Gesundheitsanamnese erhoben? Wenn ja, welche (physisch/psychisch/gynäkologisch)?
- Gibt es ein standardisiertes Anamneseblatt?
- Wird dabei eine Dolmetschende beigezogen?

Psychische Gesundheitsversorgung:

- Werden Gewalterfahrungen/Traumata bei der Zielgruppe systematisch erhoben?
- Wird dabei eine Dolmetschende beigezogen?
- Wie wird bei bestehenden Traumata vorgegangen?

Gynäkologische Gesundheitsversorgung:

- Wie kommt die Frau zu Informationen oder zu einer Beratung bezüglich Verhütung und Familienplanung?
- An wen wendet sich die Frau bei akuten oder chronischen gynäkologischen Problemen (bspw. Vaginalinfekte, Blasenentzündungen, Menstruationsbeschwerden, starker- oder übelriechender Ausfluss)?
- Wo werden gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt?
- Wird dabei eine Dolmetschende beigezogen?

Gesundheitsversorgung in der Schwangerschaft:

- Wie sind die Schwangerschaftskontrollen organisiert?
- Werden verschiedene Modelle der Schwangerenvorsorge der Frau aufgezeigt (Freiberufliche Hebamme oder GynäkologIn, Spital)? Besteht für Betroffene eine Wahlmöglichkeit?
- Welche Möglichkeiten (bspw. Internetzugang, Ansichtsmaterial, Geburtsvorbereitungskurs) haben Frauen sich über die Schwangerschaft zu informieren und auszutauschen?
- An wen wendet sich die Schwangere bei akuten Problemen und Notfällen?
- Welche Rückzugsmöglichkeiten hat eine belastete Schwangere (bspw. bei vorzeitigen Wehentätigkeit oder Rückenschmerzen)?

Betreuung während der Geburt:

- Wie wird der Transport zur Geburt organisiert (ÖV, Privatauto)?
- Wird die Schwangere bei der Geburt begleitet? Wenn ja, von wem (Partner, Freundin, Bekannte, Verwandte)?

Wochenbett:

- Wie wird die ambulante Hebammenbetreuung in der Unterkunft organisiert?
- Findet ein Gespräch mit der Nachsorgehebamme vor der Geburt statt?
- Wohnt die Wöchnerin in einem Einzelzimmer/Familienzimmer?
- Gibt es Möglichkeiten der Unterstützung beim Kochen/Haushaltsarbeiten?
- Erhält die Wöchnerin Informationen zu weiterführenden, unterstützenden Angeboten (bspw. Eltern-Kindtreff)?

Säuglingspflege:

- Gibt es finanzielle Ressourcen für spezifische Anschaffungen (bspw. Kleider, Kinderwagen, Tragetuch)
- Wie werden die Kinderarztbesuche in den ersten Wochen nach der Geburt organisiert?
- An wen wendet sich die Mutter bei akuten Problemen (Schreibaby, Krankheit)

Netzwerk:

Mit welchen weiteren Anlaufstellen oder Fachpersonen steht Ihr Unterkunft im Kontakt? (Mehrfachnennungen möglich)

- Hebammen □
- GynäkologInnen □
- KinderärztInnen □
- (Kinder-) Spitex □
- Geburtskliniken, Kinderkliniken, Geburtsvorbereiterinnen □
- Mütter-/Väterberatungsstellen □
- Sozialarbeit/Sozialpädagogen □
- Folgeangeboten (bspw. Baby-Treff für Mütter, Frühförderung) □
- Interkulturelle Dolmetschende □
- Behörden □
- Rechtsschutzberatungsstellen □
- Andere □

4 Schutz vor Gewalt in der Unterkunft

- Verfügt Ihre Unterkunft über ein Gewaltschutzkonzept?
- Wie werden Frauen vor geschlechtsspezifischer Gewalt und sexuellen Übergriffen/Belästigungen geschützt?
- An wen können sich betroffene Frauen wenden, wenn sie sich belästigt fühlen? Bestehen administrative Hürden?

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Für **Rückfragen** können Sie sich mit **Eva Cignacco**, Leiterin Forschung und Entwicklung, Disziplin Geburtshilfe, Berner Fachhochschule in Verbindung setzen (Büro 031 848 45 18 oder Natel 079 577 96 11). Selbstverständlich stehen wir Ihnen für Fragen auch während unseres Besuchs zur Verfügung

Stand April 2017 - Version 3.0