



Executive Summary

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

Eine Situationsanalyse und Empfehlungen

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

Berner Fachhochschule
Departement Gesundheit
Disziplin Geburtshilfe

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 fungie-

ren 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 Mutter-schaftsversorgung 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 italienischen 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. Hebamengeleitete 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 benachteilen. 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 Gesund-

heitssystems 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