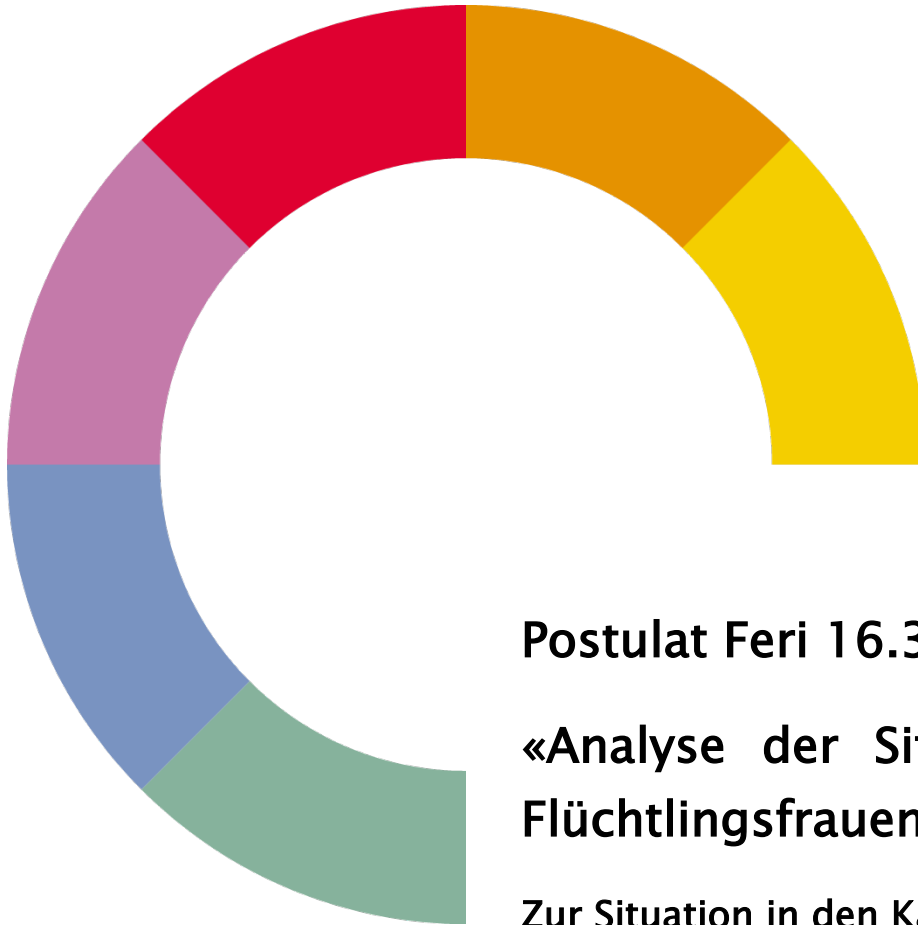




Postulat Feri 16.3407

«Analyse der Situation von Flüchtlingsfrauen»

Zur Situation in den Kantonen

BERICHT ZU HÄNDEN DES STAATSSSEKRETARIATS
FÜR MIGRATION (SEM) UND DER SCHWEIZERISCHEN
KONFERENZ DER KANTONALEN SOZIALDIREKTORINNEN
UND SOZIALDIREKTOREN (SODK)

Bern, 18. März 2019

Schweizerisches Kompetenzzentrum für Menschenrechte (SKMR)
Centre suisse de compétence pour les droits humains (CSDH)
Centro svizzero di competenza per i diritti umani (CSDU)
Swiss Center of Expertise in Human Rights (SCHR)

Schanzeneckstrasse 1, 3001 Bern
Telefon +41 31 631 86 55, skmr@skmr.unibe.ch

AUTOR_INNEN

Michèle Amacker

Prof. Dr., Assistenzprofessorin für Geschlechterforschung und Co-Leitung des Interdisziplinären Zentrums für Geschlechterforschung, Universität Bern

Tina Büchler

Dr. phil. nat., wissenschaftliche Mitarbeiterin am Interdisziplinären Zentrum für Geschlechterforschung, Universität Bern

Denise Efionayi-Mäder

Lic. rer. soc. und MPA, Vizedirektorin des schweizerischen Forums für Migrations- und Bevölkerungsstudien, Universität Neuenburg

Julia Egenter

B.A., hilfswissenschaftliche Mitarbeiterin am Interdisziplinären Zentrum für Geschlechterforschung, Universität Bern

Joëlle Fehlmann

MA ScS, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Schweizerischen Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien, Universität Neuenburg

Sebastian Funke

M.A., wissenschaftlicher Mitarbeiter am Interdisziplinären Zentrum für Geschlechterforschung, Universität Bern

Anne-Laurence Graf

Dr. iur, LL.M, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Schweizerischen Kompetenzzentrum für Menschenrechte, Themenbereich Migration

Christina Hausammann

Lic. iur, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Schweizerischen Kompetenzzentrum für Menschenrechte, Leitung Themenbereich Geschlechterpolitik

Strategische Leitung: Michèle Amacker, Denise Efionayi-Mäder und Pascal Mahon

Projektkoordination: Reto Locher

Operative Leitung quantitative Erhebungen: Denise Efionayi-Mäder

Operative Leitung qualitative Erhebungen: Tina Büchler

Interviews: Tina Büchler, Julia Egenter, Joëlle Fehlmann, Anne-Laurence Graf und Sebastian Funke

Kollektive Datenanalyse: Michèle Amacker, Tina Büchler, Denise, Efionayi-Mäder, Julia Egenter, Joëlle Fehlmann, Sebastian Funke und Anne-Laurence Graf

Kapitel 1-3: Tina Büchler (Einleitung); Joëlle Fehlmann und Anne-Laurence Graf (quantitative Methodologie); Tina Büchler (qualitative Methodologie)

Kapitel 4: Anne-Laurence Graf, mit Unterstützung von Christina Hausammann und Walter Kälin

Kapitel 5: Anne-Laurence Graf und Joëlle Fehlmann (quantitativer Teil); Anne-Laurence Graf und Tina Büchler (qualitativer Teil)

Kapitel 6: Anne-Laurence Graf und Joëlle Fehlmann (quantitativer Teil); Tina Büchler (qualitativer Teil)

Kapitel 7: Julia Egenter und Tina Büchler

Kapitel 8: Tina Büchler, mit Unterstützung von Michèle Amacker, Denise Efionayi-Mäder, Julia Egenter und Anne-Laurence Graf

Schlussredaktion: Tina Büchler, Anne-Laurence Graf und Julia Egenter, mit Unterstützung von Michèle Amacker, Denise Efionayi-Mäder, Joëlle Fehlmann, Sebastian Funke, Walter Kälin und Reto Locher

Korrektur: Alexandra Feddersen, Vanessa Näf

DANK

Wir bedanken uns herzlich bei allen beteiligten kantonalen Behördenstellen, zentrumsbetreibenden Institutionen, Unterkünften und Fachpersonen für ihre umfassende Kooperationsbereitschaft.

Ein weiterer herzlicher Dank geht an alle Mitglieder der Begleitgruppe:

Vom SEM verdanken wir Jenny Hutter, Lionel Kapff, Anina Balduini, Miriam Flury, Anna Neubauer, Sybille Mooser, Liselotte Barzé, Annette Koller Doser und Nadine Santos de Brito. Bei der SODK bedanken wir uns bei Angela Zumbrunn und Philip Otzenberger. Auch das BAG stand uns mit wertvoller Unterstützung zur Seite, dafür danken wir Sabina Hösli, Karin Gasser und Facia Marta Gamez. Weiter bedanken wir uns bei den Mitarbeiterinnen der FIZ, Eva Andonie und Géraldine Merz. Bei der SFH bedanken wir uns bei Tobias Heiniger, Marc Prica und Nina Gutweniger. Bei TdF standen uns Milena Wegelin und Simone Eggler und beim UNHCR Chantal Zimmermann unterstützend zur Seite, auch bei Ihnen möchten wir uns herzlich bedanken.

Ein letzter herzlicher Dank geht an Walter Kälin für die wertvollen Rückmeldungen zum Entwurf dieses Berichts.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ASTREE	Association de soutien aux victimes de traite et d'exploitation
AsylG	Asylgesetz vom 26. Juni 1998 (SR 142.31)
BAG	Bundesamt für Gesundheit
CAT	Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants du 10 décembre 1984, (RS 0.105)
CC	Code civil suisse du 10 décembre 1907 (RS 210)
CDAS	Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales
CDE	Convention relative aux droits de l'enfant du 20 novembre 1989 (RS 0.107)
CDH	Comité des droits de l'homme
CEDEF	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes du 18 décembre 1979 (RS 0.108)
CEDH	Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (RS 0.101)
Coe	Conseil de l'Europe
Comité DESC	Comité des droits économiques, sociaux et culturels
Comité EDEF	Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes
Convention Coe	Convention sur la lutte contre la traite des êtres humains du 16 mai 2005 (RS 0.311.543)
Cour EDH	Cour européenne des droits de l'homme
CP	Code pénal suisse du 21 décembre 1937 (RS 311.0)
CPP	Code de procédure pénale suisse du 5 octobre 2007 (RS 312.0)
CSDH	Centre suisse de compétence pour les droits humains
CSP	Centre Social Protestant
DFJP	Département fédéral de justice et police
FGM	Female Genital Mutilation
FIZ	Fachstelle Frauenhandel und Frauenmigration
GRETA	Groupe d'experts du Conseil de l'Europe sur la lutte contre la traite des êtres humains
HAF	Heilsarmee Flüchtlingshilfe
HEKS	Hilfswerk der evangelischen Kirchen Schweiz
IAS	Integrationsagenda Schweiz
KSMM	Koordinationsstelle gegen Menschenhandel und Menschen schmuggel
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (RS 832.10)
LAasi	Loi fédérale sur l'asile du 26 juin 1998 (RS 142.31)
LAVI	Loi fédérale sur l'aide aux victimes d'infractions du 23 mars 2007 (Loi sur l'aide aux victimes, RS 312.5)
LGBTIQ+	Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Intersexual, Queer oder Questioning
LPol	Loi sur la police du canton de Berne du 8 juin 1997 (RSB 551.1)
MDS	Maison de santé
NGO	Nichtregierungsorganisation (aus dem Englischen: Non-governmental organization)

NR	Nationalrätin
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (RS 832.102)
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OEp	Ordonnance sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme du 29 avril 2015 (Ordonnance sur les épidémies, RS 818.101.1)
OHG	Bundesgesetz über die Hilfe an Opfer von Straftaten vom 23. März 2007 (Opferhilfegesetz, SR 312.5)
ÖV	Öffentlicher Verkehr
Pacte I	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels du 16 décembre 1966 (RS 0.103.1)
Pacte II	Pacte international relatif aux droits civils et politiques du 16 décembre 1966 (SR 0.103.2)
Po.	Postulat
PSM	Programme Santé Migrants
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörungen
SCOTT	Service de coordination contre la traite d'êtres humains et le trafic de migrants
SEM	Secrétariat d'Etat aux migrations/Staatssekretariat für Migration
SFH	Schweizerische Flüchtlingshilfe
SKMR	Schweizerisches Kompetenzzentrum für Menschenrechte
SODK	Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
StGB	Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937 (SR 311.0)
TDF	Terre des Femmes
UMA	Unbegleitete minderjährige Asylbewerber_innen
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
USMi	Unité de soins aus migrants
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
ZSG	Zentrum für sexuelle Gesundheit (Bern)

INHALTSVERZEICHNIS

1.	EXECUTIVE SUMMARY	8
2.	EINLEITUNG	18
2.1.	Postulatstext und Mandate	18
2.2.	Begriffsdefinitionen und Forschungsfokus.....	20
3.	METHODOLOGIE UND DATENQUALITÄT	25
3.1.	Méthodologie et qualité des données de l'enquête quantitative	25
3.1.1.	Nombre et délai des réponses et degré de complétion des questions.....	25
3.1.2.	Réception du sondage	25
3.2.	Methodologie und Datenqualität der qualitativen Erhebung	26
3.2.1.	Zur Auswahl der untersuchten Kantone und Kollektivunterkünfte.....	26
3.2.2.	Forschungsdesign	27
3.2.3.	Forschungslücken und Datenqualität	28
3.2.4.	Darstellung der Daten	29
3.3.	Zugang zu den Erhebungsinstrumenten.....	29
4.	ANALYSE JURIDIQUE.....	30
4.1.	Assistance aux victimes de violence ou d'exploitation sexuelle	31
4.1.1.	Obligations de droit international.....	31
4.1.2.	Droit suisse.....	36
4.2.	Accueil sensible au genre des requérant-e-s d'asile	40
4.2.1.	Droit international	40
4.2.2.	Droit suisse.....	41
4.3.	Santé sexuelle et procréative des personnes du domaine de l'asile	42
4.3.1.	Droit international en matière de santé sexuelle et procréative	42
4.3.2.	Droit suisse.....	45
4.4.	Résumé de l'analyse juridique.....	46
5.	UNTERBRINGUNG UND BETREUUNG VON FRAUEN UND MÄDCHEN AUS DEM ASYLBEREICH IN DEN KANTONEN	48
5.1.	Einleitung	48
5.2.	Résultats de l'enquête quantitative	48
5.2.1.	Centres d'hébergement collectifs : distribution et gestion dans les cantons	48
5.2.2.	Statistiques, dispositifs légaux ou institutionnalisés	49
5.2.3.	Aménagement des locaux sensible au genre	49
5.2.4.	Formation du personnel des centres d'hébergement collectifs	50
5.2.5.	Prestations d'encadrement et de conseil	50
5.3.	Resultate aus der qualitativen Untersuchung	52
5.3.1.	Organisationsmodelle in den untersuchten Kantonen.....	53
5.3.2.	Umsetzung gendersensibler Unterbringung – Vorgaben	54
5.3.3.	Umsetzung gendersensibler Unterbringung – räumliche Aspekte	55
5.3.4.	Umsetzung gendersensibler Unterbringung – Betreuungspersonal.....	57
5.3.5.	Umsetzung gendersensibler Unterbringung – weitere Akteur_innen	62
5.3.6.	Tagesstruktur und Beschäftigung.....	62
5.3.7.	Transkulturelle Dolmetschdienste und Übersetzung.....	63
5.3.8.	Ressourcen	64
5.3.9.	Zugang zur Gesundheitsversorgung (Triage)	64

5.3.10.	Das Dilemma des Datenschutzes	65
5.3.11.	Sind Kollektivunterkünfte sichere Räume?	66
5.4.	Zwischensynthese	67
6.	IDENTIFIKATION, BEHANDLUNG UND UNTERSTÜTZUNG VON OPFERN SEXUELLER GEWALT UND AUSBEUTUNG IN DEN KANTONEN.....	70
6.1.	Einleitung	70
6.2.	Résultats de l'enquête quantitative	70
6.2.1.	Statistiques et estimations, dispositifs légaux	70
6.2.2.	Identification des victimes	72
6.2.3.	Formation et sensibilisation du personnel	72
6.2.4.	Conseil et encadrement de victimes	73
6.3.	Resultate aus der qualitativen Untersuchung	75
6.3.1.	Einschätzung der Opferzahlen	75
6.3.2.	Verständnis von Geschlechterverhältnissen und Gewalt.....	77
6.3.3.	Sensibilisierung und Information von Frauen und Mädchen	78
6.3.4.	Identifikation, Behandlung und Unterstützung.....	79
6.3.5.	Zugang zu Recht und Justiz.....	91
6.3.6.	Folgen der Nichtbehandlung Gewaltbetroffener.....	91
6.3.7.	Schulung des Zentrums-personals und weiteren Akteur_innen	92
6.3.8.	Informationsflüsse und Datenschutz	92
6.3.9.	Verflechtung mit dem Asylverfahren	93
6.4.	Zwischensynthese	93
7.	SEXUELLE UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT (MANDAT BAG).....	97
7.1.	Einleitung	97
7.2.	Resultate aus der quantitativen Umfrage	97
7.3.	Resultate aus der qualitativen Untersuchung	98
7.3.1.	Einleitung.....	98
7.3.2.	Sexuelle und reproduktive Gesundheit	99
7.3.3.	Schwerpunkt perinatale Versorgung	106
7.3.4.	Verflechtung mit dem Thema Unterbringung im Asylbereich	112
7.3.5.	Verflechtung mit dem Thema sexuelle Gewalt und Ausbeutung.....	113
7.4.	Zwischensynthese	113
8.	SYNTHESE UND HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN.....	117
8.1.	Gendersensible Unterbringung.....	117
8.2.	Sensibilisierung und Information von Frauen und Mädchen.....	122
8.3.	Transkulturelle Dolmetschdienste.....	123
8.4.	Hohe Opferzahlen.....	124
8.5.	Identifikation und Versorgung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen.....	124
8.6.	Sexuelle und reproduktive Gesundheit/perinatale Versorgung	128
8.7.	Informationsflüsse und Datenschutz.....	130
8.8.	Vernetzung und Nutzung von Synergien	131
8.9.	Untersuchungslücken und Forschungsbedarf	132
9.	ANHANG	133
9.1.	Liste der befragten Stellen/Personen	133
9.2.	Angaben zu den untersuchten kantonalen Kollektivunterkünften.....	135
10.	LITERATUR.....	136

1. EXECUTIVE SUMMARY

EINLEITUNG UND MANDAT

Am 9. Juni 2016 reichte Nationalrätin Yvonne Feri das Postulat 16.3407 «Analyse der Situation von Flüchtlingsfrauen» ein, welches am 15. März 2017 vom Nationalrat angenommen wurde. Aus dem Postulatstext haben das SEM und die SODK einen Fragekatalog für die Analyse der Situation in den Kantonen abgeleitet. Das SKMR war als externe Auftragnehmerin an der Beantwortung folgender Fragen beteiligt:

- A. Wie ist die Behandlung, Betreuung und Unterstützung von Flüchtlingsfrauen, welche Opfer sexueller Gewalt und Ausbeutung geworden sind, ausgestaltet? Wie viele Opfer gibt es (Schätzung Anzahl)? Wie viele davon waren Opfer einer Straftat im Ausland? Wenn Opfer einer Straftat im Ausland: Welche Angebote (auch private resp. zivilgesellschaftliche) gibt es? An welche Stellen verweisen die Betreuungspersonen bei Kenntnis der Opfereigenschaft? Wenn Opfer einer Straftat im Inland: Wie ist die Beratung, Betreuung und Unterstützung ausgestaltet? Sind die Opferberatungsstellen genügend auf diese Zielgruppe vorbereitet?
- B. Bestehen Qualitätsrichtlinien und gendersensible Massnahmen zur Unterbringung von asylsuchenden Frauen und Mädchen? Bestehen ausreichende Qualitätsrichtlinien und gendersensible Massnahmen zur Unterbringung? Ist ein angemessener Schutz vor Übergriffen gegeben (im Lichte der Istanbul-Konvention)? Besteht Handlungsbedarf bei der Unterbringung? Ist die Betreuung angemessen?

Neben einer quantitativen und qualitativen empirischen Erhebung sollte eine juristische Analyse den internationalen und nationalen gesetzlichen Rahmen zu dieser Thematik darlegen. Bei der quantitativen Erhebung hatte das SKMR vorwiegend eine beratende Funktion, während das unabhängige Forschungsmandat aus der Durchführung der qualitativen Erhebung sowie der Erarbeitung der juristischen Analyse bestand. Im Rahmen eines Zusatzmandats des BAG wurden zudem Fragen zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit bearbeitet. Alle Daten wurden zwischen Februar und Oktober 2018 erhoben.

FORSCHUNGSDESIGN UND METHODE DER EMPIRISCHEN ERHEBUNGEN

Die empirischen Erhebungen auf Kantonsebene umfassten eine Umfrage bei allen kantonalen Asylkoordinationen sowie vertiefte Interviews mit Leitungs- und Betreuungspersonen in den kantonalen Unterkünften, medizinischem Erstversorgungspersonal sowie spezialisierten Fachpersonen (z.B. spezialisierte psychologische/psychiatrische Angebote oder Zentren für sexuelle Gesundheit) in fünf ausgewählten Kantonen (BE, GE, NE, NW, TG). Ziel der qualitativen Befragung war es, einen vertieften Einblick in die kantonalen Vorgaben, Praxen und Herausforderungen hinsichtlich der Forschungsfragen zu gewinnen sowie die teilweise unklaren Aussagen aus der quantitativen Umfrage zu überprüfen. Aus Ressourcengründen beschränkte sich die Untersuchung auf die Situation in den kantonalen Kollektivunterkünften, die private Unterbringung wurde ausgeklammert. Auch konnten keine Direktbetroffenen (Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich) befragt werden.

JURISTISCHE ANALYSE

Die juristische Analyse bezieht sich auf die beiden Fragekomplexe A und B des Postulats Feri sowie auf das Zusatzmandat des BAG. Folgende drei Aspekte werden analysiert: Unterstützung von weiblichen Opfern sexueller Gewalt und Ausbeutung im Asylbereich; gendersensible Unterbringung im Asylbereich; und sexuelle und reproduktive Gesundheit von Frauen und Mädchen im Asylbereich.

Unterstützung von weiblichen Opfern sexueller Gewalt und Ausbeutung im Asylbereich

Die Schweiz hat – gestützt auf die Rechtsprechung der Behörden, welche für die Umsetzung der wichtigsten internationalen Menschenrechtsabkommen zuständig sind – die grundlegende Verpflichtung, Frauen und Mädchen vor jeglicher Form sexueller Gewalt und Ausbeutung zu schüt-

zen. Die Schweiz verpflichtet sich aufgrund der in Kraft stehenden internationalen Abkommen zu Folgendem: unmittelbarer und angemessener Schutz vor neuen Gewalt- und Ausbeutungssituationen für die Opfer; Massnahmen zur Identifizierung von Opfern von Menschenhandel; Betreuung der Opfer durch kompetente Erstkontakt- und Begleitpersonen mit Ausbildung zu sexueller Gewalt und Ausbeutung; unmittelbarer und bei Bedarf langfristiger Zugang zu Unterstützungsdienstleistungen zur körperlichen, psychischen und sozialen Genesung der Opfer; Sicherstellung ausreichender, gut erschlossener und geeigneter Schutzplätze; Gewährleistung gezielter Unterstützungsangebote für Asylsuchende; Informationen für die Opfer zu bestehenden Unterstützungsangeboten; bei Bedarf, Unterstützung beim Übersetzen und Dolmetschen; Entschädigung für erlittene Schäden in der Schweiz; Ermittlungen zu allen sexuellen Gewalt- und Ausbeutungssituationen sowie angemessene Prävention und Bestrafung. Unabhängig von Aufenthaltsstatus, Alter und Geschlecht des Opfers sind diese Verpflichtungen bindend. Die Verpflichtung zur Entschädigung beschränkt sich auf erlittene Schäden in der Schweiz. Davon abgesehen gelten alle Verpflichtungen unabhängig vom Ort der Gewalttat.

Gemäss Bundesrecht haben Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich Anspruch auf eine grundlegende Gesundheitsversorgung, die von der obligatorischen Krankenversicherung gedeckt wird. Zudem haben sie gemäss Opferhilfegesetz OHG Anspruch auf Opferhilfe, vorausgesetzt die Straftat fand in der Schweiz statt. Vorliegende Analyse beschränkt sich auf das Bundesrecht. Zusätzliche Unterstützungsdienstleistungen für Opfer sexueller Gewalt oder Ausbeutung aufgrund kantonaler Rechtsgrundlagen oder Praxen sind möglich.

Gendersensible Unterbringung im Asylbereich

Die Schweiz hat sich im Rahmen internationaler Abkommen, insbesondere mit der Ratifizierung der Istanbul-Konvention, zur Ausarbeitung und Umsetzung einer gendersensiblen Unterbringung für Asylsuchende verpflichtet. Länderspezifische Unterschiede bei der Umsetzung weisen auf den grossen Spielraum bei der Umsetzung dieser Bestimmung hin. Als *Good Practice* gelten geschlechtergetrennte Sanitäranlagen und gewährleisteter Schutz durch die Anwesenheit von Sicherheitspersonal.

Geschlechtergetrennte Schlafräume für alleinstehende Frauen und Männer sind in der Schweiz gemäss bundesrechtlichen Bestimmungen für vom Bund betriebene Asylunterkünfte vorgesehen. Für Personen mit «besonderen Bedürfnissen» (oder «schutzbedürftige» Personen) können zudem, je nach Auslegung der Begriffe in der Praxis, besondere Unterbringungsbestimmungen geltend gemacht werden. Weitere Bestimmungen betreffen zudem die gleichgeschlechtliche Durchsuchung. Auf kantonaler Ebene bestehen keinerlei rechtlich bindende Bestimmungen zur gendersensiblen Unterbringung von Asylsuchenden. Kantonale Praxen in diese Richtung sind allerdings möglich.

Sexuelle und reproduktive Gesundheit von Personen im Asylbereich

Eine umfassende Umsetzung des Rechts auf sexuelle und reproduktive Gesundheit setzt, gemäss internationalem Recht, positive Massnahmen seitens der an den Abkommen beteiligten Staaten voraus: Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich müssen in einer ihnen verständlichen Sprache über bestehende Dienstleistungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit informiert werden. Die Einwilligung zum sexuellen oder reproduktiven Akt muss jederzeit frei und informiert erfolgen können, bei Bedarf müssen die Frauen und Mädchen einen interkulturellen Dolmetschdienst beiziehen können. Der Zugang zu Ressourcen und Dienstleistungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit muss gewährleistet werden, geografische und ökonomische Hürden dürfen hierbei nicht existieren. Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich haben ein Anrecht darauf, den Wunsch zu äussern, von weiblichem Gesundheitspersonal untersucht und von weiblichen Dolmetscherinnen begleitet zu werden.

Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich haben in Bezug auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit, gemäss Bundesrecht, Anrecht auf entsprechende Gesundheitsversorgung und ge-

wisse Dienstleistungen. Der Zugang zu Verhütungsmitteln ist hierbei nicht inbegriffen. Die Kostendeckung für einen interkulturellen Dolmetschdienst wird zudem nicht gewährleistet. Dies kann zu schwerwiegenden Folgen in Bezug auf den Zugang zu Informationen und zur Gesundheitsversorgung im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit führen. Auf kantonaler Ebene sind jedoch teilweise Lösungen vorgesehen, welche bei Bedarf einen interkulturellen Dolmetschdienst gewährleisten. Ebenso steht es den Kantonen frei, die Kosten für Verhütungsmittel für Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich, teilweise oder vollumfänglich, zu übernehmen.

UNTERBRINGUNG UND BETREUUNG VON FRAUEN UND MÄDCHEN AUS DEM ASYLBEREICH IN DEN KANTONEN

Vorbemerkung

In Hinblick auf allfälligen Handlungsbedarf oder berechnigte Forderungen der zuständigen Akteur_innen wurden in vorliegender Analyse der Unterbringung und Betreuung von Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich vor allem Verbesserungspotential und problematische Aspekte in den Vordergrund gerückt, wobei wenn möglich auch *Good Practices* im Sinne eines optimalen Umgangs mit den identifizierten Problematiken zur Sprache kommen. Ferner ist den Autor_innen bewusst, dass die Istanbul-Konvention erst relativ kürzlich ratifiziert wurde und daher beispielsweise nicht erwartet werden kann, dass die dort eingeforderten Konzepte und Praxen in den Kantonen bereits bestehen.

Allgemeine Lage

Trotz struktureller Einschränkungen wird in den meisten Unterkünften mit (teilweise grossem) Engagement versucht, eine qualitativ gute Unterbringung zu gewährleisten. Insgesamt lassen die Erhebungen jedoch darauf schliessen, dass die Unterkünfte nicht über die finanziellen und personellen Ressourcen und Räumlichkeiten verfügen, um die dort untergebrachten Frauen und Mädchen im Sinne der international angestrebten geschlechtersensiblen Unterbringung angemessen unterzubringen und zu betreuen. Auch der Schutz vor Übergriffen ist in den Unterkünften nicht durchwegs gewährleistet. Viele Frauen und Mädchen fühlen sich in den Unterkünften subjektiv nicht sicher, und es kommt dort immer wieder zu Übergriffen und Gewalttaten.

Regional unterschiedliche Versorgungsmodelle

In Bezug auf die Organisation der medizinischen Versorgung gibt es grosse Unterschiede zwischen der West- und Deutschschweiz, wobei sich die zentralisierten, auf den Asylbereich spezialisierten Gesundheitszentren in der Westschweiz als *Good Practices* herauskristalisieren. In allen Kantonen wurde jedoch Handlungsbedarf im Triageprozess festgestellt. Insbesondere mangelt es in den Unterkünften an medizinisch ausgebildetem spezialisierten Personal, und dem medizinischen Erstversorgungspersonal fehlt es oftmals an der nötigen doppelten Sensibilisierung für asyl- und frauen-/geschlechtsspezifische Problematiken.

Konzepte und Richtlinien

Auf kantonaler Ebene existieren im Widerspruch zur Istanbul-Konvention bisher keine gendersensiblen Gewaltschutz- oder Unterbringungskonzepte oder –richtlinien im Hinblick auf die Unterbringung, Sicherheit und Versorgung von Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich. Die Erarbeitung solcher Konzepte wird empfohlen, um Mindeststandards zu gewährleisten und die derzeit markante Ungleichbehandlung von Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich in Abhängigkeit des Standortkantons und der Unterkunft auszugleichen.

Räumlichkeiten

Die bestehenden Räumlichkeiten stellen das Zentrumpersonal oftmals vor grosse Herausforderungen im Hinblick auf die Umsetzung einer geschlechtersensiblen Unterbringung und Betreuung. Die diesbezüglich festgestellten Defizite wie z.B. der oftmals akute Platzmangel, das teilweise Fehlen von geschlechtergetrennten Sanitäranlagen oder separaten Zimmern für Mütter mit

Neugeborenen oder eine mangelhafte Hygiene entsprechen nicht der international angestrebten *Good Practice*.

Hier bieten das neue Asylverfahren und die Integrationsagenda eine Gelegenheit, umfassende Konzepte für die geeignete Unterbringung von vulnerablen Personengruppen wie Frauen, Mädchen oder LGBTIQ⁺ zu erstellen. Oftmals stellen diese eine zahlenmässig beschränkte Minderheit dar, deren Bedürfnisse und spezifischen Gefährdungen vermutlich aus diesem Grund zu wenig berücksichtigt werden. Neben der Einrichtung reiner Frauenzentren könnten vor allem private Unterbringung oder betreute WGs sowie kantonsübergreifende Strukturen ins Auge gefasst werden.

Qualifikation und Schulung des Unterkunftspersonals

Sowohl das Zentrumspersonal als auch das medizinische Erstversorgungspersonal verfügen in Bezug auf die Themen sexuelle Gewalt und Ausbeutung sowie sexuelle und reproduktive Gesundheit oft nicht über genügende Qualifikationen und Kenntnisse, um eine geschlechtersensible Unterbringung und Betreuung von Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich zu gewährleisten. Schulungen zu den genannten Themen sind in allen Kantonen zeitlich und inhaltlich begrenzt und werden meist nur von Betreuungspersonen der Tagedeams besucht. Fachpersonen sowie Zentrumsangestellte orte hier für alle Personalgruppen Weiterbildungsbedarf. Die Schulungen sollten von externen spezialisierten Fachstellen durchgeführt werden und Inputs von psychologisch/psychiatrisch geschulten Fachpersonen beinhalten.

Ferner werden in den Unterkünften immer weniger ausgebildete Sozialarbeiter_innen beschäftigt. Bei den Betreuungspersonen handelt es sich meist um (oftmals sehr engagierte) Quereinsteiger_innen mit niedrigerer oder anderer Qualifikation, welche stets unter grossem Zeitdruck stehen. Eine individuelle psychosoziale Begleitung in den Unterkünften, welche in der Begleitung Gewaltbetroffener eine zentrale Rolle spielen würde, ist dadurch fast nie gewährleistet. Dies behindert den Aufbau von Vertrauensverhältnissen und damit die Identifikation und Behandlung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen.

Die Betreuungspersonen sind von den hohen und teilweise widersprüchlichen Anforderungen oftmals überfordert. Insbesondere fühlen sie sich bei Vorkommnissen sexueller Gewalt und/oder Ausbeutung oftmals nicht befähigt, adäquat zu intervenieren. Ausserdem stellt sich angesichts der regelmässigen Konfrontation mit Gewalt(erfahrungen) vielfach eine Abstumpfung ein, welche einen sachgerechten Umgang mit dem Thema weiter unterminiert. Hier können neben Schulungen Supervisionsangebote für Betreuende ins Auge gefasst werden. Empfohlen wird weiter eine effizientere Vernetzung der Unterkünfte mit spezialisierten Fachstellen und Angeboten, welche die Unterkünfte unterstützen können.

Schulung und Vernetzung des medizinischen Erstversorgungspersonals

Insbesondere im Deutschschweizer Versorgungsmodell mit niedergelassenen Ärzt_innen ist die Sensibilisierung für die Themen Gewalt an Frauen und sexuelle und reproduktive Gesundheit derzeit vom persönlichen Engagement der einzelnen Ärzt_innen abhängig. Die Istanbul-Konvention verpflichtet jedoch zur Schulung dieses Personals zu diesen Themen. Dies könnte einerseits über Verträge mit den Leistungsträger_innen und andererseits über eine aktivere Vernetzung des medizinischen Erstversorgungspersonals mit spezialisierten Fachstellen gewährleistet werden.

Geschlecht des Betreuungs- und medizinischen Erstversorgungspersonals

Die Tages-Betreuungsteams werden teilweise bewusst gemischt. Jedoch können in keiner der untersuchten Unterkünfte weibliche Ansprechpartnerinnen systematisch aktiv gewährleistet werden, weder beim Betreuungspersonal noch beim Nacht-, Sicherheits- oder medizinischen Erstversorgungspersonal. Empfohlen wird die aktive Gewährleistung von weiblichen Ansprechpersonen zumindest in den Tagedeams und beim medizinischen Erstversorgungspersonal.

Tagesstruktur und Beschäftigung

In den Unterkünften fehlen meist gendersensible Strukturen. Viele bestehende Angebote der Tagesstruktur (Freizeit- und Beschäftigungsangebote) sind vornehmlich auf Männer ausgerichtet und/oder für Frauen wenig geeignet. Gerade zur Unterstützung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen sind erfahrungsgemäss niederschwellige Angebote in der Tagesstruktur jedoch zentral für die Stärkung der Stabilität und Resilienz. Empfohlen wird eine partizipativ ausgestaltete Einrichtung von Tagesstrukturen unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und Ressourcen der beteiligten Frauen und Mädchen, sowie ein verbesserter Zugang von Frauen und Mädchen zu bereits bestehenden Angeboten. Eine massgebliche unterstützende Massnahme für die Erleichterung des Zugangs ist die Einrichtung von Kinderbetreuung, welche in den kantonalen Unterkünften weitestgehend fehlt.

Transkulturelle Dolmetschdienste

Zugang zu unabhängigen transkulturellen Dolmetschdiensten in den Unterkünften und in der medizinischen und perinatalen Versorgung wird von Fachpersonen übereinstimmend als grundlegend für eine gendersensible Unterbringung, Behandlung und Unterstützung von Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich gesehen. Zugang zu solchen Dolmetschdiensten fehlt jedoch in allen untersuchten Unterkünften gänzlich und ist in der medizinischen Erstversorgung nur in den Westschweizer Modellen mit zentralisierter Gesundheitsversorgung gewährleistet. Auch in spezialisierten medizinischen Angeboten und in der perinatalen Versorgung sind Dolmetschdienste nicht systematisch gewährleistet.

Die Folgen dieser Dienstleistungslücke sind teilweise gravierend (Vorfälle von nicht eingewilligten Sterilisationen und Abtreibungen, Fehl- und Überversorgung) und konfliktieren mit völkerrechtlichen Verpflichtungen in Bezug auf das Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie hinsichtlich des Zugangs zu Dienstleistungen für die physische, psychologische und soziale Genesung eines Opfers sexueller Gewalt oder Ausbeutung.

Empfohlen wird die Bereitstellung von finanziellen Ressourcen für unabhängige und von weiblichen Personen durchgeführte transkulturelle Dolmetschdienste insbesondere in medizinischen Eintrittsgesprächen, in allen medizinischen – inklusive psychologischen/psychiatrischen und gynäkologischen/perinatalen – Behandlungs- und Betreuungssituationen, in der psychosozialen Begleitung und in der perinatalen Versorgung.

Erwiesenermassen inadäquat ist die Inanspruchnahme von Familienmitgliedern, Zentrumsmitbewohner_innen, Bekannten oder ungeschulten Freiwilligen zu Dolmetschzwecken, insbesondere in den oben genannten Situationen. Dieses Vorgehen erschwert es gewaltbetroffenen Frauen, sich zu öffnen. Zudem ist die Qualität der Übersetzung nicht gewährleistet, und es besteht die Gefahr der sekundären Traumatisierung.

Sicherheit in den kantonalen Kollektivunterkünften

Die Gewährleistung sowohl der objektiven Sicherheit als auch des subjektiven Sicherheitsempfindens in den Kollektivunterkünften bleibt eine grosse Herausforderung in den Unterkünften. Im Verlaufe der Untersuchungen wurden verschiedene Tatbestände in den Unterkünften bekannt, die von sexueller Belästigung und häuslicher Gewalt (häufig) bis zu Menschenhandel und Vergewaltigung (selten) reichten. Täter_innen sind unter anderem Familienmitglieder und Zentrumsmitbewohner_innen, seltener auch Betreuungspersonal, Sicherheitspersonal und medizinisches Personal. Gewalttaten in den Kollektivunterkünften werden vom Betreuungspersonal oft nicht bemerkt, oder es wird aus Mangel an Beweisen oder aus Überforderung des oft nicht genügend qualifizierten und/oder unterstützten Betreuungspersonals nicht darauf reagiert. Eine Reaktion erfolgt meist erst in extremen Fällen, in welchen die Anzeige- oder Meldepflicht zum Tragen kommen muss.

Räumliche Mängel, das Fehlen einer individuellen psychosozialen Begleitung vor Ort, allfällige frühere Gewalterfahrungen und Gewaltvorkommnisse in den Unterkünften haben zur Folge, dass sich Frauen und Mädchen in den Unterkünften subjektiv oftmals nicht sicher fühlen. Auf bereits früher von Gewalt Betroffene trifft dies in verstärktem Masse zu.

Aufgrund der mangelhaften Sicherheit und des oftmals fehlenden Sicherheitsgefühls der Bewohnerinnen in Kollektivunterkünften können diese daher nicht generell als 'sichere Räume' bezeichnet werden. Gemäss den völkerrechtlichen Vorgaben müssen jedoch gerade Opfer sexueller Gewalt oder Ausbeutung an einem Ort untergebracht werden, der ihre Sicherheit sowie ihre körperliche, psychische und soziale Genesung gewährleistet. Als Massnahmen zur Verbesserung der Sicherheitssituation können neben der vermehrt privaten und spezialisierten Unterbringung mehr Personalressourcen, Schulungen des Personals, standardisierte Abläufe und Supervision für das Betreuungspersonal bei Verdachtsmomenten sowie ein Verhaltenskodex für Betreuende und Bewohner_innen geprüft werden.

Sensibilisierung und Information zu den Themen sexuelle Gewalt und Ausbeutung

Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich werden ungenügend über den Themenbereich sexuelle Rechte / sexuelle Gewalt und Ausbeutung informiert. Es besteht ein Recht auf Information und folglich auf selbstbestimmtes Entscheiden, zum Beispiel im Hinblick auf die Einwilligung in den Geschlechtsverkehr oder dem Recht auf Schadenersatz. Empfohlen wird eine Sensibilisierung über verschiedene Kanäle, Mittel und Methoden über einen längeren Zeitraum. Ebenfalls von zentraler Bedeutung ist die gleichzeitige Sensibilisierung der Männer.

IDENTIFIKATION, BEHANDLUNG UND UNTERSTÜTZUNG VON OPFERN SEXUELLER GEWALT UND AUSBEUTUNG IN DEN KANTONEN

Allgemeine Lage

Die Anzahl von Gewaltopfern unter Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich ist nicht bekannt. Fach- und Betreuungspersonen gehen jedoch von hohen bis teilweise sehr hohen Betroffenenraten aus. Im Vergleich zu dieser Einschätzung werden in der Schweiz aufgrund verschiedener Zugangshürden nur sehr wenige Gewaltbetroffene identifiziert respektive sachgerecht behandelt. Die Ausgestaltung des spezialisierten Angebots variiert stark von Kanton zu Kanton und muss mit einer allfälligen Ausnahme in den vertieft untersuchten Kantonen als unzureichend bezeichnet werden. Dies da die Angebote zu knapp sind, nicht über die für eine sachgerechte Behandlung benötigte Doppelqualifizierung (Asylbereich/Gender) verfügen und/oder hohe Zugangshürden kennen. Eine der grössten Herausforderungen bleibt die Identifikation Gewaltbetroffener. Hierzu fehlen derzeit in den Kantonen Konzepte, Richtlinien und standardisierte Abläufe. Ferner besteht Schulungsbedarf beim Betreuungs- und medizinischen Erstversorgungspersonal, welches bei der Identifikation und der Triage an spezialisierte Angebote eine zentrale Rolle spielt.

Opferzahlen

Nur in zwei Kantonen werden Opferzahlen erhoben, und die existierenden Zahlen sind zudem nicht zuverlässig, da die Dunkelziffer mutmasslich hoch ist. Fach- und Betreuungspersonen gehen davon aus, dass viele Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich im Herkunftsland oder auf der Flucht – häufig schwere – sexuelle Gewalt oder sexuelle Ausbeutung erfahren haben und teilweise in der Schweiz weiterhin erfahren. Bei gewissen Gruppen von Frauen und Mädchen (gewisse Herkunftsländer oder Fluchtwege) wird sogar davon ausgegangen, dass die meisten solche Gewalt erfahren haben. Die kantonalen Asylbehörden sehen sich ausserstande, eine Einschätzung zum Anteil gewaltbetroffener Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich abzugeben oder schätzen diesen Anteil mehrheitlich niedrig ein. Zur besseren Einschätzung der Opferzahlen wird eine systematische und differenzierte statistische Erfassung von erkannten Gewaltopfern aus dem Asylbereich empfohlen.

Wirksamkeit des Opferhilfegesetzes (OHG)

Gewaltbetroffene Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich profitieren kaum von der Opferhilfe. Erstens wird einstimmig davon ausgegangen, dass die grosse Mehrheit der Gewaltbetroffenen einzig im Ausland Gewalt erfahren hat. Diese Personen gelten nach OHG nicht als Opfer und haben ausser auf Beratung keinen Anspruch auf Opferhilfeleistungen. Zwar gibt es in den Kantonen gewisse Angebote, welche unabhängig eines Opferstatus Behandlungen anbieten, diese sind jedoch knapp und können den Behandlungsbedarf bei Weitem nicht abdecken. Doch auch für Frauen und Mädchen, die (auch) in der Schweiz Gewalt erfahren haben und somit nach OHG als Opfer gelten, ist der Zugang zu Opferhilfe mit erheblichen Hindernissen versehen. Insbesondere werden sie selten als gewaltbetroffen identifiziert oder entscheiden sich aus verschiedenen Gründen (Retraumatisierung, Scham, Beziehung zur Täterschaft, Angst vor negativer Beeinflussung des Asylverfahrens, mangelhafte Information über sexuelle Rechte und das OHG, fehlende psychosoziale Begleitung etc.) gegen eine Meldung oder gegen die Einforderung von Unterstützung durch die Opferhilfe.

Identifikation von Gewaltbetroffenen und Triage zu spezialisierten Angeboten

Im Rahmen dieser Erhebungen konnten keine kantonalen Richtlinien, Konzepte oder standardisierten Abläufe in Erfahrung gebracht werden, welche die Identifikation oder die Triage, Behandlung und Unterstützung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich regeln. Es wird jeweils «von Fall zu Fall» vorgegangen. Empfohlen wird neben der Erarbeitung von kantonalen Konzepten die Schulung des Personals in den Unterkünften sowie die Etablierung von systematischen, durch ausgebildete Fachpersonen durchgeführte Screenings. Anzustreben wäre eine möglichst frühe Erkennung, gefolgt von einer rasch eingeleiteten sachgerechten Behandlung/Unterstützung. Späte oder ausbleibende Behandlungen können den Genesungsprozess verunmöglichen und hohe Folgekosten verursachen.

Es gilt zu berücksichtigen, dass es oftmals eines längeren Prozesses bedarf, bis gewaltbetroffene Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich ihre in der Schweiz geltenden Rechte verstehen, sie auf sich beziehen und danach handeln können. Deshalb ist neben ihrer Information insbesondere die Schaffung von Räumen zentral, in denen ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden kann. Solche Austauschmöglichkeiten kennzeichnen sich aus durch das Vorhandensein von weiblichen transkulturellen Dolmetscherinnen; eine längerfristige, regelmässige Begleitung; Unabhängigkeit vom Asylverfahren; räumliche Distanz zur Kollektivunterkunft und weibliche Therapeutinnen/Sozialarbeiterinnen/Kursleiterinnen. Beispiele für solche Räume sind Geburtsvorbereitungskurse für Frauen aus dem Asylbereich, transkulturell gedolmetschte Psychotherapien mit psychosozialer Begleitung oder Sprachkurse.

Angebote und Angebotslücken

In grossen Kantonen, in den Städten und in der Westschweiz ist das spezialisierte Angebot zur Behandlung und Unterstützung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich besser ausgebaut als in kleineren ländlichen Kantonen in der Deutschschweiz, welche teilweise kaum über solche Angebote verfügen. Insbesondere der Kanton GE fällt mit einem breiten Angebot auf, welches Regelstrukturen und nichtstaatliche Angebote intensiv vernetzt. Eine markante Angebotslücke besteht jedoch in allen Kantonen hinsichtlich transkulturell gedolmetschter psychologischer/psychiatrischer sowie psychosozialer Angebote. Nach Schätzungen von Fachpersonen können insgesamt nur 10% (Deutschschweiz) bis 50-50% (GE und VD) der behandlungsbedürftigen gewaltbetroffenen Personen aus dem Asylbereich sachgerecht behandelt werden (Müller et al. 2018). In den meisten Kantonen fehlen zu diesem bekannten Problem derzeit Finanzierungslösungen. Der Kanton GE kann hier als *Good Practice* für Lösungsansätze betrachtet werden, wobei sich die Voraussetzungen in jedem Kanton natürlich anders gestalten.

Informationsfluss

Die kantonalen Unterkünfte und die medizinischen Grundversorgenden beklagen teilweise fehlende oder spät eintreffende Informationen aus den Bundeszentren. Dies erschwert eine sachgerechte und lückenlose Behandlung und Unterstützung Gewaltbetroffener. Auch beim Rückfluss von Leistungserbringer_innen zu den Unterkünften wird noch Verbesserungspotential geortet. Dasselbe gilt für den Informationsfluss zwischen den Unterkünften respektive den medizinischen Leistungserbringer_innen und dem Asylverfahren.

Verflechtung des Themas sexuelle Gewalt und Ausbeutung mit dem Asylverfahren

Das Asylverfahren stellt erwiesenermassen einen grossen Stressor dar, welcher unter anderem die Identifikation sowie die sachgerechte Behandlung und Unterstützung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen massgeblich erschwert respektive einen Genesungsprozess verunmöglicht. Aufgrund der negativen Auswirkungen langer Wartezeiten im Asylverfahren auf die Gesundheit Gewaltbetroffener ist deshalb individuell abzuwägen, ob eine Triage in das erweiterte Asylverfahren (zum Beispiel zur Abklärung des psychischen Zustandes einer Person oder zur Ermöglichung der Verbalisierung von Gewalterfahrungen) einem beschleunigten Verfahren vorzuziehen ist.

SEXUELLE UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT / PERINATALE VERSORGUNG

Allgemeine Lage

Obschon in allen Kantonen zuständige Stellen und Angebote zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und der perinatalen Versorgung bestehen, sind diese vor allem in den kleinen Kantonen für Frauen aus dem Asylbereich oftmals nicht oder nicht niederschwellig zugänglich. Angebotslücken zeigen sich insbesondere bei der Wahlfreiheit und Finanzierung von Verhütungsmitteln sowie in der gesamten perinatalen Versorgung (Schwangerschaftsbegleitung, Geburtsvorbereitung, Geburt, Wochenbett, Nachsorge), wo es vielerorts an spezialisierter (d.h. transkulturell gedolmetschter und auf den Asylbereich spezialisierter) Versorgung fehlt oder diese Angebote überlastet und/oder schwer zugänglich sind. Bestehende *Good Practices*, z.B. transkulturell gedolmetschte Geburtsvorbereitungskurse, zeigen auf, dass der Aufbau solcher Angebote auch in kleinen Kantonen möglich ist.

Angebote und Angebotslücken

Spezialisierte Angebote im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sind in den untersuchten Kantonen sehr unterschiedlich ausgestaltet und umfassen z.B. auf asylspezifische Fragen sensibilisierte Familienberatungsstellen, Geburtsvorbereitungskurse mit transkulturellen Dolmetschdiensten oder niederschwellige Angebote zur Unterstützung von asylsuchenden Müttern mit Säuglingen. Die Untersuchungen haben aufgezeigt, dass trotz spezifischen Herausforderungen auch kleine Kantone durchaus spezialisierte Angebote in diesem Bereich aufbauen können.

Grundsätzlich braucht es im Asylbereich einen Zusatzeffort, um hinsichtlich sexueller und reproduktiver Gesundheit eine adäquate Grundversorgung zu gewährleisten. Trotz bestehender Angebote wird gemäss befragten Fachpersonen in keinem der untersuchten Kantone den spezifischen Bedürfnissen von Frauen aus dem Asylbereich ausreichend Rechnung getragen. Entweder fehlen spezialisierte Angebote, oder diese sind aufgrund von Zugangshürden oder Überlastung nicht niederschwellig erreichbar.

Empfohlen wird der Auf- und Ausbau von Angeboten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit in Kantonen, wo bis anhin wenige solche Angebote bestehen oder diese bereits ausgelastet sind. Der Fokus sollte dabei auf niederschweligen Angeboten liegen sowie auf Angeboten, die den Aufbau von Vertrauensverhältnissen fördern. Solche Angebote spielen auch in der Identifikation und Unterstützung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen eine zentrale Rolle. Zu-

dem sollte die Beratung und Betreuung durch medizinisch ausgebildetes Personal direkt in den kantonalen Unterkünften ausgebaut werden.

Zugangshürden

Die Zugangshürden zu Angeboten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sind zahlreich und beinhalten u.a. folgende Herausforderungen:

Sensibilisierung und Information: Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich werden oft nicht systematisch zu sexueller und reproduktiver Gesundheit, zu ihren sexuellen Rechten und über diesbezügliche spezialisierte Angebote informiert. Am besten greift eine Sensibilisierung über verschiedene Kanäle, mittels verschiedener Methoden und über einen längeren Zeitraum. Ebenfalls von zentraler Bedeutung ist die gleichzeitige Sensibilisierung und Information der Männer zu diesen Themen und Angeboten. Auch in medizinischen Behandlungssettings werden Frauen teilweise nicht ausreichend informiert, wodurch es immer wieder zu Behandlungen ohne Einwilligungserklärung (*informed consent*) kommt, in einigen Fällen auch bei Sterilisationen oder Abtreibungen.

Weiter ist das Personal in den Kollektivunterkünften ungenügend über das Thema sexuelle und reproduktive Gesundheit sensibilisiert, und auch dem medizinischen Grundversorgungspersonal (z.B. Hausärzt_innen, Gynäkolog_innen, Hebammen) fehlt oftmals vertieftes Wissen zu den spezifischen Herausforderungen im Asylbereich (z.B. Identifikation von FGM in gynäkologischen Untersuchungen, Betreuung von Müttern mit ihren Säuglingen in Kollektivunterkünften etc.). Hier besteht ein Schulungsbedarf.

Transkulturelle Dolmetschdienste: Ferner erschwert der fehlende Rückgriff auf unabhängige transkulturelle Dolmetschdienste in den Unterkünften, in der medizinischen Erstversorgung sowie in weiteren Betreuungssettings (z.B. Hebammen während Wochenbett, aufsuchende Familienarbeit etc.) den Zugang zu Gesundheitsinformationen und -diensten.

Brüche bei Triagen und Übergängen: Bei gewissen Übergängen gehen Frauen mit Unterstützungsbedarf aufgrund fehlender oder mangelhafter Triage 'verloren', z.B. bei mangelhafter Triage zu Gynäkolog_innen durch die Unterkünfte, oder beim Übergang vom Spitalaufenthalt zur hebammengeleiteten Nachsorge oder weiterführenden aufsuchenden Angeboten. Auch bei Übergängen zwischen Bundeszentren, kantonalen Unterkünften und der Unterbringung in der Gemeinde besteht die Gefahr von Brüchen in der Gesundheitsversorgung.

Unzureichende Begleitung und Finanzierung: Im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sowie spezifisch bei der perinatalen Versorgung fehlt in den meisten Fällen eine individuelle psychosoziale Begleitung. Zudem werden gewisse Kosten wie z.B. für Verhütungsmittel oder Fahrkosten nicht übernommen. Eine weitere Hürde besteht im hohen administrativen Aufwand z.B. für die Organisation von alternativen Verhütungsmitteln.

Verhütung

Das Thema Verhütung zeigt die Versorgungslücken im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit besonders deutlich auf. So wird etwa durch die Verabreichung von Verhütungsmitteln, ohne dass die Patientin die genaue Anwendung/allfällige Nebenwirkungen etc. verstanden hat, in vielen Fällen faktisch ein *informed consent* verunmöglicht. Da die Finanzierung von Verhütungsmitteln nicht gewährleistet ist, stellt zudem der Zugang zu diesen generell eine grosse Herausforderung dar. Spezialisierte Stellen beobachten, dass die Pille danach oder Abtreibungen, welche von der Krankenkasse gedeckt werden, aufgrund fehlender Verhütung notwendig werden.

Perinatale Versorgung

Die perinatale Versorgung zeigt exemplarisch den Bedarf an spezialisierten Angeboten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Bestehende Angebote wie z.B. Geburtsvorbereitungskurse mit transkulturellen Dolmetschdiensten sind zwar *Good Practices*, aber meist stark

ausgelastet und/oder können wegen Zugangshürden nicht von allen schwangeren Frauen genutzt werden.

Angebotslücken gibt es im gesamten Verlauf einer Schwangerschaft: In den meisten Fällen fehlen systematische Dolmetschdienste, z.B. bei Schwangerschaftsuntersuchungen, Geburtsvorbereitung, Geburt und Wochenbett. Nicht in allen untersuchten Kantonen gibt es gedolmetschte Geburtsvorbereitungskurse oder Betreuungsmöglichkeiten im Wochenbett. Im Wochenbett fehlen zudem meist Screenings auf psychische Erkrankungen, obwohl bekannt ist, dass solche gerade bei gewaltbetroffenen Frauen aus dem Asylbereich gehäuft auftreten. In der Nachsorge wurden aber auch *Good Practices* ausgemacht. Bewährt hat sich zum Beispiel die Praxis, dass immer dieselben Hebammen die Betreuung von Frauen in Kollektivunterkünften übernehmen, da diese mit den Herausforderungen der Räumlichkeiten vertraut sind.

Nach dem Wochenbett fehlen oftmals nachfolgende Angebote, weshalb viele Mütter auf persönliche Netzwerke zurückgeworfen werden und, wo ein solches fehlt, unter Isolation leiden. Diesbezüglich ist ein Ausbau von Betreuungsangeboten, Anlaufstellen oder Austauschorten für Eltern nach der Geburt zu empfehlen. Auch in materieller Hinsicht fehlt es Familien mit Neugeborenen oftmals an finanziellen Mitteln, z.B. für Babynahrung oder Binden.

Verflechtung mit dem Thema Unterbringung

Die Unterbringungssituation in den Kollektivunterkünften hat während und nach der Schwangerschaft besonders grosse Auswirkungen auf die Frauen. Schlechte hygienische Bedingungen, zu wenig oder keine geschlechtergetrennten sanitären Anlagen und fehlende Rückzugsmöglichkeiten erschweren oder verhindern eine angemessene Unterbringung während der Schwangerschaft und nach der Geburt.

Verflechtung mit dem Thema sexuelle Gewalt und Ausbeutung

Der Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit eignet sich ausgezeichnet für eine vertiefte Information und Sensibilisierung in Bezug auf die Themen sexuelle Gewalt und Ausbeutung (z.B. Gewaltprävention, Sensibilisierung auf sexuelle Rechte, Behandlung von Gleichstellungsthemen, Identifikation und Triage von gewaltbetroffenen Frauen). Gerade spezialisierte Stellen und (meist weibliche) Fachpersonen (Familienplanungsstellen, spezialisierte Geburtsvorbereitungskurse, engagierte Hebammen, aufsuchende Familienarbeit etc.) legen besonderes Augenmerk auf transkulturelle Dolmetschdienste, den Aufbau von Vertrauensverhältnissen, eine gewisse Kontinuität der Behandlung/Betreuung sowie die psychosozialen Bedürfnisse von Frauen aus dem Asylbereich. Dies sind genau die Eigenschaften, welche laut Ergebnissen dieser Studie massgebend sind für den Aufbau von Vertrauensverhältnissen und der Schaffung eines Gefühls von Sicherheit. Solche Vertrauensräume können es gewaltbetroffenen Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich ermöglichen, ihre Gewalterfahrungen zu erkennen, zu verbalisieren sowie Unterstützung einzufordern oder anzunehmen.

UNTERSUCHUNGSLÜCKEN UND FORSCHUNGSBEDARF

Aus Ressourcengründen konnten in den Erhebungen gewisse Aspekte wenig berücksichtigt werden. Dazu gehören insbesondere die Perspektive von Direktbetroffenen (Frauen aus dem Asylbereich), die Rolle der Männer, gewaltbetroffene Männer und Knaben sowie die spezifische Situation von Mädchen, UMA, LGBTIQ⁺, abgewiesenen Asylsuchenden und vorläufig Aufgenommenen. Weiter wären die Konditionen in privaten Unterbringungen, in Notunterkünften und in der Ausschaffungshaft zu untersuchen. Ferner sollten die getroffenen Massnahmen wissenschaftlich begleitet und auf ihre Wirksamkeit hin evaluiert werden.

2. EINLEITUNG

2.1. POSTULATSTEXT UND MANDATE

Am 9. Juni 2016 reichte Nationalrätin Yvonne Feri das Postulat 16.3407 «Analyse der Situation von Flüchtlingsfrauen» ein, welches am 15. März 2017 vom Nationalrat angenommen wurde. Der Postulatstext lautet:

«Flüchtlingsfrauen sind besonders sexueller Gewalt und Ausbeutung ausgesetzt, und zwar nicht nur im Krisengebiet, aus dem sie fliehen, sondern auch während der Flucht und sogar im Land, in dem sie Asyl beantragen. In diesem Kontext stehen die folgenden zwei Problembereiche:

1. Es stellt sich die Frage, wie gezielt die Betreuung, Behandlung und Unterstützung von Flüchtlingsfrauen, die Opfer von sexueller Gewalt und Ausbeutung geworden sind, in der Schweiz ist. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob es nicht sinnvoll wäre, wenn diese Opfer auch auf die Unterstützung der Opferberatungsstellen zählen könnten. Heute ist dies nicht der Fall, weil Artikel 3 des Opferhilfegesetzes diese Unterstützung nur für Tatbestände in der Schweiz vorsieht.

2. Es stellt sich die Frage, ob auch Handlungsbedarf bei der Unterbringung von asylsuchenden Frauen und Mädchen besteht und ob diese angemessen betreut und vor Übergriffen in der Schweiz genügend geschützt werden. Es stellt sich dabei insbesondere die Frage, ob ausreichende Qualitätsrichtlinien und gendersensible Massnahmen zur Unterbringung von asylsuchenden Frauen und Mädchen, wie beispielsweise separate Unterkünfte für alleinstehende Frauen und Familien oder Schulung von Betreuenden, bestehen.

Vor diesem Hintergrund bitte ich den Bundesrat, in einem Bericht zu analysieren, wie die aktuelle Betreuungssituation aussieht und ob Handlungsbedarf besteht.»

Das Staatssekretariat für Migration (SEM) wurde beauftragt, mit Unterstützung der Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK) eine Untersuchung zur Beantwortung der Fragen des Postulats Feri 16.3407 durchzuführen. Daraus haben das SEM und die SODK ein Pflichtenheft zum Einladungsverfahren mit einem Fragekatalog für die Analyse der Situation in den Kantonen abgeleitet. Das SKMR war teilweise in beratender Funktion und teilweise in unabhängiger Forschungsarbeit an der Beantwortung folgender Fragen aus diesem Katalog beteiligt:

- A. Wie ist die Behandlung, Betreuung und Unterstützung von Flüchtlingsfrauen, welche Opfer sexueller Gewalt und Ausbeutung geworden sind, ausgestaltet?^{1,2}**
- B. Bestehen Qualitätsrichtlinien und gendersensible Massnahmen zur Unterbringung von asylsuchenden Frauen und Mädchen? Bestehen ausreichende Qualitätsrichtlinien und gendersensible Massnahmen zur Unterbringung? Ist ein angemessener Schutz**

¹ Bei dieser Frage war im Fragekatalog angemerkt, dass davon auszugehen sei, dass im Postulat die gesundheitliche Behandlung gemeint ist, nicht die Behandlung im Verfahren allgemein, und dass ausserdem die psychologische Unterstützung gemeint ist, nicht eine z.B. finanzielle Unterstützung.

² Hier legte der Fragekatalog konkrete Fragen für die quantitative Umfrage fest: Wie viele Opfer gibt es (Schätzung Anzahl)? Wie viele davon waren Opfer einer Straftat im Ausland? Wenn Opfer einer Straftat im Ausland: Welche Angebote (auch private resp. zivilgesellschaftliche) gibt es? An welche Stellen verweisen die Betreuungspersonen bei Kenntnis der Opfereigenschaft? Wenn Opfer einer Straftat im Inland: Wie ist die Beratung, Betreuung und Unterstützung ausgestaltet? Sind die Opferberatungsstellen genügend auf diese Zielgruppe vorbereitet?

vor Übergriffen gegeben?³ Besteht Handlungsbedarf bei der Unterbringung? Ist die Betreuung angemessen?

Neben der Formulierung dieser Forschungsfragen legte das Pflichtenheft die Arbeitsteilung zwischen SEM, SODK (und weiteren Stellen) und der externen Auftragnehmerin sowie die Erhebungsmethoden für die Bearbeitung der beiden Fragekomplexe A und B fest. Das SKMR nahm als externe Auftragnehmerin folgende Mandate entgegen:

- 1) Forschungsmandat: Verfassen einer **juristischen Analyse** zu geltenden Normen und relevanten Empfehlungen auf Kantons- und Bundesebene sowie auf internationaler Ebene in Bezug auf die Themen des Postulats Feri 16.3407.
- 2) Beratungsmandat: Unterstützung der SODK bei der Ausarbeitung eines **allgemeinen Fragebogens** für alle Kantone, der auf die Fragen im Postulat (Fragekomplexe A und B) Bezug nimmt.
- 3) Forschungsmandat: Unabhängige Durchführung einer qualitativen Erhebung in Form von vertieften **Interviews** mit Schlüsselpersonen aus ausgewählten Kantonen betreffend des Fragekomplexes B (gendersensible Unterbringung). Die Kantone und die Interviewpartner_innen sollen unter anderem aufgrund der Resultate aus der allgemeinen Umfrage ausgewählt werden (s. 2).

Im Verlaufe der Arbeiten wurde das SKMR mit zwei weiteren Mandaten beauftragt:

- 4) Beratungsmandat: Erweiterung des Mandats 1): Das SKMR wurde beauftragt, in Zusammenarbeit mit der SODK den **Fragebogen** für die Kantone zu erarbeiten. Im Rahmen eines Zusatzmandats wurde das SKMR ferner mit der **Auswertung** der erhobenen quantitativen Daten sowie dem Verfassen eines **Berichts** dazu betraut.
- 5) Forschungsmandat: Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) erteilte dem SKMR das zusätzliche Mandat, bei der Gelegenheit der Befragungen in den Kantonen Daten zur Ergänzung des Berichts «**Sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung** von Frauen und ihren Säuglingen in Asylunterkünften in der Schweiz (REFUGEE)» zu sammeln, die von der Berner Fachhochschule in den Kantonen BE, TI und VD durchgeführt worden war (Cignacco et al. 2017).

Nach den quantitativen Erhebungen wurde das Forschungsdesign insofern angepasst, als dass aufgrund der teilweise niedrigen Aussagekraft der erhobenen quantitativen Daten in Bezug auf den Fragekomplex A Fragen zu diesem Komplex zusätzlich in die qualitative Erhebung aufgenommen wurden.

Die quantitativen Daten wurden im Auftrag der SODK im Februar/März 2018 erhoben, analysiert und im Auftrag der SODK in einem Bericht zusammengefasst. Dieser Bericht wurde in französischer Sprache verfasst und ist vollständig in den vorliegenden Bericht integriert, aufgeteilt nach den Fragekomplexen A (Kap. 6) und B (Kap. 5). Die Erhebung der qualitativen Daten erfolgte von Juli bis Oktober 2018. Die Analyse der qualitativen Daten sowie die Gesamtrahmung der Studie ist in deutscher Sprache gehalten. Die juristische Analyse wurde auf Französisch verfasst.

Zur Begleitung der Untersuchungen hat das SEM eine Arbeitsgruppe aus Vertreterinnen und Vertretern des SEM, der SODK, des SKMR, des BAG und mehrerer internationaler Organisationen sowie Nichtregierungsorganisationen (*FIZ*, *TDF*, *SFH* und *UNHCR*) zusammengestellt. Die Mitglieder hatten die Möglichkeit, die Entwürfe aller Erhebungsinstrumente sowie des Schlussberichts zu kommentieren.

³ Zu dieser Frage wurde vermerkt, dass diese Fragestellung insbesondere im Lichte der schweizerischen Verpflichtungen im Rahmen des Übereinkommens des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt (Istanbul-Konvention) zu beantworten ist.

Im vorliegenden Schlussbericht folgen auf die Ausführungen der angewandten Methoden (Kap. 3) und die juristische Analyse (Kap. 4) die Analysen der beiden empirischen Erhebungen, unterteilt in je ein Kapitel zu Fragekomplex B (Kap. 5) und Fragekomplex A (Kap. 6) sowie ein Kapitel zum Zusatzmandat des BAG (Kap. 7). Den Abschluss bildet die Synthese mit Handlungsempfehlungen (Kap. 8).

2.2. BEGRIFFSDEFINITIONEN UND FORSCHUNGSFOKUS

Flüchtlingsfrauen

Mit 'Flüchtlingsfrauen' sind in dieser Studie grundsätzlich alle Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich gemeint.⁴ Dazu gehören Asylsuchende, abgewiesene Asylsuchende, vorläufig Aufgenommene sowie als Flüchtlinge anerkannte Frauen und Mädchen (mit und ohne Asyl).

Kollektivunterkünfte

Unter dem Begriff 'Kollektivunterkünfte' oder 'Unterkünfte' wurden alle kantonalen Asylunterkünfte für mehr als acht Personen erfasst. Nicht zu den untersuchten Unterkünften zählen Zentren des Bundes (Empfangs- und Verfahrenszentren, Bundesasylzentren etc.), Nothilfezentren sowie Schutzhäuser für Frauen oder Minderjährige (Frauenhäuser etc.).

Gendersensible Unterbringung

Mit dem Begriff 'gendersensibel' ist gemäss heutigen internationalen Rechtsstandards die Forderung nach dem Einbezug der spezifischen Bedürfnisse von Frauen und Mädchen gemeint. In Bezug auf Asylunterbringung bedeutet dies insbesondere

- 1) die aktive Ergreifung von Massnahmen zur **Prävention** von Gewalt gegen Frauen und Mädchen (z.B. Schulung des Personals, weibliches Sicherheitspersonal, geschlechtergetrennte Gebäude oder Aufenthaltsräume etc.)
- 2) eine angemessene **Beratung und Betreuung**, welche die spezifischen Bedürfnisse von Frauen und Mädchen im Asylbereich berücksichtigt (z.B. Betreuung nach Gewalterfahrung, Schwangerschaftsberatung, Familienplanung etc.)
- 3) Massnahmen für **Chancengleichheit** (z.B. Kinderbetreuung, Beschäftigungsprogramme, welche sich an den Ressourcen und Bedürfnissen von Frauen und Mädchen ausrichten etc.)

Betreuungspersonen

Unter 'Betreuungspersonen' sind hier die Mitarbeiter_innen in den Kollektivunterkünften gemeint, die tagsüber für die Betreuung der Bewohner_innen zuständig sind. In der qualitativen Erhebung wurden aus dieser Personalgruppe vornehmlich die Gesundheitsverantwortlichen befragt.

Behandlung und Unterstützung

Mit 'Behandlung' sind medizinische Behandlungen inklusive psychologische/psychiatrische Behandlungen und die Betreuung durch Hebammen gemeint. Der Begriff 'Unterstützung' umfasst nichtmedizinische Begleitangebote wie z.B. psychosoziale Begleitung (siehe unten), Beratungen

⁴ Die Istanbul-Konvention gibt vor, dass Massnahmen zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt ohne Diskriminierung aufgrund (unter anderem) des biologischen und sozialen Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der Geschlechtsidentität oder des Alters zu treffen sind. Das bedeutet mit anderen Worten, dass z.B. die spezifische Situation von lesbischen Frauen und Trans*frauen und -mädchen immer mitberücksichtigt werden müssen. Im Rahmen dieser Studie wurden zwar in den Interviews auch Fragen zu Erfahrungen mit diesen Personengruppen gestellt. Da jedoch zu diesem Thema keine spezialisierten Fachpersonen (z.B. *Queer Amnesty*) befragt werden konnten, konnten nicht genügend Daten erhoben werden, um der Komplexität der Themen nicht-heteronormative Sexualitäten und Geschlechtsidentitäten im Asylbereich gerecht zu werden. Dasselbe gilt für die spezifische Situation von Mädchen. Siehe auch Kapitel 3.2.3. zu Forschungslücken.

(Familienberatung, Rechtsberatung etc.), Geburtsvorbereitungskurse, aufsuchende Familienarbeit etc.

Medizinische Erstversorgung und Grundversorgung

Unter medizinischer Erstversorgung respektive Erstversorgenden verstehen wir das medizinische Personal, welches in den Kantonen als erste medizinische Anlaufstelle für Personen aus dem Asylbereich fungiert und daher die zentrale Rolle in der Triage zu weiteren medizinischen Angeboten spielt. In den auf den Asylbereich spezialisierten Gesundheitszentren in der Westschweiz gehören dazu sowohl dort angestellte Allgemeinmediziner_innen und Gynäkolog_innen als auch allfällige spezialisierte Pflegefachpersonen, welche in diesen Gesundheitszentren die medizinischen Eintrittsgespräche und/oder die Triage und/oder allenfalls erste Anamnesen durchführen. In der Deutschschweiz gehören zum medizinischen Erstversorgungspersonal die zuständigen Hausärzt_innen respektive Gynäkolog_innen (niedergelassen oder in Spitälern). Damit unterscheidet sich die medizinische Erstversorgung von der medizinischen *Grundversorgung*, welche breiter gefasst ist und z.B. auch die psychologische/psychiatrische Versorgung, die Versorgung durch Hebammen oder spezialisierte Medizin beinhaltet.⁵ Die medizinische Erstversorgung unterscheidet sich zudem von der Betreuung durch Gesundheitsverantwortliche in den Unterkünften, welche meist nicht medizinisch ausgebildet sind. Mitgemeint sind hingegen spezialisierte Pflegefachpersonen, welche in Unterkünften stationiert sind (solche existierten in keinem der hier vertieft untersuchten Kantone).

Psychosoziale Begleitung

Unter psychosozialer Begleitung wird hier die längerfristige Begleitung von Personen aus dem Asylbereich durch eine_n ihnen persönlich zugeteilte_n professionelle_n Sozialarbeiter_in verstanden (im Sinne einer durchgehenden Fallführung, wie sie derzeit im Rahmen der Integrationsagenda im erweiterten Asylverfahren vorgesehen ist, s. IAS 2018, S.8). Psychosoziale Begleitpersonen können örtlich und organisatorisch z.B. an Kollektivunterkünfte, an separate kantonale Einrichtungen (z.B. Sozialdienste) oder an interdisziplinäre spezialisierte Fachstellen (z.B. transkulturelle psychologische/psychiatrische Angebote) angebunden sein. Im letzteren Fall wird unter psychosozialer Begleitung spezifisch die längerfristige persönliche Begleitung durch eine_n professionelle_n Sozialarbeiter_in während einer psychologischen/psychiatrischen Behandlung gefasst (z.B. Unterstützung während einer Traumatherapie).

Psychosoziale Begleitpersonen in diesem Sinne sind also nicht gleichzustellen mit den Betreuungspersonen in den Kollektivunterkünften, die in erster Linie Administrations- und Aufsichtsfunktionen zu erfüllen haben (Mitarbeitende in der Administration, Hausmeister_innen, Nachtpersonal etc). Ebenfalls nicht gemeint sind die Betreuungspersonen in Unterkünften, welche nicht als persönliche Ansprechperson für Einzelpersonen agieren, sondern z.B. Gesundheitsverantwortliche oder Verantwortliche für das kollektive Leben (Organisation von Tagesstrukturen etc.) sind.⁶ Nicht mitgemeint sind ausserdem niedrigqualifizierte Zentrumsmitarbeitende mit generellen Aufgaben im sozialen Bereich wie z.B. 'Sozialassistent_innen'.

Spezialisierte Fachpersonen / spezialisierte Angebote

Im Rahmen dieser Studie wurden unter anderem 'spezialisierte Fachpersonen/Angebote' befragt. Darunter subsumieren wir Fachpersonen, Fachstellen und Angebote, welche *sowohl* über spezialisiertes Wissen und Erfahrung im **Asylbereich** *als auch* über spezialisiertes Wissen und Erfahrung in der Behandlung und Unterstützung **gewaltbetroffener Frauen** (Kap. 5 und 6) res-

⁵ Zur medizinischen Grundversorgung siehe <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/berufe-im-gesundheitswesen/medizinalberufe/medizinische-grundversorgung.html> (siehe v.a. das Faktenblatt), Zugriff am 14.3.2019.

⁶ Ungeachtet dessen, ob diese Verantwortlichen in Sozialer Arbeit ausgebildet sind oder nicht.

pektive über spezialisiertes und geschlechtsspezifisches Wissen zu **sexueller und reproduktiver Gesundheit** (Kap. 5 und 7) verfügen.

Folgende spezialisierten Fachpersonen/Angebote wurden befragt:

- Auf den Asylbereich spezialisierte Psycholog_innen/Psychiater_innen und Sozialarbeitende (hier wurden sowohl staatliche (z.B. *Transkulturelle Psychiatrie Inselspital Bern*) als auch nichtstaatliche Angebote (z.B. *Appartenances*) sowie spezialisierte niedergelassene Therapeutinnen befragt)
- Mitarbeitende von Beratungs- und Begleitungsangeboten im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit (auch hier wurden sowohl staatliche als auch nichtstaatliche Angebote befragt, z.B. Zentren für sexuelle Gesundheit oder Geburtsvorbereitungskurse)
- Fachpersonen aus kantonalen interdisziplinären Gesundheitszentren in der Westschweiz, welche für die medizinische Erst- und Grundversorgung im Asylbereich zuständig sind
- Fachpersonen aus NGOs, welche auf Frauen aus dem Asylbereich spezialisiert sind (*FIZ*, *TDF*)
- Einzelne weitere Fachpersonen (z.B. von Rechtsberatungsstellen).

Eine vollständige Liste der befragten Personen und Organisationen befindet sich im Anhang 9.1.

Es ist anzumerken, dass sich im Verlaufe der Untersuchungen zeigte, dass nicht ganz alle befragten Fachpersonen/Angebote tatsächlich über die oben definierte *doppelte* Spezialisierung verfügen. Darauf wurde in den Interviews selbstkritisch verwiesen. Auch wurde auf Qualifikations- und Weiterbildungsbedarf hinsichtlich gewisser Themen hingewiesen. Ausserdem kann in Bezug auf die quantitative Umfrage in allen Kantonen nicht davon ausgegangen werden, dass alle Personen, welche die Umfrage beantworteten, von der hier ausgelegten Definition des Begriffs ausgingen (der Begriff wurde im Glossar nicht definiert).⁷

Werden in diesem Bericht die Begriffe 'spezialisierte Fachpersonen' oder 'spezialisierte Angebote' in Bezug auf eine bestimmte Erfahrung, Einschätzung oder Empfehlung verwendet, verweist dies darauf, dass mehrere dieser Fachpersonen sich im Interview zum diskutierten Thema ähnlich geäußert haben. Trifft die Aussage nur auf eine Fachperson oder auf eine spezifische Untergruppe der hier genannten Fachpersonen zu, wie z.B. Psycholog_innen/Psychiater_innen, wird dies explizit erwähnt.

Transkulturelle Dolmetschdienste

Wir sprechen hier nach Domenig (2007) und Wicker (2012) von 'transkulturellen' Dolmetschdiensten/Dolmetscher_innen. Andernorts werden andere Begrifflichkeiten verwendet, im Kanton Neuenburg etwa 'soziokulturelles Dolmetschen', im übrigen deutschen Sprachraum 'interkulturelles Dolmetschen'.⁸

Aktive Garantie

Unter aktiver Garantie wird hier verstanden, dass gewisse Dienste wie z.B. Dolmetschdienste oder die Gewährleistung von weiblichem Gesundheitspersonal aktiv und nicht nur auf Wunsch oder Anfrage zur Verfügung gestellt werden.

⁷ Spezialisierte Fachpersonen und Organisationen weisen darauf hin, dass die allgemeinen zuständigen Stellen für den Asylbereich generell selten über die hier gemeinte Doppelspezialisierung verfügen.

⁸ Siehe <https://www.inter-pret.ch/de/angebote/begriffsklaerungen-39.html>, Zugriff am 7. Februar 2019.

Sexuelle Gewalt und Ausbeutung

Der quantitativen Untersuchung (Beratungsmandat) wurde eine Definition von sexueller Gewalt und Ausbeutung zugrunde gelegt, welche sich hauptsächlich am Schweizer Recht orientiert. In dieser Definition umfasst 'sexuelle Gewalt und Ausbeutung':

- Vergewaltigung, Art. 190 StGB
- Sexuelle Nötigung, Art. 189 StGB
- Sexuelle Handlungen mit Minderjährigen, Art. 187 StGB
- Sexuelle Handlungen mit Abhängigen, Urteils- oder Widerstandsunfähigen oder Beschuldigten, Art. 188, 191 und 192 StGB
- Sexuelle Belästigung, Art. 198 StGB
- Häusliche Gewalt (Akte, welche von Personen, die innerhalb einer bestehenden oder aufgelösten familiären oder eheähnlichen, partnerschaftlichen Beziehung leben ausgeübt werden und welche die sexuelle Integrität beeinträchtigen (z.B. Vergewaltigung, sexuelle Nötigung oder sexuelle Belästigung)⁹
- Ausnützung einer Notlage, welche zur Beeinträchtigung der sexuellen Integrität führt, Art. 193 StGB
- Menschenhandel zum Zwecke der sexuellen Ausbeutung, Art. 182 StGB
- Förderung der Prostitution, Art. 195 StGB
- Genitalverstümmelung (Female Genital Mutilation, FGM), Art. 124 StGB
- Zwangsheirat, Art. 181a StGB
- Zwangsabtreibung, Art. 118 Abs. 2 StGB
- Zwangssterilisierung, Art. 122 StGB
- Exhibitionismus, Art. 194 StGB
- Pornografie, Art. 197 StGB
- Androhung solcher Gewaltakte, Art. 180 StGB

Der qualitativen Untersuchung (Forschungsmandat) wurde eine Definition von sexueller Gewalt und Ausbeutung zugrunde gelegt, welche sich hauptsächlich am internationalen Recht orientiert. Wir stützten uns dabei auf die Definition von «Gewalt gegen Frauen» in der Istanbul-Konvention, welche alle Handlungen geschlechtsspezifischer Gewalt bezeichnet, «die zu körperlichen, sexuellen, psychischen oder wirtschaftlichen Schäden oder Leiden bei Frauen führen oder führen können, einschliesslich der Androhung solcher Handlungen, der Nötigung oder der willkürlichen Freiheitsentziehung, sei es im öffentlichen oder privaten Leben» (Istanbul-Konvention Art. 3, Abs. a). Unter dem Begriff «geschlechtsspezifische Gewalt gegen Frauen» wird dabei Gewalt verstanden, «die gegen eine Frau gerichtet ist, weil sie eine Frau ist, oder die Frauen unverhältnismässig stark betrifft» (Art. 3, Abs. d). Dazu gehören alle oben aufgezählten Akte der Gewalt, aber auch weitere gegen Frauen gerichtete Gewalt, welche oberflächlich betrachtet möglicherweise nicht als sexualisiert wahrgenommen wird (z.B. Schläge, Drohungen), jedoch ebenso strukturelle Folge ungleicher Geschlechterverhältnisse ist und somit eine vergeschlechtlichte Dimension aufweist.

Aus Gründen der Machbarkeit wurden in der vorliegenden Studie insbesondere wirtschaftliche Schäden oder Leiden nur am Rande bearbeitet. Ferner ist festzuhalten, dass eine Studie in vorliegendem Umfang diesen zahlreichen und äusserst verschiedenen gelagerten Gewaltproblematiken nicht im Detail Rechnung tragen kann. So unterscheiden sich beispielsweise die Indikatoren zur Identifikation von Menschenhandel signifikant von denjenigen von häuslicher Gewalt, und auch der Handlungsbedarf variiert stark nach der Art des Tatbestandes. Aufgrund dieser Kom-

⁹ Häusliche Gewalt erscheint im StGB nicht als separater Tatbestand, wird jedoch im Rahmen der konkreten Tatbestände (z.B. sexuelle Nötigung, sexuelle Belästigung, Drohungen, Körperverletzung) je nach Tatbestand als Official- oder Antragsdelikt verfolgt. Für die qualitative Erhebung (Forschungsmandat) wurde die Einschränkung «welche die sexuelle Integrität beeinträchtigen (z.B. Vergewaltigung, sexuelle Nötigung oder sexuelle Belästigung)» aufgehoben (siehe unten).

plexität kann hier nur beispielhaft auf die spezifischen Formen der sexuellen Gewalt und Ausbeutung eingegangen werden.

Gewaltbetroffenheit und Traumatisierung

Unter dem Begriff 'Gewaltbetroffene' werden hier alle Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich gefasst, welche von sexueller Gewalt und Ausbeutung betroffen sind. Dies ist abzugrenzen vom Begriff 'Traumatisierte', unter welchem alle Personen verstanden werden, welche traumatische, also «äusserst schwere, lebensbedrohliche Erlebnisse, welche in jedem Betroffenen oder Zeugen [sic] grosse Angst auslösen», erfahren haben (Müller et al. 2018, S. 8). Traumatische Erlebnisse sind Auslöser von posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS), welche vielfältige Symptomen aufweisen können wie z.B. Wiedererleben des Traumas durch Alpträume oder Flashbacks, vermeidendes Verhalten, Entwicklung von Schuld- und Schamgefühlen oder Schlafstörungen. Neben PTBS können traumatische Erlebnisse auch andere Auswirkungen wie z.B. Depressionen haben, welche vielfach fehldiagnostiziert werden (Müller et al. 2018, S. 8/9).

'Gewaltbetroffene' können also von sexueller Gewalt und Ausbeutung betroffen sein, ohne unter PTBS zu leiden. (Laut den hier befragten spezialisierten Fachpersonen führen jedoch gerade erlebte sexuelle Gewalt und Ausbeutung oft zu PTBS.) Umgekehrt stammen erlebte PTBS von Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich nicht unbedingt von Erfahrungen sexueller Gewalt und Ausbeutung, sondern können auch durch andere traumatisierende Erlebnisse wie z.B. Bombardements, Meeresüberquerungen oder die Beobachtung von Gewalttaten an Angehörigen entstehen. (Fachpersonen identifizieren jedoch sexuelle Gewalt und Ausbeutung als eine zentrale Ursache von Traumatisierung unter Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich.)

3. METHODOLOGIE UND DATENQUALITÄT

3.1. MÉTHODOLOGIE ET QUALITÉ DES DONNÉES DE L'ENQUÊTE QUANTITATIVE

Le questionnaire en ligne était soumis aux « **coordinateur-trice-s asile** » des vingt-six cantons, dont le rôle est notamment de coordonner au niveau cantonal les mesures liées à l'asile. Cette démarche, si elle permet d'atteindre tous les cantons, impose néanmoins aux chercheur-e-s de renoncer à une certaine profondeur dans les questions et dans l'analyse.

Concernant la programmation du questionnaire, elle a été effectuée à l'aide du logiciel « Qualtrics », selon le texte original en allemand et une traduction française. Le sondage était accompagné d'un glossaire (accessible par <http://glossar.simplesite.com/>) compilant les définitions utiles à la compréhension des questions (cf. chapitre II.2 quant aux définitions). La distribution de l'enquête en ligne s'est faite via un lien personnalisé (adresse e-mail) adressé aux 26 coordinateur-trice-s. Ceux-celles-ci ont été invité-e-s à transmettre ledit lien (ou une version Word du questionnaire) à toute personne et/ou institution susceptible de compléter les questions de son ressort. L'objectif de cette démarche était donc de cibler un-e interlocuteur-trice unique par canton qui jouerait le rôle de transmetteur auprès des répondant-e-s potentiellement les mieux informé-e-s, en diffusant le sondage et en récoltant les réponses.

Les répondant-e-s ont été prié-e-s de ne pas transmettre l'enquête aux centres d'aide aux victimes (centres LAVI¹⁰), une autre étude de la CDAS (mandat interne, voir ci-dessous) auprès de ces centres étant en cours, ce qui constitue une limite de ce sondage en ligne. De fait, des informations pertinentes éventuellement en possession des centres LAVI n'ont pas pu être récoltées dans le cadre de cet état des lieux. Ces centres peuvent notamment tenir des statistiques relatives au nombre de femmes et de filles dans le canton, victimes de violence ou d'exploitation sexuelle, sans que les autorités cantonales en matière d'asile n'en aient connaissance.

3.1.1. Nombre et délai des réponses et degré de complétion des questions

Parmi les 26 cantons sollicités, 24 ont répondu à l'appel et complété le sondage en ligne, ce qui constitue un résultat plutôt probant. Ce bilan ne dit en revanche rien de la qualité des réponses enregistrées. Ce point est abordé ci-dessous. Les cantons ont globalement répondu aux questions qui leur étaient adressées. Seuls deux cantons ont omis de répondre à une partie conséquente du questionnaire (VS et ZH). Il serait intéressant d'en connaître les raisons, mais cela dépasserait le cadre de cet état des lieux. Cependant, au moment du rappel auprès des répondant-e-s après que le premier délai pour la complétion des réponses ait été dépassé, nous avons reçu des commentaires critiques sur le questionnaire et l'étude en général, permettent de saisir la manière avec laquelle le questionnaire a été globalement reçu auprès des répondant-e-s.

3.1.2. Réception du sondage

3.1.2.1. Qualité des réponses enregistrées

De nombreuses réponses à des questions qui appelaient des statistiques ou des développements, voire des reproductions *in extenso* de textes de lois, de règlements ou de directives, sont restées superficielles. Plus précisément, aucun-e répondant-e n'a soumis les documents demandés (lignes directrices, concept etc.). Ce résultat en demi-teinte s'avère en réalité intéressant, et il y sera revenu plus loin. Il pourrait témoigner soit du fait que de telles dispositions et statistiques n'existent effectivement pas dans la plupart des cantons, soit du fait que l'interlocuteur-trice dont la compétence est principalement du domaine de l'asile (coordinateur-trice asile) n'est pas infor-

¹⁰ Etablis selon la loi d'assistance aux victimes d'infractions (LAVI).

mé-e du cadre général cantonal en matière de violence ou d'exploitation sexuelle. Ce résultat superficiel peut également s'expliquer, selon certaines critiques exprimées par les répondant-e-s (cf. ci-dessous), par la charge importante de travail que représentait la complétion du sondage à côté des tâches ordinaires ou par le fait que le sondage n'ait pas été totalement accepté, tant dans ses questions que des méthodes choisies, par certains cantons.

Il convient de préciser que les résultats de l'enquête quantitative sont présentés sur la base des réponses apportées par les répondant-e-s, sans qu'il ne nous soit possible de déterminer avec précision ce que les différent-e-s répondant-e-s ont entendu, notamment, par le terme « offres spécialisées » vis-à-vis des femmes ou filles relevant du domaine de l'asile. A cet égard, il est possible que certain-e-s répondant-e-s aient compris qu'il s'agissait de services médicaux généraux, c'est-à-dire non spécialisés pour les femmes et les filles issues du domaine de l'asile.

3.1.2.2. (Auto)critique exercée par les cantons

Comme évoqué plus haut, quatre cantons nous ont fait part, directement ou à l'occasion de la campagne de rappels téléphoniques dirigée par la CDAS, de critiques qui concernent les questions (imprécises, incohérentes, mal formulées, tendancieuses) ou l'instrument du sondage en tant que tel (inadapté à une thématique aussi sensible). En outre, un-e répondant-e a fait savoir que le questionnaire n'était pas à son sens adressé aux bon-ne-s interlocuteur-trice-s. Toutefois, les arguments avancés ont été relativement peu développés, et il est donc difficile de mener un débat de fond sur les choix méthodologiques et de contenu opérés.

Il convient tout de même de relever le commentaire du-de la répondant-e qui regrette l'utilisation d'un sondage : cette personne préconise la tenue d'entretiens individuels et approfondis, plus adaptés selon elle au traitement d'une thématique aussi sensible. Le retour du-de la répondant-e valide le choix méthodologique de mener dans une phase ultérieure des entretiens approfondis auprès de personnes-clé dans certains cantons. Le-la répondant-e souligne par ailleurs la nécessité de thématiser la problématique des dispositifs d'aide aux réfugié-e-s victimes de violence ou d'exploitation sexuelle. Plusieurs interlocuteur-trice-s ont ainsi manifesté leur intérêt et certain-e-s ont convenu à cette occasion que la situation dans leur canton méritait d'être évalué au regard des manquements qu'ils ont parfois pu constater en remplissant le questionnaire. Sur l'impulsion de ce questionnaire, un canton a donné mandat à une organisation non gouvernementale membre du groupe d'accompagnement du postulat Feri d'évaluer la situation d'accompagnement des femmes et des filles dans le domaine de l'asile.

3.1.2.3. Sélection des cantons pour l'enquête approfondie qualitative

Un objectif secondaire de cet état des lieux auprès des 26 cantons était de contribuer au processus de sélection, sur la base des résultats obtenus, de six cantons auprès desquels le CSDH mènera une enquête approfondie portant sur les questions posées par le postulat Feri, par le biais d'entretiens d'experts. D'après les résultats de l'enquête quantitative, une présélection de cantons reposant sur des critères objectifs a été proposée (voir immédiatement après).

3.2. METHODOLOGIE UND DATENQUALITÄT DER QUALITATIVEN ERHEBUNG

3.2.1. Zur Auswahl der untersuchten Kantone und Kollektivunterkünfte

Die Auswahl der Kantone für die vertiefte Umfrage erfolgte einerseits aufgrund folgender objektiver Kriterien:

- Angemessene Vertretung der Sprachregionen
- Unterschiedliche Grösse der Kantone
- Städtische und ländliche Kantone

- Angemessene Berücksichtigung der besonders bevölkerungsreichen Kantone
- Berücksichtigung der bereits von der Berner Fachhochschule Gesundheit im Rahmen der REFUGEE-Studie untersuchten Kantone

Andererseits stützte sich die Auswahl auf die Angaben der Kantone in der quantitativen Umfrage, insbesondere:

- Berücksichtigung unterschiedlicher Modelle betreffend Betrieb der Kollektivunterkünfte (Betrieb durch den Kanton, durch öffentlich-rechtliche oder nichtstaatliche Organisationen oder durch private Anbieter_innen)
- Angabe, dass Schulungen des Unterkunftspersonal zum Thema sexuelle Gewalt und Ausbeutung obligatorisch sind
- Angabe, dass im Kanton standardisierte Abläufe zur Identifikation von Gewaltopfern bestehen

Daraus ergab sich die Auswahl BE, GE, NE, NW, TG und ZH. ZH hat sich nachträglich aus der Untersuchung zurückgezogen, da der Kanton zum Zeitpunkt der Befragung seine Mandate für die Unterbringung neu ausgeschrieben hatte und damit eine Untersuchung der aktuellen Lage nicht als sinnvoll erachtete. Durch das späte Wegfallen von ZH aus der Untersuchung ging insbesondere der einzige Kanton in der Auswahl verloren, welcher mit einer privatwirtschaftlichen Zentrumsbetreiberin arbeitet,¹¹ sowie der einzige Kanton in der Auswahl, welcher im Fragebogen angegeben hatte, dass im Kanton standardisierte Abläufe zur Identifikation von Gewaltopfern im Asylbereich bestehen. Aus Ressourcengründen und aufgrund des gegebenen Zeitplans konnte die Auswahl nicht mehr entsprechend erweitert werden.

Ebenso entscheidend wie die Auswahl der Kantone war die Auswahl der untersuchten **Kollektivunterkünfte**. Diese wurden unterschieden nach Grösse, Zielpublikum (Unterkünfte für allein reisende Frauen und Familien; für allein reisende Frauen und Männer; Unterkünfte mit vielen Frauen und wenigen Männern und umgekehrt; eine Unterkunft ausschliesslich für Frauen) und Standort (zentral/abgelegen, wobei die Reisezeit mit ÖV zum nächstgelegenen grösseren Zentrum als Massstab angelegt wurde).

3.2.2. Forschungsdesign

Da die zur Verfügung stehenden Ressourcen keine systematische Befragung direktbetroffener Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich zulassen, wurde ein Fokus auf die Befragung von Betreuungspersonen und spezialisierten Fachpersonen und Organisationen gelegt, die regelmässig Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich betreuen, behandeln und/oder unterstützen. Dazu gehörten namentlich Zentrumsleiter_innen, Gesundheitsverantwortliche in kantonalen Kollektivunterkünften, zuständiges medizinisches Erstversorgungspersonal (Allgemeinmedizin, Gynäkologie) sowie spezialisierte Fachpersonen. Letztere umfassten auf den Asylbereich spezialisierte Psycholog_innen/Psychiater_innen und Sozialarbeiter_innen, Mitarbeiter_innen von Unterstützungsangeboten im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit (z.B. Geburtsvorbereitungskurse, Informationsworkshops, Zentren für sexuelle Gesundheit, Hebammen), Fachpersonen aus spezialisierten NGOs (*FIZ*, *TDF*) sowie einzelne Weitere (z.B. Rechtsberatungsstellen). Alle befragten Personen sind in im Anhang 9.2. aufgelistet.

Ziel der Befragung war es, einen vertieften Einblick in die kantonalen Vorgaben, Praxen und Herausforderungen hinsichtlich der Fragekomplexe A und B zu erlangen, Erfahrungen und Einschätzungen von Expert_innen einzuholen sowie die teilweise unklaren Aussagen aus der quantitativen Umfrage zu überprüfen.

¹¹ Dabei handelt es sich um die ORS. Diese ist in BE zwar auch als zentrumsbetreibende Institution aufgeführt, betreibt dort jedoch zurzeit keine Unterkünfte.

Basierend auf diesen Überlegungen wurden in den Kantonen folgende Personen befragt:

- Pro Kanton mindestens ein_e Zentrumsleiter_in
- Pro Kanton mindestens eine Person, welche die erste medizinische Triage vornimmt, d.h. 1) Gesundheitsverantwortliche in Unterkünften (Deutschschweiz; hier wurden teilweise zusätzlich die zuständigen Hausärzte (diese waren alle Männer) befragt) oder 2) eine leitende/erfahrene Fachperson des kantonalen zentralisierten medizinischen Grundversorgungsangebots für den Asylbereich (Westschweiz)
- Pro Kanton mindestens vier bis fünf spezialisierte Angebote (falls so viele vorhanden), unterschieden nach (staatlichen und nichtstaatlichen) Angeboten, die sich in erster Linie an den Themenbereich «sexuelle Gewalt und Ausbeutung» richten (z.B. transkulturell gedolmetschte psychologische/psychiatrische Angebote) sowie Angeboten, die sich in erster Linie dem Themenbereich «sexuelle und reproduktive Gesundheit» widmen (z.B. Zentren für Gesundheit, Geburtsvorbereitungskurse). Verschiedene Angebote richten sich auch an beide Themenkomplexe (z.B. *Aids Hilfe Bern*, Zentren für sexuelle Gesundheit).
- Telefoninterviews mit Vertreter_innen von weiteren in den ausgewählten Kantonen tätigen NGOs (z.B. Rechtsberatungsstellen).
- Telefonische Auskünfte bei Opferberatungsstellen, Migrationsämtern, Asylkoordinationsstellen und

Weiter wurden überregional relevante Akteur_innen befragt:

- Ausgewählte spezialisierte NGOs (*FIZ*, *TDF*)
- Eine niedergelassene Psychiaterin, welche für die im Postulat angesprochenen Themen eine überregional relevante Akteurin darstellt

Ergänzend wurden zwecks Bildung eines vertieften Verständnisses für die zu untersuchenden Themenbereiche vorabklärende Gespräche mit folgenden Personen geführt:

- Forschende, die zu den fraglichen Themen in Kollektivunterkünften langfristig ethnografisch geforscht haben (Lems 2018, Hochuli 2017, Ukbalidet 2018)
- Die Autorin der REFUGEE-Studie (Cignacco et al. 2017)
- Transkulturelle Dolmetscher_innen

Eine vollständige Liste der befragten Personen und Institutionen befindet sich im Anhang 9.1. Eine tabellarische Übersicht über die Spezifika der untersuchten Kollektivunterkünfte ist in Anhang 9.2. zu finden.

Alle Interviews wurden aufgenommen, protokolliert, mit der Software MAXQDA codiert, kollektiv analysiert und die Resultate in diesem Bericht synthetisiert. Die Unterkünfte und das Unterkunftspersonal sowie auf Wunsch weitere befragte Personen wurden anonymisiert.

3.2.3. Forschungslücken und Datenqualität

Die vorliegende Studie bietet einen Überblick und einen Einstieg in die von NR Feri angesprochenen Thematiken. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass das Postulat eine grosse Anzahl äusserst komplexer Themenfelder anspricht, die im Rahmen dieses finanziell und zeitlich sehr beschränkten Mandats in vielerlei Hinsicht nicht in sachgerechter Detaillierung bearbeitet werden konnten. Insbesondere deuten die im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten auf eine hohe Relevanz folgender hier nicht oder wenig berücksichtigter Perspektiven hin, die in weiteren Untersuchungen systematisch zu vertiefen sind:

- Die direkte Perspektive der Frauen aus dem Asylbereich
- Die direkte Perspektive und die spezifische Situation der Mädchen aus dem Asylbereich

- Die Perspektive gewaltbetroffener Männer sowie allgemein die Wahrnehmungen der Männer aus dem Asylbereich zu den beforschten Themen
- Die Perspektive abgewiesener (ausreisepflichtiger) Asylsuchender und vorläufig Aufgenommener
- Die Perspektive von LGBTIQ⁺-Personen
- Die spezifischen Problematiken der zahlreichen Formen sexueller Gewalt und Ausbeutung (Definition s. Kap. 2.2.)
- Die Situation in privaten Unterkünften
- Die Konditionen in der (Langzeit-)Nothilfe
- Die Konditionen in Schutzhäusern
- Die Konditionen in der Ausschaffungshaft
- Die Verflechtung des Themas sexuelle Gewalt und Ausbeutung im Asylbereich mit dem Asylverfahren

Alle Kantone unterstützten den Forschungsprozess grösstenteils vollumfänglich. In zwei Kantonen wurde dem Forschungsteam jedoch kein Zugang zu den ausgewählten Kollektivunterkünften respektive zu Betreuungspersonal vor Ort gewährt. In einem Kanton wurde dies damit begründet, dass sich das Aufsichtspersonal in den Unterkünften nicht eigne, zu den erfragten Themen Auskunft zu erteilen. Im anderen Fall wurde mit mangelnden Personalressourcen argumentiert. Weiter wurden teilweise Dokumente nicht freigegeben, z.B. ein internes Gewaltschutzkonzept einer Kollektivunterkunft.

3.2.4. Darstellung der Daten

Wörter in eckigen Anführungszeichen («...») sind direkte und unveränderte Zitate aus den Befragungen. In einfachen Anführungszeichen ('...') stehen analytische Begriffe, die aus der Interpretation der Interviewdaten hervorgegangen sind. In den Boxen werden illustrative Fallbeispiele aufgeführt. Eilige Leser_innen können sich neben der Executive Summary an die fetten Textteile, die Zwischensynthesen sowie das Kapitel 8 (Synthese und Handlungsempfehlungen) halten.

3.3. ZUGANG ZU DEN ERHEBUNGSINSTRUMENTEN

Aufgrund des grossen Umfangs der angewandten Erhebungsinstrumente (Fragebogen, Interviewleitfäden) werden diese nicht im Anhang inkludiert. Sie können jedoch unter skmr@skmr.unibe.ch jederzeit angefordert werden.

4. ANALYSE JURIDIQUE

Les différents mandats attribués au CSDH par le SEM en lien avec le postulat Feri (« Analyse de la situation des réfugiées ») et par l'OFSP sur la santé sexuelle et procréative des femmes et filles réfugiées requièrent une analyse du cadre juridique international et suisse. La présente analyse juridique se base sur la délimitation des termes du mandat précisée dans l'introduction, s'agissant en particulier des termes « violence sexuelle », « exploitation sexuelle », « réfugiées » et « accueil sensible au genre ». Le terme de « violence sexuelle » doit ainsi être compris comme englobant la violence domestique entre conjoints, descendants ou ascendants. Par ailleurs, les termes « traite des êtres humains » sont utilisés, dans le cadre de la présente analyse, de manière interchangeable avec ceux d'« exploitation sexuelle » au sens de « traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle ».

Conformément aux termes des mandats, l'analyse juridique a pour objet de répondre à trois séries de questions :

1. a) Quelles sont les obligations internationales en vigueur pour la Suisse et les recommandations internationales en matière d'**assistance** à offrir aux femmes et filles relevant du domaine de l'asile qui sont, ou ont été, victimes de violence ou d'exploitation sexuelle, quel que soit le lieu où les faits ont été commis ?
b) Quelles sont les dispositions pertinentes en droit suisse en matière d'assistance aux victimes de violences du domaine de l'asile ?
2. a) Quelles sont les obligations internationales en vigueur pour la Suisse et les recommandations internationales en matière d'**accueil sensible au genre** des femmes et filles relevant du domaine de l'asile ?
b) Quelles sont les dispositions pertinentes en droit suisse en matière d'accueil sensible au genre des personnes du domaine de l'asile ?
3. a) Quelles sont les obligations internationales essentielles en vigueur pour la Suisse en matière de **santé sexuelle et reproductive** des femmes et des filles relevant du domaine de l'asile ?
b) Quelles sont les dispositions pertinentes en droit suisse en matière de santé sexuelle et reproductive des femmes et filles du domaine de l'asile ?

La structure de l'analyse épouse celle des questions énoncées. La première partie présente ainsi un état des lieux des normes et recommandations internationales en matière d'assistance à apporter aux femmes et filles, notamment du domaine de l'asile, victimes de violence ou d'exploitation sexuelle (1.2), puis la situation en droit suisse (1.3). La deuxième partie de l'analyse décrit les normes et recommandations internationales en matière d'accueil sensible au genre des personnes de l'asile (2.1), puis la situation en droit suisse (2.2). La troisième partie s'intéresse aux normes internationales essentielles en matière de santé sexuelle et reproductive des femmes et filles du domaine de l'asile (3.1), puis à la situation en droit suisse (3.2), en mettant particulièrement l'accent sur des problèmes identifiés dans le cadre des enquêtes quantitative et qualitative.

Il convient de préciser que la présente analyse constitue une version remaniée et abrégée de l'analyse soumise aux mandants et au groupe d'accompagnement en décembre 2017.

4.1. ASSISTANCE AUX VICTIMES DE VIOLENCE OU D'EXPLOITATION SEXUELLE DU DOMAINE DE L'ASILE

4.1.1. Obligations de droit international

Selon la jurisprudence des organes chargés de l'application des traités internationaux des droits humains, il y a une **obligation générale de protéger** les femmes et les enfants contre toutes les formes de violence sexuelle et l'exploitation sexuelle. En d'autres termes, la violence et l'exploitation sexuelles entrent dans le champ d'application de nombreux traités internationaux des droits humains.

Ainsi, le Comité des droits de l'homme (CDH), chargé de l'application du Pacte international relatif aux droits civils et politiques (Pacte II)¹², a fait entrer dans le champ d'application de l'article 7 (droit de ne pas être soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants) l'obligation pour les Etats parties de prendre des mesures de protection à l'égard des femmes victimes de violence domestique ou d'autres types de violence qui concernent en particulier les femmes, comme le viol¹³. Le CDH considère que les Etats parties doivent également prendre des mesures, au regard de l'article 8, pour protéger les femmes et les enfants contre la traite et notamment la prostitution forcée¹⁴. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (Comité DESC) parvient à une conclusion similaire, sur la base du droit à la santé consacré à l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (Pacte I)¹⁵, de même que le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (Comité EDEF), chargé de la surveillance de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF)¹⁶, en considérant que toute forme de violence sexiste est une forme de discrimination à l'égard des femmes prohibée par la CEDEF¹⁷. Quant à la Convention sur les droits de l'enfant (CDE), elle prévoit l'obligation des Etats parties de prendre toutes les mesures nécessaires pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle¹⁸.

Cette obligation de protection découle également de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme (Cour EDH) s'agissant du droit à la vie (article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme, CEDH¹⁹), de l'interdiction de la torture, des traitements inhumains et dégradants (article 3), du respect de la vie privée (article 8)²⁰ et de l'interdiction de l'esclavage, de la servitude et du travail forcé (article 4) dont le champ d'application a été étendu par la Cour EDH à la traite des êtres humains²¹. Enfin, le Comité contre la torture (Comité CAT) considère que les violences à motivation sexiste, dont le viol, la violence domestique, les mutilations génitales féminines et la traite des êtres humains font partie des « mauvais traitements » interdits par la Convention contre la torture, et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (CAT)²². Cette liste est non-exhaustive.

¹² RS 0.103.2.

¹³ CDH, Observation générale n°28 sur l'égalité des droits entre hommes et femmes (OG 28), 29 mars 2000, HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. I), § 11 en relation avec § 3.

¹⁴ Ibid., § 12.

¹⁵ RS 0.103.1 ; Observation générale n°14 (OG 14), Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, 25 avril-12 mai 2000, E/C.12/2000/4, § 51.

¹⁶ RS 0.108.

¹⁷ Comité EDEF, Recommandation générale n°35 sur la violence à l'égard des femmes fondée sur le genre portant actualisation de la recommandation générale n°19 (RG 35), 26 juillet 2017, CEDAW/C/GC/35, §§ 21 et s. ; articles 1 et 2 CEDEF.

¹⁸ RS 0.107, Article 19, al. 1.

¹⁹ RS 0.101.

²⁰ Cour EDH, L.C.B. c. Royaume-Uni, 9 juin 1998, § 36 ; *ibid.*, *Opuz c. Turquie*, 9 juin 2009, § 128 et § 159 ; *ibid.*, *décision Irene Wilson c. Royaume-Uni*, no. 10601/09, 23 octobre 2012, § 37.

²¹ Cour EDH, *Rantsev c. Chypre et Russie*, 7 janvier 2010, §§ 282 et 284.

²² RS 0.105 ; Comité CAT, Observation générale n° 2 (OG 2), Application de l'article 2 par les Etats parties, 24 janvier 2008, CAT/C/GC/2, § 18.

Ces différentes conventions sont applicables à toute personne se trouvant sous la juridiction de l'Etat (sur son territoire ou sous son contrôle), sans discrimination possible fondée notamment sur le sexe, l'origine nationale ou sociale ou toute autre situation²³, comme par exemple le statut de séjour (demandeur d'asile, sans-papiers etc.). D'autres conventions, en vigueur pour la Suisse, concernent plus spécifiquement la violence fondée sur le genre et la violence domestique (Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, dite « Convention d'Istanbul »)²⁴ ou la traite des êtres humains (Convention du Conseil de l'Europe sur la lutte contre la traite des êtres humains, ci-après « Convention Coe »)²⁵. Egalement applicables sans discrimination aux femmes et filles relevant du domaine de l'asile, elles sont particulièrement pertinentes pour le thème de l'assistance aux victimes de violence ou d'exploitation sexuelle²⁶.

Les développements qui suivent évoquent ainsi les obligations des Etats parties à ces différentes conventions en matière d'assistance à des victimes de violence ou d'exploitation sexuelle, quel que soit le lieu où la violence a été commise et quel que soit le statut de séjour de la personne dans l'Etat partie.

4.1.1.1. Instaurer un processus d'identification des victimes de traite des êtres humains

L'obligation d'**identifier** les victimes de traite des êtres humains, notamment à des fins d'exploitation sexuelle, est prévue par la Convention Coe²⁷. Un « processus d'identification » (article 10, al. 2) des victimes de traite des êtres humains suppose notamment que : les différents services de l'Etat disposent de personnel formé à la thématique ; les différents services collaborent entre eux et avec des organisations spécialisées dans le soutien aux victimes²⁸ ; les besoins spécifiques des femmes et des enfants soient pris en compte²⁹ ; et que des services de soutien soient proposés à la personne dès lors que celle-ci est identifiée comme une victime potentielle de traite des êtres humains³⁰. Selon la Convention, un **délai de rétablissement et de réflexion** doit également être octroyé au cours du processus d'identification à une victime potentielle de traite des êtres humains afin que celle-ci puisse se rétablir physiquement et psychologiquement, être en mesure de sortir du réseau qui l'exploite ainsi que réfléchir à l'opportunité de collaborer avec les autorités dans l'Etat hôte³¹. Pendant le processus d'identification, une victime potentielle de traite des êtres humains ne peut pas être renvoyée³².

Dans son rapport sur le premier cycle d'évaluation en Suisse de la Convention Coe, le Groupe d'Experts du Conseil de l'Europe sur la traite des êtres humains (GRETA) a souligné l'importance d'identifier les victimes de traite des êtres humains parmi les demandeurs d'asile, notamment soumis au Règlement Dublin³³.

²³ Article 2, al. 2, Pacte I et du Pacte II ; article 14 CEDH.

²⁴ RS 0.311.35.

²⁵ RS 0.311.543

²⁶ Il convient de mentionner que ces deux Conventions (Convention d'Istanbul et Convention Coe) formulent toutes les deux parmi leurs buts celui de combattre la violence fondée sur le genre, la violence domestique et la traite des êtres humains en garantissant l'égalité entre les femmes et les hommes. L'égalité entre femmes et hommes constitue ainsi un pilier important des obligations de prévention de ces violences par les Etats parties (cf. notamment article 1, al. 1, lit. a, article 5, al. 3, Convention Coe ; article 1, al. 1, lit. b, article 4, al. 2 et article 12 Convention d'Istanbul). Par ailleurs, pour des raisons de délimitation du champ de l'étude, il ne nous a pas été possible d'inclure l'ensemble des dimensions visant à combattre les différentes formes de violence fondées sur le genre. Ainsi, l'engagement des Etats parties en matière de collecte des statistiques sur les affaires de violences fondées sur le genre et la violence domestique et de soutien de la recherche dans ces domaines, n'est pas abordé dans cette étude juridique (cf. article 11 Convention d'Istanbul). Il était, par ailleurs, en-dehors du mandat du CSDH d'examiner la question des procédures d'asile spécifiques au genre, bien qu'elle fasse partie explicite des obligations de la Convention d'Istanbul (article 60, al. 2 et al. 3).

²⁷ Article 10, al. 1 et al. 2.

²⁸ Article 10, al. 1 et al. 2, Convention Coe.

²⁹ Article 10, al. 1, *ibid.*

³⁰ Articles 10, al. 2 et 12, al. 1 et 2, *ibid.*

³¹ Article 13, *ibid.*

³² Article 10, al. 2, *ibid.*

³³ GRETA, Rapport concernant la mise en œuvre de la Convention du Conseil de l'Europe sur la lutte contre la traite des êtres humains par la Suisse, adopté le 3 juillet 2015, GRETA(2015)18, § 123 et § 129. Sur l'importance d'identifier de manière active les victimes potentielles de traite des êtres humains parmi les requérants d'asile, cf. Nula Frei, Menschenhandel und Asyl. Die

4.1.1.2. Protéger de manière immédiate et adéquate la victime contre de nouveaux actes de violence ou d'exploitation

Exprimée par le Comité CAT par « garantie de non-répétition »³⁴, l'obligation de protéger la personne contre tout nouvel acte de violence consiste à **soustraire, de manière immédiate et efficace, la personne à la situation de violence ou d'exploitation sexuelle** ou du risque qu'elle y soit soumise. La garantie de non-répétition est, par ailleurs, spécifiquement prévue par la Convention d'Istanbul qui dispose que les Etats doivent prendre « les mesures législatives ou autres nécessaires pour protéger toutes les victimes contre tout nouvel acte de violence »³⁵. Dans les autres traités internationaux des droits humains, cette garantie découle de l'obligation générale de protéger les personnes contre toute forme de violence. Ainsi la Cour EDH considère que les victimes de violences domestiques appartiennent à la catégorie des personnes vulnérables qui ont droit à la protection de l'Etat sous forme d'une « prévention efficace, les mettant à l'abri de formes aussi graves d'atteinte à l'intégrité de la personne »³⁶. Des mesures de prévention doivent ainsi être adoptées de manière à conférer à une victime de violences domestiques une « protection immédiate » contre de nouveaux actes de violence (cela tient par exemple au délai dans lequel des ordonnances de protection sont adoptées à partir du moment où la victime s'adresse aux autorités compétentes)³⁷. En effet, l'obligation pour l'Etat d'agir commence dès que ses autorités ont connaissance ou devraient avoir connaissance d'un risque de violence³⁸.

Pour être efficaces, les mesures de protection nécessitent un mécanisme de sanction (en cas par exemple de non-respect par l'auteur des violences d'injonctions de ne pas réitérer les actes de violence à l'encontre de la victime)³⁹. Par ailleurs, les mesures de protection doivent tenir compte de la « situation de précarité et de vulnérabilité (...), morale, physique et matérielle » dans laquelle la victime est susceptible de se trouver afin de lui offrir un « accompagnement approprié »⁴⁰. Ainsi, selon la Cour EDH, l'existence sur le territoire de l'Etat partie de refuges pour victimes de violences ne suffit pas à remplir les exigences de la CEDH si la victime n'y est pas orientée de manière appropriée par les autorités compétentes afin qu'elle puisse en bénéficier de manière effective⁴¹.

4.1.1.3. Assurer à la victime l'accès à des services de soutien permettant son rétablissement physique, psychologique et social

a) Services de soutien dont un hébergement sûr

En matière d'accès à des services de soutien pour les victimes de violence, la Convention d'Istanbul distingue entre les services généraux (accessibles à tout public) et les services spécialisés (prévus pour les victimes de violence). Ainsi, l'article 20 de la Convention d'Istanbul exige que l'Etat partie assure l'accès des victimes de violence ou d'exploitation sexuelle aux services de soutien généraux en matière juridique, d'aide sociale, de santé et de l'emploi.

L'article 22 de la Convention exige quant à lui l'aménagement de services de soutien spécialisés offrant une **aide immédiate et spécifique** aux victimes sous forme d'un **logement sûr**, d'une **aide médicale immédiate**, de **conseils juridiques**, de lignes d'aide téléphoniques et de ser-

Umsetzung der völkerrechtlichen Verpflichtungen zum Opferschutz im schweizerischen Asylverfahren, Stämpfli, Nomos, 2018, pp. 353 et s.

³⁴ Parmi les garanties de non-répétition des actes de torture ou des mauvais traitements, le Comité CAT cite le devoir pour l'Etat de veiller à ce qu'il existe des foyers accueillant les victimes de violence sexuelle ou de mauvais traitements, Comité CAT, Observation générale n°3 (OG 3), Application de l'article 14 par les Etats parties, 13 décembre 2012, CAT/C/GC/3, § 18.

³⁵ Article 18, al. 1. Cf. aussi article 4, al. 1, qui évoque le « droit de chacun, en particulier des femmes, de vivre à l'abri de la violence aussi bien dans la sphère publique que dans la sphère privée ».

³⁶ Cour EDH, Opuz, op. cit., §§ 159-160; ibid., Halime Kilic c. Turquie, 28 juin 2016, § 92.

³⁷ Halime Kilic, op. cit., § 96.

³⁸ Comité EDEF, RG 35, op. cit., § 24.

³⁹ Ibid., §§ 97-99.

⁴⁰ Ibid., § 100.

⁴¹ Idem.

vices spécifiques pour les enfants. Ces différents services sont précisés dans les dispositions suivantes.

Ainsi, l'article 23 de la Convention d'Istanbul exige la mise en place de « refuges appropriés, facilement accessibles et en nombre suffisant » afin que les victimes de violences puissent bénéficier d'un hébergement sûr de manière immédiate. Selon l'article 23, le refuge doit pouvoir permettre aux victimes de recevoir du soutien et une assistance « de manière proactive ». Concrètement, selon le Rapport explicatif de la Convention d'Istanbul établi par le Conseil de l'Europe, l'accès à un refuge pour sans-abri ne saurait être suffisant car il n'offrirait pas le soutien nécessaire et adapté aux victimes de violence fondée sur le genre⁴². Les refuges spécialisés pour femmes sont mieux adaptés. Quant à l'obligation de mettre en place des refuges en nombre suffisant, il s'agit, selon les standards indicatifs du Conseil de l'Europe, de permettre l'hébergement d'une famille (une personne seule ou une personne avec ses enfants) pour 10 000 habitants (1 : 10 000)⁴³.

En outre, l'article 24 requiert la mise en place de permanences téléphoniques gratuites, disponibles 24h/24 et 7j/7, afin de permettre aux victimes d'obtenir l'aide dont elles ont besoin de manière confidentielle. A cet égard, le Conseil de l'Europe recommande la mise en place d'au moins une permanence téléphonique nationale gratuite, accessible 24h/24 et 7j/7, offrant un soutien immédiat dans toutes les langues pertinentes⁴⁴.

L'article 25 de la Convention d'Istanbul exige également la mise en place de **centres d'aides d'urgence** en nombre suffisant et facilement accessibles afin d'offrir aux victimes de violence sexuelle, dont le viol, un soutien adapté. **A court terme**, il s'agit de **soins médicaux, d'examens médico-légaux** (destinés à recueillir des éléments de preuve en vue de poursuites) et d'une **aide psychologique immédiate**. A long terme, il s'agit d'une aide durable sous forme de conseils, de thérapies et d'accompagnement durant une procédure judiciaire. Selon le Conseil de l'Europe, ces centres d'aide d'urgence aux victimes de violence sexuelle peuvent prendre diverses formes. Par exemple, les soins médicaux immédiats et l'examen médico-légal peuvent avoir lieu dans un centre hospitalier, tandis que les autres prestations pourront être offertes dans le cadre d'un autre organisme. Le Conseil de l'Europe recommande qu'il existe un tel centre pour 200 000 habitants et que les centres soient accessibles aussi bien à la population urbaine qu'à la population rurale⁴⁵.

La CAT garantit en outre à son article 14 le droit à la victime d'un acte de torture le droit d'obtenir réparation et une indemnisation équitable et adéquate, y compris le **droit d'obtenir les moyens nécessaires à sa réadaptation la plus complète possible**. Selon le Comité CAT, ce droit s'applique plus largement aux victimes, non seulement d'un acte de torture, mais aussi de tout « mauvais traitement » interdit par la CAT⁴⁶. Cette réadaptation devrait « comporter une prise en charge médicale et psychologique ainsi que l'accès à des services juridiques et sociaux »⁴⁷. Ainsi, les Etats doivent s'assurer que des services spécialisés dans la prise en charge des victimes de mauvais traitements soient « disponibles, appropriés et facilement accessibles »⁴⁸. A cet égard, ceux-ci doivent être accessibles à toutes les victimes de mauvais traitements sans discrimination, y compris dans le cas des demandeurs d'asile ou des réfugié-e-s⁴⁹. Cependant, sur la base de la définition de la « torture » selon la CAT⁵⁰, le droit d'obtenir réparation selon l'article 14

⁴² Rapport explicatif de la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (Rapport explicatif de la Convention d'Istanbul), Série des traités du Conseil de l'Europe n° 210, p. 27.

⁴³ Final Activity Report, Council of Europe Task Force to Combat Violence against Women, including Domestic Violence (EGTFV), 2008, p. 53.

⁴⁴ Ibid., p. 28.

⁴⁵ Rapport explicatif de la Convention d'Istanbul, p. 29.

⁴⁶ Comité CAT, Observation générale n°3, Application de l'article 14 par les Etats parties, CAT/C/GC/3, 13 décembre 2012, § 1.

⁴⁷ Ibid., § 11.

⁴⁸ Ibid., § 13.

⁴⁹ Ibid., § 15. Voir aussi § 32 sur le principe de non-discrimination.

⁵⁰ Article 1 CAT ; Walter Kälin et Jörg Künzli, Universeller Menschenrechtsschutz, Helbing Lichtenhahn, 2013, p. 368.

CAT ne peut être invoqué qu'en référence aux actes commis ou tolérés par des autorités étatiques, excluant ainsi, en principe, les actes commis à l'étranger. Cette restriction concerne en particulier le droit d'obtenir une indemnisation, le droit d'obtenir les moyens nécessaires à sa réadaptation découlant des autres dispositions citées (ci-dessus et ci-dessous), ainsi que, de manière générale, du droit à la santé.

S'agissant spécifiquement des victimes de traite des êtres humains, la Convention Coe, ainsi que le Protocole additionnel à la Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants (Protocole de Palerme)⁵¹, exigent, de manière analogue, que l'assistance offerte aux victimes comprenne, notamment, **l'accès aux soins médicaux d'urgence, une assistance psychologique et matérielle, un logement convenable et sûr et une assistance juridique**⁵². Selon le rapport explicatif du Conseil de l'Europe, un « hébergement convenable et sûr » au sens de la Convention Coe est par exemple constitué par un refuge spécialisé en matière de traite des êtres humains, protégé, accessible 24h/24 pour les victimes et disposant d'un personnel compétent, formé en matière de traite des êtres humains. Le logement doit en tout cas, au sens de la Convention Coe, garantir la sécurité de la victime et empêcher les auteur-e-s de la traite de reprendre le contrôle sur la victime. Enfin, l'objectif est que les victimes soient en mesure de recouvrer leur autonomie, ce que doit permettre, en termes d'aide et d'assistance, ce type de logement⁵³.

b) Formation

L'accès effectif aux services de soutien exige que les victimes soient reçues et encadrées par des personnes **formées en matière de violence et d'exploitation sexuelles**. Cette exigence découle à la fois de la jurisprudence des organes chargés de l'application des traités de droits humains et de la Convention d'Istanbul⁵⁴. Elle est notamment motivée par la nécessité que les victimes accèdent effectivement aux services de soutien, tout en évitant une stigmatisation ou un nouveau traumatisme des victimes⁵⁵. Elle s'applique au personnel des services spécialisés ainsi qu'au personnel des services de soutien généraux (soins de santé, aide sociale etc.). En matière de traite des êtres humains, cette exigence est affirmée par la Convention Coe dans le cadre du processus d'identification des victimes⁵⁶ et le Protocole de Palerme⁵⁷.

c) Information

L'accès aux services de soutien comprend également l'obligation par les autorités d'informer les victimes des services de soutien disponibles ainsi que de leurs droits. Ce **droit des victimes à l'information** est notamment inscrit à l'article 19 de la Convention d'Istanbul. A cet égard, une aide en matière de « traduction et d'interprétation » afin que l'information soit transmise aux victimes « dans une langue qu'elles peuvent comprendre » peut s'avérer nécessaire, ce que prévoient explicitement la Convention d'Istanbul et le Protocole de Palerme⁵⁸. Dans la Convention Coe, cette aide en matière de traduction et d'interprétation n'est pas restreinte au devoir d'information des victimes et peut ainsi théoriquement s'appliquer à tout moment de la prise en charge⁵⁹.

Il convient de noter qu'à l'exception de la CAT, aucun des traités internationaux cités ne restreint l'accès aux services de soutien aux victimes de violence commise sur le territoire de l'Etat partie.

⁵¹ RS 0.311.542.

⁵² Article 12, al. 1 Convention Coe ; article 6, al. 3, Protocole de Palerme.

⁵³ Rapport explicatif de la Convention du Conseil de l'Europe sur la lutte contre la traite des êtres humains, Série des traités du Conseil de l'Europe n° 197, p. 27.

⁵⁴ Articles 15 et 20, al. 2.

⁵⁵ Comité CAT, OG 3, op. cit., §§ 34-35; article 15, al. 1, Convention Istanbul.

⁵⁶ Article 10, al. 1.

⁵⁷ Article 10, al. 2.

⁵⁸ Article 19 (information aux victimes) ; article 6, al. 3, litt. b, Protocole de Palerme (restreint cependant aux conseils juridiques), de manière similaire article 12, al. 1, litt. d, Convention Coe.

⁵⁹ Article 12, al. 1, litt. c, Convention Coe.

4.1.1.4. Mettre en place des services de soutien spécifiques pour les requérants d'asile

Cette obligation, qui découle spécifiquement de l'article 60, al. 3, de la Convention d'Istanbul, est motivée, selon le Rapport explicatif de la Convention, par le fait que la majorité des femmes qui requièrent l'asile ont subi des sévices sexuels dans leur pays d'origine ou pendant leur voyage. Elles ont donc besoin d'une **assistance spécifique, notamment de nature psychologique, au cours de la procédure d'asile**. Ces « services de soutien » des requérants d'asile peuvent consister, selon le rapport explicatif de la Convention d'Istanbul, en un soutien psychosocial supplémentaire ou des soins médicaux pour personnes traumatisées⁶⁰.

4.1.1.5. Enquêter sur, et réprimer de manière adéquate, tout acte de violence ou d'exploitation sexuelle

L'obligation de réprimer de manière adéquate tout acte de violence ou d'exploitation sexuelle suppose la mise en place d'un **cadre législatif adéquat**, dans le cadre de l'obligation de prévenir la violence et l'exploitation sexuelles. En ce qui concerne les victimes de violences domestiques, le cadre légal mis en place doit permettre, selon la Cour EDH, de réprimer de manière effective toutes les formes de violence familiale⁶¹. Les Etats ont également l'obligation, sur la base du droit à la santé consacré par l'article 12 du Pacte I, de poursuivre les auteurs de violences commises à l'égard des femmes⁶².

4.1.1.6. Synthèse intermédiaire : droit international

Il incombe à la Suisse, en vertu du droit international en vigueur à son égard, de mettre en œuvre les obligations suivantes à l'égard de toute personne du domaine de l'asile, quel que soit le lieu où la violence s'est produite (sous réserve de l'obligation d'indemnisation) et quel que soit le statut de séjour de la personne en Suisse :

- protéger de manière immédiate et adéquate la victime contre de nouveaux actes de violence ou d'exploitation ;
- instaurer un processus d'identification des victimes de traite des êtres humains ;
- s'assurer que les victimes soient reçues et encadrées par des personnes compétentes ayant reçu une formation sur la violence et l'exploitation sexuelles ;
- assurer à la victime de manière immédiate, ainsi qu'à long terme au besoin, l'accès à des services de soutien permettant son rétablissement physique, psychique et social ;
- s'assurer qu'il existe des refuges appropriés, facilement accessibles et en nombre suffisant sur le territoire ;
- mettre en place des services de soutien spécifiques pour les requérant-e-s d'asile ;
- informer les victimes sur les offres de soutien disponibles ;
- fournir, en cas de besoin, une aide en matière de traduction et d'interprétation ;
- assurer l'indemnisation du préjudice subi en Suisse ;
- enquêter sur, et réprimer de manière adéquate, tout acte de violence ou d'exploitation sexuelle.

4.1.2. Droit suisse

L'analyse du droit suisse se structure en deux parties : la première concerne les normes applicables en matière d'assistances aux victimes d'infractions, tandis que la seconde concerne les normes applicables en matière d'aide sociale et d'accès aux soins de santé, notamment pour les personnes du domaine de l'asile.

⁶⁰ Rapport explicatif de la Convention d'Istanbul, op. cit., p. 60.

⁶¹ Cour EDH, Opuz c. Turquie, op. cit., § 145.

⁶² Comité DESC, OG 14, op. cit., § 51.

Pour des raisons de ressources, la présente analyse se restreint à l'analyse du droit fédéral et ne mentionne, que de manière incidente, des dispositions des droits cantonaux, bien qu'en matière d'assistance aux personnes du domaine de l'asile, le droit cantonal revête une grande importance en raison de la répartition des compétences avec la Confédération. A cet égard, les résultats de l'enquête qualitative (réponses à la question A du postulat) constituent un complément important à la présente analyse dans le but d'évaluer la mise en œuvre, dans certains cantons, des prescriptions du droit international en matière d'assistance aux victimes.

Il convient de noter que le droit international en vigueur pour la Suisse, mentionné ci-dessus, est immédiatement valable en Suisse en vertu du monisme qui caractérise le système juridique suisse (c'est-à-dire que les normes font directement partie intégrante de l'ordre juridique suisse sans qu'une loi d'exécution ne soit nécessaire), ainsi que directement applicable (invocable par les individus) dans la mesure où les droits sont formulés de manière suffisamment précise et à l'attention des individus⁶³.

4.1.2.1. Droit en matière d'assistance aux victimes d'infractions

La Constitution fédérale garantit le droit à l'intégrité physique et psychique⁶⁴ qui a été concrétisé par le législateur par des lois protégeant l'intégrité physique et psychique de l'individu à l'égard d'autres individus. Ainsi, le code pénal suisse (CP)⁶⁵ incrimine les infractions contre l'intégrité sexuelle⁶⁶, les infractions contre la vie et l'intégrité corporelle⁶⁷ (par exemple les mutilations génitales féminines sont érigées en infractions par l'article 124 CP), ainsi que les infractions contre la liberté, qui affectent l'intégrité psychique de la personne (par exemple la menace⁶⁸, la contrainte⁶⁹, le mariage forcé⁷⁰, la traite des êtres humains⁷¹). La violence domestique n'est pas incriminée en tant que telle dans le CP mais à divers endroits selon la forme revêtue par la violence⁷². Des mesures de protection de la personnalité sont également prévues par le droit civil. Ainsi, s'agissant de faire cesser des menaces, du harcèlement, des violences ou d'empêcher que des violences ne se produisent, la personne concernée peut requérir du juge, sur le fondement de l'article 28b du code civil (CC)⁷³, qu'il interdise à l'auteur de s'approcher de son domicile ou de son lieu de travail, ou de prendre contact avec elle par téléphone ou par voie électronique. La personne peut également demander au juge qu'il ordonne l'expulsion de l'auteur du ménage commun pour une période déterminée. Ces dispositions sont particulièrement pertinentes s'agissant des violences domestiques.

En outre, selon l'article 124 de la Constitution, « la Confédération et les cantons veillent à ce que les victimes d'une infraction portant atteinte à leur intégrité physique, psychique ou sexuelle bénéficient d'une aide et reçoivent une juste indemnité si elles connaissent des difficultés matérielles en raison de l'infraction ». Cette disposition a été concrétisée par la loi fédérale sur l'aide aux victimes d'infractions (LAVI)⁷⁴. Selon l'article 1^{er} de la LAVI, « toute personne qui a subi, du fait d'une infraction, une atteinte directe à son intégrité physique, psychique et sexuelle » a **droit à l'assistance aux victimes prévue par la LAVI** si toutes les autres conditions prévues par la loi sont satisfaites, en particulier les **conditions tenant au lieu de commission de l'infraction** et au **caractère subsidiaire des prestations** d'aide aux victimes.

⁶³ Rapport du Conseil fédéral, la relation entre le droit international et droit interne, 5 mars 2010, FF 2011 2103-2014.

⁶⁴ RS 101, article 10, al. 2.

⁶⁵ RS 311.0.

⁶⁶ Articles 187 à 200 CP.

⁶⁷ Articles 111 à 136 CP.

⁶⁸ Article 180 CP.

⁶⁹ Article 181 CP.

⁷⁰ Article 181a CP.

⁷¹ Article 182 CP.

⁷² C'est-à-dire aux articles 111 et s., 122, 123, 126, 180, 181, 189, 190 CP.

⁷³ RS 210.

⁷⁴ RS 312.5.

Cette assistance comprend l'aide immédiate et, si nécessaire, l'aide à plus long terme, fournies directement par les centres de consultation LAVI ou par l'intermédiaire d'un tiers⁷⁵, de nature médicale, psychologique, sociale, matérielle et juridique. En termes d'aide immédiate, les centres LAVI procurent en cas de nécessité un hébergement d'urgence⁷⁶ à la victime ou à ses proches⁷⁷. L'aide aux victimes selon la LAVI n'est toutefois accordée que lorsque l'infraction a été commise en Suisse⁷⁸, indépendamment de la nationalité ou du statut de séjour en Suisse de la personne concernée⁷⁹.

Si l'infraction a été commise à l'étranger, la LAVI prévoit que les prestations des centres de consultation (sans droit à une indemnité, ni à réparation morale) sont accordées aux conditions cumulatives suivantes : la victime (ou ses proches, s'il s'agit des bénéficiaires de l'aide) était domiciliée en Suisse au moment des faits et au moment où elle introduit sa demande⁸⁰ ; et l'Etat sur le territoire duquel l'infraction a été commise ne verse pas de prestations ou verse des prestations insuffisantes⁸¹. Par conséquent, un-e requérant-e d'asile, un-e réfugié-e ou une personne admise provisoirement en Suisse ayant été victime de violence constitutive d'une infraction pénale dans son pays d'origine ou durant son voyage jusqu'en Suisse n'a pas droit aux prestations prévues par la LAVI. En revanche, un-e requérant-e d'asile, un-e réfugié-e ou une personne admise provisoirement en Suisse, victime de violence ou d'exploitation sexuelle sur le territoire suisse, a droit aux prestations prévues par la LAVI, sous réserve du principe de subsidiarité.

Le principe de subsidiarité⁸² postule que les prestations d'aide aux victimes ne seront prises en charge de manière définitive au titre de la LAVI que si la victime n'a pas reçu de prestations suffisantes de la part de tiers (auteur-e de l'infraction ou autre débiteur-trice : assurance sociale, assurance maladie etc.). Ce principe s'applique notamment à l'aide immédiate, bien qu'en cas d'urgence, l'examen du principe de subsidiarité puisse être reporté à plus tard.

Le code de procédure pénale (CPP)⁸³ énumère à son article 117 des droits pour la « victime »⁸⁴ partie à une procédure pénale, notamment le droit à des mesures de protection⁸⁵. Ainsi, la victime peut se faire accompagner durant la procédure par une personne de confiance ; la confrontation avec l'auteur-e de l'infraction est évitée dans la mesure du possible ; la victime d'une infraction contre l'intégrité sexuelle peut exiger d'être entendue par une personne du même sexe etc.

Il faut rappeler en outre que, comme le relève le Conseil fédéral dans son message relatif à la Convention d'Istanbul, c'est à la police cantonale qu'il revient de protéger la personne qui est directement menacée dans sa vie ou son intégrité. Par exemple, l'article 1, al. 1, lettre b, de la loi sur la police du canton de Berne (LPol)⁸⁶, prévoit parmi les missions du corps de police du canton et des communes celle de « porter secours aux personnes directement menacées dans leur vie ou leur intégrité corporelle ». Cette mission se retrouve dans chacune des différentes lois cantonales sur la police⁸⁷.

⁷⁵ Article 13 LAVI.

⁷⁶ L'aide financière immédiate comprend au moins 21 jours d'hébergement d'urgence selon les Recommandations de la Conférence suisse des offices de liaison de la loi fédérale sur l'aide aux victimes d'infractions (CSOL-LAVI) pour l'application de la loi fédérale sur l'aide aux victimes d'infractions (LAVI), Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales (CDAS), 21 janvier 2010, p. 22, document disponible à :

http://www.sodk.ch/fileadmin/user_upload/Fachbereiche/Opferhilfe/Empfehlungen_OHG/SODK_Empf_Opferhilfe_f_Web_farbig_def_m_Angh.pdf [accédé le 1er février 2019].

⁷⁷ Article 14, al. 1, LAVI.

⁷⁸ Article 3, al. 1, LAVI.

⁷⁹ Recommandations CSOL-LAVI, op. cit., p. 17.

⁸⁰ Article 17, al. 1, LAVI.

⁸¹ Article 17, al. 2, LAVI.

⁸² Article 4 LAVI.

⁸³ RS 312.0.

⁸⁴ Selon l'article 116 CPP qui reprend les termes de l'article 1, al. 1, LAVI.

⁸⁵ Articles 152 à 154 CPP.

⁸⁶ RSB 551.1.

⁸⁷ Voir encore par exemple : la loi sur la police cantonale, du 15 novembre 1990, du canton de Fribourg (article 2, al. 1, lettre a); la loi sur la police cantonale, du 28 janvier 2015, du canton du Jura (article 8, lettre d).

4.1.2.2. Droit en matière d'assistance sociale et de soins de santé

L'article 12 de la Constitution dispose qu'une personne en situation de détresse, si elle ne peut subvenir à ses besoins, a le droit d'être aidée et assistée et de recevoir les moyens indispensables lui permettant de mener une existence conforme à la dignité humaine. Parmi les buts sociaux de la Constitution, l'article 41, al. 1, lettre b, dispose que la Confédération et les cantons s'engagent afin que « toute personne bénéficie des soins nécessaires à sa santé ».

En vertu de l'article 3, al. 1, de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal)⁸⁸, toute personne domiciliée en Suisse est soumise à l'**obligation de s'assurer pour les soins en cas de maladie**. En relation avec l'article 1, al. 2, lettre c, de l'ordonnance sur l'assurance maladie (OAMal)⁸⁹, les requérant-e-s d'asile et les personnes admises provisoirement en Suisse sont tenus d'être assurées en matière de santé⁹⁰. Les personnes ayant obtenu l'asile sont concernées par cette même obligation⁹¹. Ainsi, toutes les personnes relevant du domaine de l'asile, qu'elles soient réfugiées, requérantes d'asile ou admises provisoirement ont théoriquement accès au système de santé suisse en cas de soins médicaux nécessaires⁹².

Selon l'article 80 de la loi sur l'asile (LAsi)⁹³, la Confédération garantit, en collaboration avec le canton qui héberge le centre, que des soins de santé soient fournis. S'agissant des personnes relevant du domaine de l'asile qui ont été attribuées à un canton et qui ne sont plus hébergées dans un centre de la Confédération, l'aide sociale ou l'aide d'urgence leur est fournie, selon l'article 80a LAsi, par le canton auquel elles ont été attribuées. L'octroi de l'aide sociale et de l'aide d'urgence est alors régi par le droit cantonal (article 82 LAsi).

Lorsqu'ils-elles sont logé-e-s dans des structures d'hébergement gérées par la Confédération, les « requérants d'asile [...] peuvent accéder à tous les soins médicaux et dentaires nécessaires, qu'il s'agisse de soins de base ou de soins d'urgence », cela en vertu de l'article 5 de l'ordonnance du Département fédéral de justice et police (DFJP) relative à l'exploitation des logements de la Confédération dans le domaine de l'asile⁹⁴. Cette réglementation n'est pas applicable aux centres d'hébergement qui relèvent de la compétence des cantons.

4.1.2.3. Synthèse intermédiaire : droit suisse

Selon le droit suisse, les femmes et filles du domaine de l'asile ont droit aux soins de santé nécessaires, couverts par l'assurance maladie obligatoire. Elles ont également droit aux prestations d'aide aux victimes selon la LAVI, sous réserve notamment que l'infraction ait été commise en Suisse. Cependant, étant donné que l'analyse juridique se restreint au droit fédéral, il ne saurait être déduit de cette analyse, notamment sur la seule base de la LAVI, que les femmes et les filles victimes de violence ou d'exploitation à l'étranger ne bénéficient d'aucune assistance en Suisse, ce qui serait contraire aux prescriptions du droit international. Les résultats des enquêtes qualitative et quantitative font, à cet égard, partie intégrante de l'évaluation visant à mettre en perspective le droit international relatif à l'assistance aux victimes de violence ou d'exploitation sexuelle dans le domaine de l'asile avec la pratique dans certains cantons.

⁸⁸ RS 832.10

⁸⁹ RS 832.102.

⁹⁰ Voir cependant les restrictions posées par l'article 82a de la loi sur l'asile (LAsi) s'agissant des requérants d'asile concernant le choix des assureurs et des fournisseurs de prestations.

⁹¹ Article 1, al. 2, litt. a, OAMal.

⁹² Conseil fédéral, Message concernant l'approbation de la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (Convention d'Istanbul), op. cit., p. 243.

⁹³ RS 142.31

⁹⁴ RS 142.311.23.

4.2. ACCUEIL SENSIBLE AU GENRE DES REQUÉRANT-E-S D'ASILE

4.2.1. Droit international

4.2.1.1. Une obligation et des exemples de bonnes pratiques

L'article 60, al. 3, de la Convention d'Istanbul exige notamment que les Etats parties développent des **procédures d'accueil sensibles au genre** dans le domaine de l'asile, aux fins de prévenir la violence sexuelle et de prendre en compte la situation des personnes ayant été victimes de violences sexuelles. Selon le rapport explicatif établi par le Conseil de l'Europe et relatif à la Convention d'Istanbul⁹⁵, les exemples de procédures d'accueil sensibles au genre peuvent inclure :

- l'identification des victimes de violence à l'égard des femmes dans les procédures d'asile aussitôt que possible;
- le logement séparé des hommes et des femmes célibataires;
- des toilettes séparées, ou au minimum, des horaires différents établis et suivis pour permettre leur utilisation par les hommes et les femmes;
- des chambres pouvant être verrouillées par leurs occupant-e-s;
- un éclairage adéquat dans tout le centre d'accueil;
- une protection effectuée par des gardes⁹⁶, incluant des gardes de sexe féminin, formé-e-s concernant les besoins spécifiques au genre des résidents;
- la formation des employé-e-s du centre d'accueil;
- un code de conduite applicable également aux prestataires de services privés;
- des dispositions formelles pour l'intervention et la protection relatives à la violence fondée sur le genre;
- la fourniture d'informations aux femmes et aux filles sur la violence fondée sur le genre et sur les services d'assistance disponibles.

Il ne s'agit cependant que d'**exemples de bonnes pratiques**, étant entendu que, selon le Rapport explicatif, l'article 60, al. 3, de la Convention d'Istanbul « laisse à chaque Partie le choix des procédures sensibles au genre, des lignes directrices et des services de soutien à développer », laissant ainsi à chaque Etat une marge d'appréciation dans la mise en place de l'obligation de mettre en place un accueil sensible au genre. En Suisse, cette obligation concerne non seulement les centres exploités par la Confédération, mais aussi l'accueil des requérant-e-s d'asile dans les cantons.

S'il s'agit d'une obligation de moyens, cette procédure d'accueil sensible au genre doit cependant être développée : ainsi, on peut notamment juger de la mise en place d'une telle procédure d'accueil dans un canton si un concept de protection contre la violence sexuelle ou un concept d'hébergement est développé et est revêtu de force contraignante ou fait partie des dispositions des contrats de prestations conclus, le cas échéant, avec un organisme de droit public ou un prestataire privé.

Hormis le Conseil de l'Europe, le Comité EDEF a précisé, dans sa Recommandation générale n°32 sur « les femmes et les situations de réfugiés, d'asile, de nationalité et d'apatridie », que : « les dispositifs d'accueil [de requérantes d'asile/de femmes réfugiées] doivent tenir compte des besoins particuliers des victimes de sévices et d'exploitation sexuels, de traumatismes, de torture

⁹⁵ Rapport explicatif de la Convention d'Istanbul, op. cit., p. 60.

⁹⁶ Selon Fadela Novak-Irons, il devrait s'agir d'une protection 24h/24h, 7j/7, « Articles 60 and 61 of the Istanbul Convention. Protection of Refugee Women », Refugee Women and the Istanbul Convention, Preventing and combating sexual and gender-based violence, Proceedings based on the hearing, Strasbourg, 23 janvier 2013.

et de mauvais traitements, ainsi que des autres groupes de femmes et de filles particulièrement vulnérables »⁹⁷.

Dans ses « Principes directeurs pour la prévention et l'intervention » concernant « la violence sexuelle et sexiste contre les réfugiés, les rapatriés et les personnes déplacées », l'UNHCR donne également des indications concernant la conception des camps de réfugiés qui peuvent aider à prévenir la violence sexuelle ainsi que la violence fondée sur le genre, notamment :

- « Essayez de faire en sorte que des familles n'ayant pas de liens de parenté ne partagent pas des espaces de vie et de sommeil communs » ;
- « Placez les latrines à une distance sûre des espaces de vie et assurez une démarcation clairement établie entre les installations réservées aux femmes et aux hommes » ;
- « Assurez-vous que les portes des latrines sont munies de verrous et que l'intimité des femmes et des jeunes filles est respectée dans les installations de toilettes communautaires » ;
- « Prévoyez une protection policière et des patrouilles de sécurité dans le camp et veillez à ce que la police reçoive une formation régulière afin d'être un partenaire efficace dans la prévention de la violence sexuelle et sexiste »⁹⁸.

Par ailleurs, dans ses « lignes directrices sur la protection des femmes réfugiées »⁹⁹, l'UNHCR recommande aux Etats de placer dans des centres d'hébergement de requérantes d'asile et de réfugiées du personnel formé aux problématiques affectant les femmes réfugiées et notamment composé de femmes. En effet, selon l'UNHCR, les requérantes d'asile et les réfugiées victimes de violence, notamment de nature sexuelle, parleront plus aisément de ces événements à une femme plutôt qu'à un homme. Cette recommandation a également été émise par le Comité exécutif du Programme du Haut-Commissaire dans sa « Note sur certains aspects de la violence sexuelle contre les femmes réfugiées »¹⁰⁰.

4.2.1.2. Synthèse intermédiaire: droit international

Il existe dans le droit international en vigueur pour la Suisse une obligation de développer et de mettre en place une procédure d'accueil sensible au genre des requérant-e-s d'asile. La manière dont cette obligation peut être mise en œuvre relève de la marge d'appréciation de chaque Etat. Des toilettes séparées par genre et une protection effectuée par des gardes constituent notamment des exemples de bonnes pratiques.

4.2.2. Droit suisse

De la même manière que précisé ci-dessus (3.1.2), il convient de rappeler que le droit international en vigueur à l'égard de la Suisse est immédiatement valable dans l'ordre juridique suisse et directement applicable (invocable par les individus) dans la mesure où les droits sont formulés de manière suffisamment précise et à l'attention des individus.

4.2.2.1. Niveau fédéral

Au niveau fédéral, l'Ordonnance du DFJP relative à l'exploitation des logements de la Confédération dans le domaine de l'asile prévoit que les requérant-e-s d'asile et les personnes à protéger

⁹⁷ CEDEF, Recommandation générale n°32 sur les femmes et les situations de réfugiés, d'asile, de nationalité et d'apatridie (OG 32), 5 novembre 2014, CEDAW/C/GC/32, § 34.

⁹⁸ UNHCR, La violence sexuelle et sexiste contre les réfugiés, les rapatriés et les personnes déplacées. Principes directeurs pour la prévention et l'intervention, Mai 2003, p. 45, document disponible à : <http://www.refworld.org/docid/41388ad04.html> [accédé le 28 novembre 2017].

⁹⁹ UNHCR, Guidelines on the Protection of Refugee Women, Genève, juillet 1991, document disponible à : <http://www.unhcr.org/publications/legal/3d4f915e4/guidelines-protection-refugee-women.html> [accédé le 1er février 2019].

¹⁰⁰ Comité exécutif du Programme du Haut-Commissaire, Note sur certains aspects de la violence sexuelle contre les femmes réfugiées, 12 octobre 1993, Documents officiels des Nations Unies, A/AC.96/822, lettre g), p. 17, document disponible à : <http://www.unhcr.org/fr/excom/excomrep/4b30a324e/note-certains-aspects-violence-sexuelle-contre-femmes-refugiees.html> [accédé le 1er février 2019].

sont logé-e-s dans des dortoirs non mixtes. Les **besoins particuliers** des enfants, des familles et « des personnes nécessitant un encadrement » (« des autres personnes vulnérables »¹⁰¹) sont cependant pris en compte, « dans la mesure du possible », lors de l'attribution des lits¹⁰².

Ainsi, les femmes et les hommes sont logés de manière séparée dans les centres gérés par la Confédération, sauf lorsqu'il s'agit de familles, dont les membres sont logés ensemble. On peut estimer que les victimes de violence fondée sur le genre font partie des « personnes nécessitant un encadrement » (ou « personnes vulnérables ») au sens de cette disposition, pour lesquelles il est tenu compte de leurs « besoins particuliers ». A noter que l'expression « personnes à protéger » ne se réfère pas à des personnes vulnérables, mais aux personnes bénéficiant d'un statut spécifique prévu par les articles 4 et 66 de la LAsi¹⁰³.

Par ailleurs, selon l'article 3, al. 2, de l'ordonnance, « les requérants d'asile et les personnes à protéger ne sont fouillés que par des personnes du même sexe »¹⁰⁴.

4.2.2.2. Niveau cantonal

La mise en œuvre de l'obligation de mettre en place une procédure d'accueil sensible au genre (article 60, al. 3, Convention d'Istanbul) dépend de la situation dans chaque canton. Or, ainsi que précisé dans les résultats de l'enquête quantitative (cf. ci-dessous, V, 2), il n'existe, selon les répondant-e-s à l'enquête, dans aucun canton de disposition légale contraignante en matière d'accueil et d'hébergement sensibles au genre.

4.2.2.3. Synthèse intermédiaire : droit suisse

Au niveau des centres exploités par la Confédération, des dispositions du droit fédéral prévoient des dortoirs séparés pour les hommes et les femmes seules. Des personnes aux « besoins particuliers » (ou « personnes vulnérables ») pourraient également, selon le sens donné en pratique à ces termes, bénéficier de dispositions particulières en matière d'hébergement. Des dispositions concernent par ailleurs la fouille par du personnel de même sexe. Dans les cantons, selon l'enquête quantitative, aucune disposition légale contraignante n'est connue s'agissant des conditions d'accueil sensibles au genre. L'enquête qualitative dans certains cantons revêt de ce point de vue une importance capitale pour évaluer la mise en œuvre, en Suisse, de l'obligation, dérivant de la Convention d'Istanbul, de mettre en place une procédure d'accueil sensible au genre.

4.3. SANTÉ SEXUELLE ET PROCRÉATIVE DES PERSONNES DU DOMAINE DE L'ASILE

4.3.1. Droit international en matière de santé sexuelle et procréative des personnes du domaine de l'asile

4.3.1.1. Contenu normatif et obligations de l'Etat

Le droit à la santé sexuelle et procréative est une composante essentielle du droit à la santé¹⁰⁵. Il recouvre le **droit de prendre des décisions éclairées, libres et responsables en matière de sexualité et de procréation**, en ayant accès à des informations, des biens, des ressources et

¹⁰¹ Selon la nouvelle formulation à l'article 5, al. 3, dans la version de l'Ordonnance totalement révisée du 4 décembre 2018, en vigueur à partir du 1^{er} mars 2019.

¹⁰² Article 4, al. 1, Ordonnance du DFJP (article 5, al. 1, de la version totalement révisée, cf. aussi article 5, al. 2). Cette disposition est mentionnée dans le message du Conseil fédéral concernant l'approbation de la Convention d'Istanbul afin de justifier le fait que le droit suisse se conforme à l'article 60 de la Convention s'agissant d'une procédure d'accueil sensible au genre.

¹⁰³ Le dispositif de la « protection provisoire » pour les « personnes à protéger » n'a encore jamais été mis en œuvre par le Conseil fédéral.

¹⁰⁴ Article 4, al. 6, dans la version totalement révisée de l'ordonnance.

¹⁰⁵ Comité DESC, Observation générale n°22 sur le droit à la santé sexuelle et procréative (OG 22), 1^{er} mai 2016, § 1. Le droit à la santé est consacré par plusieurs traités internationaux auxquels la Suisse est partie, notamment : article 12, al. 1, Pacte I ; article 12, al. 1, CEDEF ; article 25 CDPH ; article 24 CDE.

des services de santé¹⁰⁶. Il garantit, plus largement, le droit de chacun à avoir le contrôle sur son corps et sa destinée, également garanti par le droit au respect de sa vie privée et familiale¹⁰⁷ et le droit au respect de son intégrité physique et morale¹⁰⁸. Ainsi, le droit à la santé sexuelle et procréative englobe la liberté d'autodétermination en matière sexuelle (notamment la protection contre des infections sexuellement transmissibles et la contraception) et, s'agissant des femmes, le suivi périnatal (les contrôles de grossesse, la préparation à l'accouchement, l'accouchement, le suivi post-partum et les soins aux nouveau-nés). Le droit à la santé sexuelle et procréative entretient des liens étroits avec la protection contre la violence sexiste en tant que forme de discrimination à l'égard des femmes (mutilations génitales féminines, stérilisation, avortement et mariage forcés, harcèlement sexuel etc.)¹⁰⁹.

Parmi les mesures devant être prises par l'Etat partie aux traités pertinents afin d'assurer la pleine mise en œuvre du droit à la santé sexuelle et procréative, on peut citer en particulier à l'égard des femmes et des filles :

- « la diminution de la mortalité et la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant »¹¹⁰, ce qui suppose une prise en charge périnatale de la mère ;
- accorder « une protection spéciale (...) aux mères pendant une période de temps raisonnable avant et après la naissance des enfants »¹¹¹ ;
- la fourniture « aux femmes, pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement, des services appropriés et, au besoin, gratuits, ainsi qu'une nutrition adéquate pendant la grossesse et l'allaitement »¹¹² ;
- éliminer la discrimination à l'égard des femmes en matière d'accès aux « services médicaux, y compris ceux qui concernent la planification de la famille »¹¹³ et à « l'information et des conseils relatifs à la planification de la famille »¹¹⁴ ;
- assurer, sur la base de l'égalité entre hommes et femmes, les mêmes droits de « décider librement et en toute connaissance de cause du nombre et de l'espacement des naissances et d'avoir accès aux informations, à l'éducation et aux moyens nécessaires pour leur permettre d'exercer ces droits »¹¹⁵.

Le droit à la santé sexuelle et procréative est applicable à toute personne relevant de la juridiction de l'Etat, sans discrimination admissible basée notamment sur la nationalité, l'origine ou le statut de séjour¹¹⁶. L'Etat doit donc prendre des dispositions particulières afin de ne pas entraver l'accès des femmes du domaine de l'asile aux différentes prestations¹¹⁷.

Sur ce point en particulier, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels considère que : « Les (...) réfugiés, les apatrides, les demandeurs d'asile et les migrants sans papiers, étant donné la vulnérabilité supplémentaire à laquelle les expose leur situation de détention ou leur statut juridique, sont aussi des groupes qui présentent des besoins spéciaux, et l'Etat doit prendre des dispositions particulières pour leur garantir l'accès à l'information, aux produits et aux soins de santé sexuelle et procréative »¹¹⁸.

L'Etat partie aux différents traités concernés doit réglementer les secteurs notamment privés, dont les « compagnies d'assurance maladie », afin de veiller à ce que ces secteurs ne portent

¹⁰⁶ Comité DESC, OG 22, op. cit., § 6 ; OMS, *Sexual Health, Human Rights and the Law*, 2015, définition pratique de la santé sexuelle, sect. 1.1.

¹⁰⁷ Article 17 Pacte I ; article 8 CEDH ; articles 8 et 16 CDE ; article 22 CDPH.

¹⁰⁸ Article 7 Pacte I ; article 3 CEDH ; article 15 CDPH, ainsi que les articles 1 et 2 CAT.

¹⁰⁹ Comité EDEF, OG 35, op. cit., en référence à l'article 2 CEDEF.

¹¹⁰ Article 12, al. 2, litt. a, Pacte I.

¹¹¹ Article 10, al. 2, Pacte I.

¹¹² Article 12, al. 2, CEDEF.

¹¹³ Article 12, al. 1, CEDEF.

¹¹⁴ Article 10, litt. h, CEDEF.

¹¹⁵ Article 16, al. 1, litt. e, CEDEF.

¹¹⁶ Voir notamment l'article 2, al. 1, Pacte I (article 12 : droit à la santé).

¹¹⁷ Ceci correspond à l'obligation de l'Etat partie aux différents traités concernés de « respecter » le droit à la santé sexuelle et procréative, tel qu'il découle du droit à la santé et des autres droits cités.

¹¹⁸ Comité DESC, OG 22, op. cit., § 3.

pas atteinte au droit des individus à la santé sexuelle et procréative, en refusant par exemple de couvrir les frais de santé qui y sont liés¹¹⁹.

L'Etat doit, enfin, pleinement mettre en œuvre le droit à la santé sexuelle et procréative de manière à ce que toutes les femmes puissent, de manière effective, accéder à ces prestations, quel que soit leur statut de séjour sur le territoire de l'Etat ou leurs ressources économiques. Cette mise en œuvre implique que l'Etat garantisse « un accès universel sans discrimination à une gamme complète de services de santé sexuelle et procréative de qualité »¹²⁰, en supprimant notamment les « coûts disproportionnés », « l'absence d'accès physique ou géographique » et en veillant à ce que les prestataires de santé aient « la formation voulue pour assurer des services respectueux et de qualité en matière de santé sexuelle et procréative »¹²¹.

Bien que la pleine mise en œuvre de la plupart des droits économiques, sociaux et culturels dépend d'une mise en œuvre progressive selon les ressources disponibles de l'Etat partie, certaines obligations fondamentales, qui font partie du noyau dur du droit à la santé procréative, doivent être garanties de manière immédiate par l'Etat. Parmi ce noyau dur, on trouve celle de « garantir un accès universel et équitable à des services, des biens et des ressources de santé sexuelle et procréative abordables, acceptables et de qualité, en particulier pour les femmes et les groupes défavorisés et marginalisés »¹²², ainsi qu'à une information complète et non discriminatoire en matière de santé sexuelle et procréative¹²³.

Par « acceptables », il faut notamment entendre « des ressources, des produits, de l'information et des services de santé sexuelle et procréative (...) respectueux de la culture des individus (...) »¹²⁴. Le Comité EDEF insiste sur le fait que les services de santé doivent être « acceptables par les femmes »¹²⁵. A cet égard, « un service est acceptable lorsque l'on s'assure que la femme donne son consentement en connaissance de cause, que l'on respecte sa dignité, que l'on garantit la confidentialité et que l'on tient compte de ses besoins et de ses perspectives »¹²⁶, ce qui exclut toutes les formes de coercition, comme la stérilisation non consensuelle, le dépistage obligatoire de maladies sexuellement transmissibles et les tests de grossesse obligatoires.

Dès lors, la **pleine réalisation du droit à la santé sexuelle et procréative** suppose que les femmes issues du domaine de l'asile puissent, si besoin, bénéficier gratuitement de traductions et d'interprétariat interculturels afin d'accéder pleinement à l'information et donner un consentement libre et éclairé en matière de santé¹²⁷ sexuelle et procréative. Elles devraient également bénéficier d'un accompagnement et de soins par un personnel de santé féminin dès lors que la femme préfère, pour des raisons d'intimité ou liées à sa culture, être conseillée ou examinée par une femme¹²⁸. En effet, dès lors que l'accès aux informations ou soins en matière sexuelle et procréative est entravé en raison du genre du personnel, qu'il s'agisse du personnel de santé ou chargé de l'interprétariat, il peut y avoir une discrimination qui est prohibée par le droit international.

¹¹⁹ Ibid., § 60.

¹²⁰ Ibid., § 45.

¹²¹ Ibid., § 46.

¹²² Ibid., § 49, litt. c.

¹²³ Ibid., § 49, litt. f.

¹²⁴ Comité DESC, Observation générale n°14 sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (OG 14), 11 août 2000, § 20.

¹²⁵ Comité EDEF, Recommandation générale n°24 sur l'article 12 de la Convention : les femmes et la santé (OG 24), 1999 (20^e session), § 22.

¹²⁶ Idem.

¹²⁷ Alberto Achermann et Jörg Künzli, Übersetzen im Gesundheitsbereich, in : Jusletter 6 avril 2009, § 13 ; cf. aussi Comité EDEF, OG 24 (« droit d'être pleinement informées »), op. cit., § 20 ; Alecs Recher, Sexuelle und reproduktive Gesundheit und diesbezügliche Rechte. Eine Bestandsaufnahme zum Recht der UNO, des Europarates und der Schweiz, Bern, 2017, p. 96.

¹²⁸ Dans ce sens aussi, Comité EDEF, Recommandation générale n°26 concernant les travailleuses migrantes, 5 décembre 2008, CEDAW/C/2009/WP.1/R, § 26, litt. i. (« services linguistiques et culturels appropriés »).

4.3.1.2. Synthèse intermédiaire : droit international

La pleine réalisation du droit à la santé sexuelle et procréative suppose des mesures positives par l'Etat partie aux différents traités concernés, notamment que :

- les femmes et les filles du domaine de l'asile bénéficient d'une information, dans une langue qu'elles comprennent, sur les services en matière de santé sexuelle et procréative ;
- puissent exprimer, au besoin grâce à un interprétariat interculturel, en tout temps leur consentement libre et éclairé sur tout acte en matière sexuelle et procréative ;
- aient un plein accès, géographique et économique, aux ressources et services en matière de santé sexuelle et procréative ;
- puissent exprimer leur préférence pour un personnel de santé, ou une interprète, féminin.

4.3.2. Droit suisse

Comme précisé ci-dessus, le droit international en vigueur pour la Suisse mentionné ci-dessus (3.1.2) est valable dans l'ordre juridique et directement applicable (invocable par les individus) dans la mesure où les droits sont formulés de manière suffisamment précise et à l'attention des individus.

4.3.2.1. Quelques dispositions pertinentes du droit fédéral en matière de santé sexuelle et procréative

En plus des dispositions pertinentes du droit fédéral en matière d'accès aux soins de santé des personnes du domaine de l'asile citées ci-dessus (3.1.2.2), on peut mentionner les dispositions pertinentes suivantes, au niveau fédéral.

En Suisse, s'agissant du suivi de grossesse, chaque personne présente légalement sur le territoire a le droit, en vertu de la loi fédérale sur les centres de consultation en matière de grossesse, à des consultations gratuites dans des centres de consultation cantonaux¹²⁹. En outre, l'article 29 de la LAMal inclut dans l'assurance obligatoire des soins les soins liés à la maternité : sont ainsi couverts les examens de contrôle, effectués par un médecin ou une sage-femme, pendant et après la grossesse ; l'accouchement à domicile, dans un hôpital ou dans une maison de naissance ainsi que l'assistance d'un médecin ou d'une sage-femme ; les conseils nécessaires en cas d'allaitement. Les frais liés à une interruption de grossesse effectuée légalement sont également pris en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins (article 30 LAMal). Cependant, les frais d'interprètes dans le cadre des services de santé sexuelle et procréative, ainsi que les moyens de contraception, ne sont pas pris en charge par la LAMal¹³⁰.

Par ailleurs, l'article 31 de l'Ordonnance sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (OE_p)¹³¹ dispose notamment que les exploitants de centres d'enregistrement et de procédure de la Confédération ainsi que de centres d'hébergement collectifs cantonaux doivent veiller à ce que les résident-e-s « a. soient informées dans un délai approprié après leur arrivée dans la structure d'hébergement et dans une langue qu'elles comprennent sur les maladies infectieuses et leurs éventuels symptômes, notamment le VIH/sida, d'autres maladies sexuellement transmissibles ou transmissibles par le sang et la tuberculose, ainsi que sur l'accès à des soins médicaux; b. bénéficient de moyens permettant de prévenir des maladies sexuellement transmissibles ou transmissibles par le sang, en particulier des préservatifs ». La disposition précise également que l'OFSP met à disposition le matériel nécessaire à cet effet.

¹²⁹ RS 857.5, article 1.

¹³⁰ Sur ce point, cf. Santé sexuelle Suisse et Sexual Rights Initiative, Joint submission, Universal Periodic Review of Switzerland, 6-17 November 2017, §§ 28-29, accessible à cette adresse : https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2017/03/UPR_SWITZERLAND-FINAL.pdf (visité le 1.12.2018), qui note des obstacles dans la prise en charge des personnes issues de la migration en matière de santé sexuelle et procréative.

¹³¹ RS 818.101.1.

4.3.2.2. Synthèse intermédiaire : droit suisse

Selon les dispositions pertinentes mentionnées, les femmes et filles du domaine de l'asile ont accès, à l'exception des moyens de contraception, à certains des soins et services essentiels en matière de santé sexuelle (prévention des infections sexuellement transmissibles) et de santé procréative (principaux soins périnataux pris en charge), mais ne bénéficient pas, au niveau fédéral, de droit à un interprétariat culturel pour l'information et les soins dans la mesure où cet interprétariat n'est pas pris en charge financièrement. Cette absence de garantie d'interprétariat interculturel peut avoir des répercussions importantes en termes d'accès à l'information et aux soins en matière de santé sexuelle et procréative. Il n'est cependant pas à exclure que des solutions soient aménagées au niveau des cantons afin de garantir, au besoin, ce droit à un interprétariat interculturel. De même, il peut être envisagé que les cantons prennent en charge financièrement, totalement ou en partie, les moyens de contraception des femmes et filles du domaine de l'asile qui relèvent de leur compétence. A cet égard, les résultats des enquêtes quantitative et qualitative revêtent une grande importance pour évaluer la mise en œuvre en Suisse des prescriptions internationales en la matière.

4.4. RÉSUMÉ DE L'ANALYSE JURIDIQUE

L'analyse juridique est construite en trois parties (assistance aux victimes de violence ou d'exploitation sexuelle parmi les femmes et filles de l'asile ; accueil sensible au genre dans le domaine de l'asile; santé sexuelle et procréative des femmes et filles du domaine de l'asile) selon les deux questions posées par le postulat et le mandat supplémentaire confié par l'OFSP.

Assistance aux victimes de violence ou d'exploitation sexuelle parmi les femmes et filles relevant du domaine de l'asile

Selon la jurisprudence des organes chargés de l'application des principaux traités internationaux des droits humains, il existe une obligation générale de protéger les femmes et les filles contre toutes les formes de violence ou d'exploitation sexuelle. Il incombe ainsi à la Suisse, en vertu du droit international en vigueur à son égard, de protéger de manière immédiate et adéquate la victime contre de nouveaux actes de violence ou d'exploitation ; d'instaurer un processus d'identification des victimes de traite des êtres humains ; de s'assurer que les victimes soient reçues et encadrées par des personnes compétentes ayant reçu une formation sur la violence et l'exploitation sexuelles ; d'assurer à la victime de manière immédiate, ainsi qu'à long terme au besoin, l'accès à des services de soutien permettant son rétablissement physique, psychique et social ; de s'assurer qu'il existe des refuges appropriés, facilement accessibles et en nombre suffisant sur le territoire ; de mettre en place des services de soutien spécifiques pour les requérants d'asile ; d'informer les victimes sur les offres de soutien disponibles ; de fournir, en cas de besoin, une aide en matière de traduction et d'interprétation ; d'assurer l'indemnisation du préjudice subi en Suisse ; ainsi que d'enquêter sur, et réprimer de manière adéquate, tout acte de violence ou d'exploitation sexuelle. Ces obligations sont applicables indépendamment du statut de séjour, de l'âge ou du genre de la victime. En outre, ces obligations sont applicables quel que soit le lieu où la violence s'est produite, sous réserve de l'obligation d'indemnisation du préjudice qui se restreint au préjudice subi en Suisse.

Selon le droit suisse fédéral, les femmes et filles ont droit aux soins de santé nécessaires qui sont couverts par l'assurance maladie obligatoire. Elles ont également droit aux prestations d'aide aux victimes selon la LAVI, sous réserve notamment que l'infraction ait été commise en Suisse. Cette analyse du droit fédéral n'exclut pas, cependant, que des prestations d'assistance soient octroyées aux victimes de violence ou d'exploitation sexuelle sur la base du droit ou de la pratique cantonal(e).

Accueil sensible au genre dans le domaine de l'asile

Selon le droit international en vigueur pour la Suisse, découlant en particulier de la Convention d'Istanbul, il existe une obligation de développer et de mettre en place une procédure d'accueil sensible au genre des requérant(e)s d'asile. La manière dont cette obligation peut être mise en œuvre relève de la marge d'appréciation de chaque Etat. Des toilettes séparées par genre et une protection effectuée par des gardes constituent notamment des exemples de bonnes pratiques.

Au niveau des centres exploités par la Confédération, des dispositions du droit fédéral prévoient des dortoirs séparés pour les hommes et les femmes seules. Des personnes aux « besoins particuliers » (ou « personnes vulnérables ») pourraient également, selon le sens donné en pratique à ces termes, bénéficier de dispositions particulières en matière d'hébergement. Des dispositions concernent par ailleurs la fouille par du personnel de même sexe. Au niveau cantonal, aucune disposition juridiquement contraignante n'est connue en matière d'accueil sensible au genre des requérant(e)s d'asile. Ceci n'exclut pas l'existence de pratiques cantonales en ce sens.

Santé sexuelle et procréative des personnes du domaine de l'asile

En droit international, la pleine réalisation du droit à la santé sexuelle et procréative suppose des mesures positives par l'Etat partie aux différents traités concernés, à savoir notamment que les femmes et les filles bénéficient d'une information, dans une langue qu'elles comprennent, sur les services en matière de santé sexuelle et procréative ; qu'elles puissent exprimer, au besoin grâce à un interprétariat interculturel, en tout temps leur consentement libre et éclairé sur tout acte en matière sexuelle et procréative ; qu'elles aient un plein accès, géographique et économique, aux ressources et services en matière de santé sexuelle et procréative ; ainsi qu'elles puissent exprimer leur préférence pour un personnel de santé ou une interprète de sexe féminin.

Selon le droit suisse fédéral, les femmes et filles du domaine de l'asile ont un accès garanti, à l'exception des moyens de contraception, à certains des soins et services essentiels en matière de santé sexuelle et de santé procréative. Elles ne bénéficient cependant pas de droit à un interprétariat culturel pour l'information et les soins dans la mesure où cet interprétariat n'est pas pris en charge financièrement. Cette absence de garantie d'interprétariat interculturel peut avoir des répercussions importantes en termes d'accès à l'information et aux soins en matière de santé sexuelle et procréative. Il n'est cependant pas à exclure que des solutions soient aménagées au niveau des cantons afin de garantir, au besoin, un interprétariat interculturel. De même, il peut être envisagé que les cantons prennent en charge financièrement, totalement ou en partie, les moyens de contraception des femmes et filles du domaine de l'asile qui relèvent de leur compétence.

5. UNTERBRINGUNG UND BETREUUNG VON FRAUEN UND MÄDCHEN AUS DEM ASYLBEREICH IN DEN KANTONEN

5.1. EINLEITUNG

Vorliegendes Kapitel befasst sich mit dem Fragenkomplex B des Postulats Feri betreffend der Gewährleistung einer gendersensiblen Unterbringung für Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich. Zur Erinnerung lauteten hierzu die Fragen:

B. Bestehen Qualitätsrichtlinien und gendersensible Massnahmen zur Unterbringung von asylsuchenden Frauen und Mädchen? Bestehen ausreichende Qualitätsrichtlinien und gendersensible Massnahmen zur Unterbringung? Ist ein angemessener Schutz vor Übergriffen gegeben?¹³² Besteht Handlungsbedarf bei der Unterbringung? Ist die Betreuung angemessen?

Unter dem Begriff 'gendersensible Unterbringung' ist wie eingangs definiert die Forderung nach dem Einbezug der spezifischen Bedürfnisse von Frauen und Mädchen in der Unterbringung gemeint, insbesondere im Hinblick auf Gewaltprävention, auf Beratung und Betreuung sowie auf Chancengleichheit (s. Kap. 2.2.).

Nachfolgend werden zuerst die entsprechenden Resultate aus der quantitativen Umfrage in allen Kantonen und dann diejenigen aus der qualitativen Untersuchung in den fünf ausgewählten Kantonen BE, GE, NE, NW und TG vorgestellt. Wie eingangs erläutert fokussierte die Untersuchung kollektive Unterkünfte.

5.2. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE QUANTITATIVE

5.2.1. Centres d'hébergement collectifs : distribution et gestion dans les cantons

L'hébergement en centre collectif : une modalité majoritaire du logement des requérant-e-s d'asile. L'hébergement des requérant-e-s d'asile en centres collectifs s'applique à une large majorité des cantons interrogés : en effet, ils sont 21 sur 23 à loger au moins une partie des requérant-e-s d'asile dans ce type de structure. Deux cantons (GL, NW) indiquent même ne recourir qu'à cette forme d'hébergement pour les personnes en attente d'une décision, dans le cadre d'une procédure d'asile. *A contrario*, un seul canton (BS) connaît une pratique différente, puisqu'il ne loge aucun-e requérant-e d'asile en centre collectif. Les centres d'hébergement collectifs sont de taille et en nombre très variables selon les cantons. Dix cantons abritent une à cinq structures d'hébergements d'une capacité de 101 à 200 personnes, et trois d'entre eux comptent en outre une à cinq structures accueillant plus de 200 personnes (BE, GE, VD). Trois autres cantons (AI, AR et GL) n'abritent en revanche aucun centre collectif de plus de 50 personnes.

La gestion des centres s'effectue en majorité par le canton ou une organisation de droit public. Dans plusieurs cantons, la gestion est partagée entre plusieurs exploitants public ou privés. Deux cantons confient la gestion de tous leurs centres à des prestataires privés. Les exploitants des centres d'hébergement collectif sont très variables d'un canton à l'autre. Dans la majorité des cantons cependant (15 répondant-e-s sur 23, à savoir AI, AR, AG, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SH, SG, VS et VD), tous les centres ou certains centres sont gérés par le canton lui-même ou par une organisation de droit public. Les autres exploitants indiqués par les répondant-e-s sont les communes (AR, BL, OW, SH et SG), une organisation de la société civile, par exemple Caritas ou la Croix-Rouge (BE, SZ, TI, TG et UR), ou un prestataire privé, en majorité ORS

¹³² Zu dieser Frage wurde vermerkt, dass diese Fragestellung insbesondere im Lichte der schweizerischen Verpflichtungen im Rahmen des Übereinkommens des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt (Istanbul-Konvention) zu beantworten ist.

(AG, BE, BL, SO, ZH). Plusieurs cantons gèrent les centres en collaboration avec, ou confient la gestion de leurs centres à différents prestataires publics ou privés. Par exemple, le canton d'AG gère lui-même la majorité de ses centres d'hébergement pour requérant-e-s d'asile, mais confie la gestion d'un de ses centres à l'entreprise privée ORS, tout comme ZH qui par le biais de l'AOZ (établissement autonome de droit public) gère une partie des centres et en confie d'autres à la gestion privée d'ORS. Quant au canton de BE, la gestion des centres est partagée entre des organisations de la société civile et un prestataire privé (ORS). Seul le canton de SO (ORS) a délégué la gestion de l'ensemble de ses centres d'hébergement à un prestataire privé.

5.2.2. Statistiques, dispositifs légaux ou institutionnalisés

Pas de données relatives aux cas de violence et exploitation sexuelles en 2017 dans les centres d'hébergements collectifs cantonaux pour requérant-e-s d'asile. La majorité des répondant-e-s n'a pas apporté de réponse à la question du nombre de cas de violence ou d'exploitation sexuelle commis en 2017 à l'encontre de femmes et de filles dans les centres d'hébergements collectifs pour requérant-e-s d'asile de leur canton (11/24), ou ont estimé qu'il n'y avait pas eu de cas (7/24, à savoir AR, AI, JU, OW, SZ, TG et UR). Quatre cantons ont indiqué de un à cinq cas (NW, SH, SO et VD) et un canton de 11 à 20 cas (VS). Le plus grand nombre de cas recensés dans l'absolu concerne le canton de BE (entre 21 à 50 cas). En d'autres termes, seuls six cantons ont indiqué une estimation. Dans leurs commentaires, plusieurs répondant-e-s ont indiqué ne pas disposer de statistiques permettant d'extraire ces données. Pour cette même raison, la plupart des répondant-e-s n'a pas apporté de réponse à la question du pourcentage d'infractions qui se sont déroulées en 2017 dans des centres d'hébergement collectifs.

Peu de réponses ont également été apportées par les répondant-e-s à la question de savoir quels étaient les auteurs des violences commises envers les femmes et les filles relevant du domaine de l'asile dans les centres d'hébergements collectifs du canton ou dans des appartements. En considération des quelques réponses apportées, **les répondant-e-s ont estimé**, de manière prépondérante par rapport aux autres catégories d'auteur-e-s (membres de la famille des victimes par exemple ou autres personnes hébergées dans le centre), **que les collaborateur-trice-s des centres, les personnes chargées de la sécurité dans les centres, les bénévoles dans les centres, les personnes (mêmes externes) chargées de la santé dans les centres ainsi que les personnes chargées au sein du canton de l'encadrement (services sociaux ou de migration) n'étaient responsables d'aucune infraction.** Le même constat ressort des quelques réponses apportées s'agissant des infractions commises à l'égard des femmes et des filles relevant du domaine de l'asile dans des appartements : les répondant-e-s estiment que la plupart des infractions sont le fait de membres de la famille ou de personnes habitant avec la victime dans l'appartement. Les personnes chargées au sein du canton de l'encadrement (services sociaux et de migration) ou de la santé ne sont, selon les répondant-e-s, responsables d'aucune infraction.

5.2.3. Aménagement des locaux sensible au genre

Pas de toilettes ni de douches séparées pour les femmes et les hommes dans cinq cantons. Cinq cantons parmi les répondant-e-s disposent sur leur territoire de centres d'hébergement collectifs dans lesquels il n'existe pas de toilettes, ni de douches, séparées pour les femmes et les hommes (AG, BE, BL, NE et VD). Un-e répondant-e précise à cet égard que l'absence de sanitaires séparés est dénoncée depuis longtemps par les assistant-e-s sociaux en charge des personnes relevant de l'asile dans son canton.

Large majorité de cantons disposent d'étages réservés aux femmes. Plusieurs cantons (AI, AR, BE, GL, GR, JU, LU, UR et ZH) disposent, dans certains centres d'hébergement collectifs,

de lieux de vie réservés aux femmes (séjours et/ou cuisines). Par ailleurs, une large majorité de cantons (20/24) disposent d'étages réservés aux femmes dans les centres d'hébergement collectifs¹³³. Enfin, huit cantons (AG, BL, BE, GE, GL, GR, OW et UR) disposent sur leur territoire de centres pour requérant-e-s d'asile exclusivement réservés aux femmes.

Pas de disposition contraignante, sauf dans deux cantons, pour un hébergement séparé de leur (futur) époux des femmes et des filles victimes ou menacées d'un mariage forcé. Seuls deux cantons (AI et SZ) prévoient une disposition contraignante selon laquelle les victimes d'un mariage forcé ou les personnes menacées d'un mariage forcé doivent être hébergées séparément de leur (futur) époux et/ou de sa famille. Les cantons n'ayant pas apporté de réponse ont expliqué que la situation était réglée au cas par cas, qu'il n'existait pas de cas ou que cette situation était réglementée par les dispositions communes du droit pénal.

5.2.4. Formation du personnel des centres d'hébergement collectifs

Seulement six cantons proposent des formations dans le domaine de l'asile relatives à l'hébergement sensible au genre ou aux besoins spécifiques des femmes : ces formations sont seulement obligatoires dans deux cantons. Six cantons (GE, GR, NW, SO, TG et VD) proposent des formations dans le domaine de l'asile relatives à l'hébergement sensible au genre ou/et aux besoins spécifiques des femmes relevant du domaine de l'asile. Ces formations s'adressent à différents publics : les travailleur-euse-s sociaux (GE, NW, SO, TG et VD) sont les plus visé-e-s à parité avec les collaborateur-trice-s des centres d'hébergement collectifs pour requérant-e-s d'asile (GR, NW, SO, TG et VD), suivi des bénévoles œuvrant dans le domaine de l'asile (GR et SO) et enfin des collaborateur-trice-s de l'administration cantonale (domaines de la migration, des affaires sociales, de l'asile) (GR), des professionnel-le-s de la santé (TG), ainsi que des personnes chargées de la sécurité (VD). Seuls deux répondant-e-s (GR et TG) indiquent en outre que ces formations sont obligatoires pour les catégories de personnes suivantes : collaborateur-trice-s de l'administration cantonale (domaines de la migration, des affaires sociales, de l'asile) et collaborateur-trice-s des centres d'hébergement collectifs pour requérant-e-s d'asile (GR) ; travailleur-euse-s sociaux et collaborateur-trice-s des centres d'hébergement collectifs pour requérant-e-s d'asile (TG).

5.2.5. Prestations d'encadrement et de conseil

Dispositions ou conditions contraignantes en matière de conseil et d'encadrement des femmes et des filles dans trois cantons seulement. Selon les répondant-e-s, seuls trois cantons (GE, SZ et UR) ont émis des dispositions (ou des conditions faisant partie des contrats conclus avec les exploitants des centres de requérant-e-s d'asile) relatives à la mise à disposition d'offres de conseil et d'encadrement destinées spécifiquement aux femmes et aux filles. Quant au détail de ces dispositions ou conditions, seul un canton (UR) parmi ces trois en a reproduit un extrait se référant au concept cantonal sur l'octroi de l'aide sociale aux requérant-e-s d'asile et personnes admises provisoirement selon lequel il doit être tenu compte des besoins spécifiques des femmes et des enfants. Certains répondant-e-s n'ayant pas apporté de réponse se sont référé-e-s à la pratique non codifiée.

L'accès aux soins de santé et au conseil juridique a principalement lieu sous forme de consultations externes aux centres d'hébergement. L'accès aux soins de santé (encadrement médical général, gynécologique et psychologique) pour les requérant-e-s d'asile hébergé-e-s dans des centres collectifs, est principalement organisé sous forme de consultations externes au centre (cabinets médicaux privés et services externes spécialisés), plutôt que sous forme de consultations dans les centres. Cette tendance est plus marquée s'agissant des soins

¹³³ A noter pourtant que, dans le cadre de l'enquête qualitative, il n'y avait dans aucun des centres d'hébergement visités à population mixte (hommes et femmes), à l'exception d'un centre, d'étages réservés aux femmes.

gynécologiques et psychologiques que s'agissant des soins médicaux généraux. Quant au conseil juridique aux requérant-e-s d'asile, celui-ci est très majoritairement organisé sous forme de services externes spécialisés.

Selon les répondant-e-s, les soins médicaux des requérant-e-s d'asile (généraux, gynécologiques et psychologiques) sont majoritairement financés par l'assurance maladie, puis par le canton et dans une moindre mesure la commune. Quant aux conseils juridiques aux requérant-e-s d'asile, ils sont financés de manière égale par le canton et les œuvres d'entraide, puis dans une moindre mesure par la commune.

Conseil et encadrement par une spécialiste femme partiellement garantis en matière de santé et de conseils. Selon la majorité des répondant-e-s, les femmes et filles relevant du domaine de l'asile ont partiellement accès (en partie, si possible, ou sur leur demande) au conseil ou à l'encadrement par une spécialiste **femme**, dans les domaines suivants :

- Médecine générale
- Gynécologie
- Psychologie
- Consultations dans les hôpitaux
- Consultations dans les centres de conseil en matière de santé sexuelle et reproductive
- Consultations dans les centres de consultations pour les victimes
- Consultations auprès d'organismes externes spécialisés
- Conseil juridique

Le conseil ou l'encadrement par une femme est activement garanti s'agissant notamment des consultations dans les centres de consultation pour les victimes (dans huit cantons : BL, BS, GR, LU, NW, SH, SO et VS). Il est par ailleurs activement garanti dans cinq cantons (AR, NW, SZ, TI et UR) s'agissant des consultations gynécologiques et dans cinq cantons également (BL, NW, SZ, UR et VS) s'agissant des consultations auprès des centres de conseil en matière de santé sexuelle et reproductive.

Services d'interprétariat (par une femme) partiellement garantis. Un service d'interprétariat est, selon la majorité des répondant-e-s, seulement partiellement octroyé (en partie, si possible, ou sur leur demande) dans les domaines cités ci-dessus. Il est activement garanti dans les centres de consultation pour les victimes LAVI de sept cantons (AI, GE, LU, SH, SZ, SO et ZH). Il est par ailleurs activement garanti dans cinq cantons (AI, GE, LU, SH et SZ) s'agissant des consultations gynécologiques et dans quatre cantons (AI, GE, SH et SZ) s'agissant des consultations auprès des centres de conseil en matière de santé sexuelle et reproductive. Deux cantons (BL et SG) ne disposent en revanche d'aucune directive en matière d'interprétariat, dans aucun des domaines. Plusieurs cantons (8/24) ne disposent d'aucune donnée statistique en matière de fréquence à laquelle les femmes du domaine de l'asile recourent au droit de bénéficier sur demande des services d'un interprète. Deux cantons (BL et GR) ne reconnaissent pas un tel droit. Lorsque les femmes et les filles relevant du domaine de l'asile peuvent faire appel à un tel droit, un peu moins de la moitié des cantons considère qu'elles y recourent « plutôt souvent ». Seuls deux cantons (AR et TG) estiment qu'elles y font appel « plutôt rarement ». Dans leur grande majorité, les cantons financent ces services d'interprétariat, soit de manière systématique (11/24), soit à certaines conditions (12/24, en cas de besoin, d'urgence ou de la sensibilité du thème abordé). Seul un canton (BL) ne finance pas ces services.

Les services d'une interprète femme sont activement garantis pour les consultations gynécologiques dans six cantons seulement (AI, BS, GL, NW, SZ et TI)¹³⁴. Seuls deux cantons (NW et

¹³⁴ Les résultats indiqués ici découlent des réponses par les répondant-e-s et n'ont pas été corrigés. Il y a pourtant une incohérence entre ce résultat et le fait que dans cinq cantons le droit à un-e interprète est garanti. Cette incohérence demeure cependant inexpliquée.

SZ) garantissent activement une interprète femme auprès des centres de conseil en matière de santé sexuelle et reproductive.

Des responsables de santé présents dans les centres collectifs dans presque la moitié des cantons, n'ayant en majorité pas suivi une formation médicale poussée et n'étant pas systématiquement de sexe féminin. Selon un peu moins de la moitié des répondant-e-s (10/23), les centres d'hébergement collectifs pour requérant-e-s d'asile disposent de responsables de santé. Dans certains cantons, cela varie d'un centre à un autre (7/23). Ces responsables santé n'ont pas tous suivi une formation médicale poussée (uniquement le cas selon 6/17 des répondant-e-s), cela varie en tout cas d'un centre à l'autre (6/17). Dans la majorité des cantons, les centres d'hébergement collectifs pour requérant-e-s d'asile n'emploient pas systématiquement du personnel de santé féminin. C'est uniquement le cas dans trois cantons (GR, SZ et TI).

Pas de personnel de sécurité (féminin) dans les centres d'hébergement collectifs dans la majorité des cantons. Selon la quasi-totalité des répondant-e-s, les centres d'hébergement collectifs pour requérant-e-s d'asile ne disposent pas systématiquement, de jour comme de nuit, de personnel chargé de la sécurité dans le centre. En effet, seuls deux cantons (NW et TI) disposent dans tous leurs centres d'hébergement collectifs de personnel spécialement affecté à la sécurité 24h/24, par contraste avec d'autres cantons, comme par exemple GE, dans lesquels la présence de personnel de sécurité varie d'un centre d'hébergement à un autre. Selon les répondant-e-s, il n'existe dans neuf cantons (AI, BE, GL, GR, OW, SH, SO, TG et UR) pas de personnel de sécurité dans tous les centres d'hébergement collectifs pour requérant-e-s d'asile.

Dans un seul canton (SZ), les centres d'hébergement collectifs disposent systématiquement, mais uniquement la nuit, de personnel de sécurité féminin. Seuls deux autres cantons (GE et LU) ont indiqué que les centres d'hébergement collectifs disposaient de personnel de sécurité féminin, sans que cela ne soit systématique. Il convient de noter que la majorité des répondant-e-s (15/24) se sont abstenu-e-s de répondre à cette dernière question.

Flux d'informations sur les données médicales reçues par les autorités cantonales en matière d'asile jugé bon, sauf en provenance des autres autorités européennes. Le flux d'informations sur les données médicales transmises par les centres d'hébergement (cantonales ou fédérales) aux autorités cantonales en matière d'asile est jugé majoritairement bon par les répondant-e-s. Il est cependant jugé majoritairement insuffisant ou lacunaire s'agissant des informations leur étant transmises par les autorités étrangères européennes. Quant au flux d'informations transmises par les praticien-ne-s de santé aux autorités cantonales en matière d'asile, il est jugé bon mais, dans une même mesure, également lacunaire. Cela tient principalement selon les répondant-e-s au caractère confidentiel des informations.

5.3. RESULTATE AUS DER QUALITATIVEN UNTERSUCHUNG

Wie eingangs dargelegt stammen die qualitativen Daten zum Fragenkomplex B aus Interviews mit Zentrumsleitenden, Gesundheitspersonal sowie spezialisierten staatlichen und nichtstaatlichen Angeboten, Fachstellen und Organisationen in den fünf ausgewählten Kantonen BE, GE, NE, NW und TG (Liste der Befragten siehe Anhang 9.1.).

Vorab sei darauf hingewiesen, dass die im Rahmen der qualitativen Untersuchung untersuchten Unterkünfte nicht ausschliesslich Asylsuchende beherbergen. In einigen Unterkünften sind Asylsuchende, die sich im Asylverfahren befinden, sogar in der Minderheit gegenüber abgewiesenen Asylsuchenden und/oder Personen mit einem Nichteintretensentscheid. Die nachfolgenden Ausführungen zur qualitativen Untersuchung betreffen nicht ausschliesslich Asylsuchende, sondern falls nicht anders vermerkt alle Personen, die in den untersuchten Unterkünften untergebracht sind. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Personen in den Unterkünften ist vom jeweiligen Kanton abhängig und beträgt sechs Monate bis «18 Monate und mehr». In einigen der unter-

suchten Unterkünfte wurde teilweise auch eine lange bis sehr lange Aufenthaltsdauer verzeichnet, insbesondere von abgewiesenen Asylsuchenden (drei bis fünf Jahre).

5.3.1. Organisationsmodelle in den untersuchten Kantonen

Die Organisation bezüglich Unterbringung, Betreuung und Zugang zur Gesundheitsversorgung für Personen aus dem Asylbereich ist je nach Kanton sehr unterschiedlich ausgestaltet. Zudem gibt es auch innerhalb der Kantone grosse Unterschiede. Die nachfolgend beschriebenen Kollektivunterkünfte gehören meist zur ersten Unterbringungsphase, die unterschiedlich lang ausfallen kann (z.B. sechs Monate in der untersuchten Unterkunft in NE und ungefähr ein Jahr in den untersuchten Unterkünften im Kanton GE). Im Normalfall folgt darauf in einer zweiten Phase eine Unterbringung in einer privaten Unterkunft. Nachfolgend werden die unterschiedlichen Unterbringungs-, Betreuungs-, und Gesundheitsversorgungsmodelle der ausgewählten Kantone zusammenfassend beschrieben.

BE: Diversifizierte Leitung der Unterkünfte durch öffentlich-rechtliche und gemeinnützige Organisationen sowie Private; Zugang zur Gesundheitsversorgung über Gesundheitsverantwortliche in den Unterkünften ('Hausarzt-Modell'); persönlich zugeteilte_r Sozialarbeiter_in in der Regel erst nach positivem Asylentscheid. Im Kanton Bern werden mehr als die Hälfte der Asylsuchenden, die dem Kanton zugewiesen werden, in Kollektivunterkünften untergebracht. Die Kollektivunterkünfte werden derzeit von öffentlich-rechtlichen Organisationen (*Asyl Berner Oberland*, *Asyl Biel und Region*), von einer gemeinnützigen Organisation (*Heilsarmee Flüchtlingshilfe HAF*) und im Falle des Zentrums für unbegleitete Minderjährige von einem Privatunternehmen (*Zentrum Bäregg GmbH*) betrieben.¹³⁵ In den untersuchten Unterkünften ist tagsüber eine/ein Gesundheitsverantwortliche_r vor Ort, welche_r für die Zuweisung zu den zuständigen Hausärzt_innen zuständig ist. Die Gesundheitsverantwortlichen haben eine kurze medizinische Zusatzschulung absolviert, sind aber nicht medizinisch ausgebildet und sind auch nicht in jedem Fall ausgebildete Sozialarbeiter_innen. Die Gesundheitsverantwortlichen gehen im Rahmen eines Gesprächs mit jeder neu ankommenden Person einen Fragebogen zum gesundheitlichen Zustand durch (medizinisches Eintrittsformular). Im Rahmen dieses Gesprächs können die Befragten frei entscheiden, ob sie sich einer ärztlichen Untersuchung unterziehen wollen. Schwangere Frauen werden konsequent für eine Kontrolle durch eine/n Gynäkolog_in angemeldet. Da die Sozialarbeiter_innen in den untersuchten Unterkünften aus Ressourcenmangel keine Bezugspersonen-System¹³⁶ führen können, steht den Unterkunftsbewohner_innen vor einem positiven Asylentscheid in der Regel keine ihnen zugewiesene persönliche Sozialarbeiterin zur Verfügung (auch nicht bei den kantonalen Sozialdiensten).

GE: Öffentliche Leitung der Unterkünfte; öffentliches System beim Zugang zur Gesundheitsversorgung; persönliche psychosoziale Begleitung ausserhalb der Unterkünfte. In GE werden höchstens ein Drittel der Asylsuchenden in Kollektivunterkünften untergebracht. Die Unterkünfte werden vom *Hospice général*, einer öffentlich-rechtlichen Einrichtung, zuständig für den Sozialdienst im Kanton Genf, betrieben. In den untersuchten Unterkünften sind keine Gesundheitsverantwortlichen vor Ort. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung wird über das *Programme santé migrants (PSM)* der öffentlichen Genfer Spitäler gewährleistet, an das sich die Asylsuchenden direkt wenden müssen. Die Gesundheitsversorgung erfolgt beim *PSM* vor Ort. Bei Bedarf werden die Betroffenen an Spezialist_innen inner- oder ausserhalb des öffentlichen Spitals weitergeleitet. Im Kanton Genf wird jede asylsuchende Person von einer Pflegefachperson des *PSM* empfangen, wo im Rahmen eines Gesprächs ein Fragebogen zu ihrem Gesundheitszustand

¹³⁵ Der Kanton Bern hat den Betrieb aller Unterkünfte neu ausgeschrieben und wird voraussichtlich im Sommer 2019 entscheiden, wer die Unterkünfte und zur Unterbringung gehörende Dienste künftig betreiben wird.

¹³⁶ In einem Bezugspersonen-System würde jeder in der Unterkunft wohnhaften Person eine persönliche in Sozialer Arbeit ausgebildete Bezugsperson als Ansprechperson zugewiesen.

ausgefüllt wird. Danach wird der Person ein_e Ärzt_in zugeteilt, und ein erster Termin wird vereinbart. Für alle neu eingetroffenen Frauen wird zudem eine Untersuchung bei einer/einem Gynäkolog_in vereinbart. Für die psychosoziale Begleitung der Personen aus dem Asylbereich sind in GE die Sozialarbeitenden des *Hospice général* zuständig. Diese sind in einer Einrichtung ausserhalb der Unterkünfte stationiert. In den untersuchten Unterkünften sind indessen Sozialarbeitende, die auf Gruppeninterventionen spezialisiert sind (ASIC) sowie «intendants sociaux de proximité» (IS) vor Ort. Dieses Personal verfügt aber nicht über genügend Fachkompetenz für eine persönliche Begleitung der Asylsuchenden und verfügt über keine medizinische Schulung.

NE: Öffentliche Leitung der Unterkünfte; Zugang zur Gesundheitsversorgung über eine gemeinnützige Organisation ausserhalb der Unterkünfte; psychosoziale Begleitung innerhalb der Unterkünfte. Zur Zeit der Erhebungen betrieb der Kanton Neuenburg zwei Kollektivunterkünfte. In diesen wurden höchstens ein Drittel aller Asylsuchenden während einer ersten Unterbringungsphase von ungefähr sechs Monaten untergebracht. Inzwischen wurde eine Unterkunft geschlossen. In der untersuchten Unterkunft sind keine Gesundheitsverantwortlichen vor Ort. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung wird über die Einrichtung *Maison de santé (MDS)*, die von der gemeinnützigen Organisation *Médecins du Monde* geleitet wird, gewährleistet. Die Erstversorgung findet direkt bei *MDS* statt, gegebenenfalls wird die Person an Spezialist_innen weitergeleitet. Sozialarbeitende, die zum Betreuungspersonal der Unterkunft gehören, übernehmen die psychosoziale Begleitung.

NW: Öffentliche Leitung der Unterkünfte; Zugang zur Gesundheitsversorgung über Gesundheitsverantwortliche in den Unterkünften ('Hausarzt-Modell'); psychosoziale Begleitung ausserhalb der Unterkünfte. Die beiden Kollektivunterkünfte, in denen alle dem Kanton zugewiesenen Asylsuchenden untergebracht sind, werden direkt vom Kanton betrieben. Die psychosoziale Begleitung der Personen wird ausserhalb der Unterkünfte gewährleistet. Die Unterkunftsverantwortlichen fungieren innerhalb der Unterkünfte auch als Gesundheitsverantwortliche. Die Gesundheitsversorgung wird ausserhalb der Unterkünfte von einem Hausarzt (zur Zeit der Befragung nur Männer) gewährleistet, der gegebenenfalls eine Triage zu Spezialist_innen vornimmt. Um einen gynäkologischen Termin zu vereinbaren, müssen sich die Patientinnen zuvor bei der kantonalen Migrationsbehörde melden.

TG: Leitung der Unterkünfte durch eine private Stiftung; Zugang zur Gesundheitsversorgung über Gesundheitsverantwortliche in den Unterkünften ('Hausarzt-Modell'); psychosoziale Begleitung innerhalb der Unterkünfte. Alle Kollektivunterkünfte im Thurgau werden von der privaten *Peregrina Stiftung* betrieben. Die Unterkunftsverantwortlichen fungieren innerhalb der Unterkünfte auch als Gesundheitsverantwortliche. Die Gesundheitsversorgung wird ausserhalb der Unterkünfte von einem Hausarzt (oder einem Kinderarzt) gewährleistet, der gegebenenfalls eine Triage zu Spezialist_innen vornimmt. Die Patientinnen können sich direkt an eine_n Gynäkolog_in wenden, aber in der Regel werden die Termine über das Personal der Unterkunft vereinbart. Sozialarbeitende, die zum Betreuungspersonal der Unterkunft gehören, übernehmen normalerweise die psychosoziale Begleitung.

5.3.2. Umsetzung gendersensibler Unterbringung – Vorgaben

Die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung untermauern die Erkenntnis aus der quantitativen Erhebung, dass in keinem der untersuchten Kantone gesetzliche Bestimmungen, Richtlinien oder bindende Konzepte explizit bezüglich einer **gendersensiblen Unterbringung** von Personen aus dem Asylbereich bestehen.

5.3.3. Umsetzung gendersensibler Unterbringung – räumliche Aspekte

Der räumlichen Organisation und Nutzung kommt in einer gendersensiblen Unterbringung eine zentrale Rolle zu.¹³⁷ Nicht nur ob die Toiletten und Duschen nur von Frauen genutzt werden macht für Bewohnerinnen von Kollektivunterkünften einen grossen Unterschied, sondern auch ob der Zugang dorthin separat ist und als sicher empfunden wird. Ebenso spielt eine Rolle, ob z.B. die Küche oder der Aufenthaltsraum geschlechtergetrennt sind. (So berichtete eine Betreuungsperson einer untersuchten Unterkunft, dass sich vor dem Mobiltelefonzeitalter im Aufenthaltsraum nach Mitternacht praktisch nur noch Männer aufhielten, die am TV pornografische Sendungen konsumierten.) Auch spielt es für eine Mutter mit einem Neugeborenen eine Rolle, ob sie allein im Zimmer ist oder noch mit anderen Frauen. Mit diesen Themen befasst sich dieses Kapitel.¹³⁸

In den meisten Unterkünften existieren **geschlechtergetrennte Sanitäranlagen**, in einzelnen Unterkünften sind die Sanitäranlagen und/oder die **Zugänge** dazu jedoch **nicht getrennt**. Zudem kann die Einhaltung der Geschlechtertrennung teilweise **nicht durchgesetzt** werden. In einer Unterkunft wird z.B. eine Frauentoilette in der Praxis trotz Anmahnung des Personals regelmässig auch von Männern genutzt, da es die «schönere» ist und zudem auf diesem Stockwerk ein genereller Mangel an Toiletten herrscht. Teilweise sind **nicht genügend Sanitäranlagen für Frauen** vorhanden.

Fallbeispiele zum Thema Sanitäranlagen:

In einer Unterkunft gibt es nur eine Dusche für 24 Frauen und 15 Kinder.

In einer (gemischten) Unterkunft ist jeder Seitenflügel des Gebäudes mit je zwei WC-Räumen und einem Duschaum ausgestattet. Die zwei WCs sind aber nicht nach Geschlecht, sondern nach Modell getrennt: Es gibt eine «türkische» Hocktoilette und eine europäische Sitztoilette. Laut der Leitung der Unterkunft entspricht dies den Bedürfnissen der Bewohner_innen.

In allen untersuchten Unterkünften werden **Familien in separaten Zimmern** untergebracht. Die Bewohnerinnen und Bewohner können ihr Zimmer **abschliessen**, wobei das Personal über einen Zweitschlüssel verfügt. In einer der untersuchten Unterkünfte ist **ein Teil des Gebäudes ausschliesslich für Frauen** bestimmt, während eine andere Unterkunft ausschliesslich Frauen beherbergt. Allein reisende Frauen sind in keiner der untersuchten Unterkünfte im selben Zimmer wie allein reisende Männer untergebracht.

In Unterkünften ohne separaten Frauteil werden die **Küchen** von beiden Geschlechtern genutzt. Dies führt gemäss befragten Betreuungs- und Fachpersonen zu Auseinandersetzungen zwischen Männern und Frauen sowie oftmals zu Belästigungen der Frauen durch die Männer. Auch die restlichen **Gemeinschaftsräume** werden in allen untersuchten Unterkünften von beiden Geschlechtern benutzt (z.B. der Aufenthaltsraum und der Kinderspielraum).

Die **geschlechterdurchmischte** Nutzung der Räumlichkeiten begründen einige Zentrumsleitende mit dem Interesse an einer verbesserten Integration der Asylsuchenden in die Schweizer Gesellschaft, die geschlechterdurchmischt sei («Normalitätsprinzip»). Eine Leitungsperson merkt

¹³⁷ Im Rahmen dieser Studie wurden hinsichtlich der räumlichen Strukturen vor allem folgende Aspekte untersucht: Die Geschlechtertrennung der Sanitäranlagen, soweit möglich der getrennte/sichere Zugang zu den Sanitäranlagen, die Anzahl Sanitäranlagen für Frauen und Mädchen (z.B. ist es für Frauen, welche einer Beschneidung unterzogen wurden, wichtig, auf der Toilette genügend Zeit zu haben), die Geschlechtertrennung der Etagen und/oder Zimmer sowie die Unterbringung von Frauen/Müttern, Mädchen und Familien in den Zimmern. Weitere Aspekte der geschlechtersensiblen Unterbringung wie z.B. die Beleuchtung, die Grösse der Toiletten und Sanitäranlagen (Kinder sollten mitgenommen werden können) oder das Vorhandensein von Bidets wurden nicht systematisch untersucht.

¹³⁸ Siehe dazu auch Wegelin et al. 2013 unter Berücksichtigung der Perspektive von Direktbetroffenen.

ferner an, dass es in Gebäuden mit ausschliesslich männlichen Bewohnern häufiger zu Sicherheitsproblemen komme als in geschlechterdurchmischten Gebäuden. In letzteren herrsche eine familiäre Atmosphäre, die vor allem jungen Männern zugutekomme.¹³⁹ Zentrumsleitende halten weiter fest, dass eine geschlechterdurchmischte Nutzung der Stockwerke einen grösseren Spielraum bei der Unterbringungsplanung ermögliche. In einigen Unterkünften beruht die geschlechterdurchmischte Nutzung der Räumlichkeiten, insbesondere der Sanitäranlagen, zudem auf der ursprünglichen Gebäudefunktion. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass vielfältige Sachzwänge wie z.B. beschränkte Mittel oder bauliche Gegebenheiten derzeit die Einrichtung geschlechtergetrennter Räumlichkeiten, einschliesslich Sanitäranlagen, erschweren. Jedoch ist darauf hinzuweisen, dass getrennte Sanitäranlagen und allenfalls weitere geschlechtergetrennte Räumlichkeiten laut Europarat *Good Practices* sind, um den Artikel 60, al. 3, der Istanbul-Konvention umzusetzen.¹⁴⁰

In Bezug auf die Wünschbarkeit von separaten **Frauenunterkünften** wurden im Feld der befragten Personen leicht unterschiedliche Positionen vertreten: Während spezialisierte NGOs und weitere spezialisierte Fachpersonen – Bezug nehmend auf die Istanbul-Konvention sowie auf Untersuchungen zur subjektiven und objektiven Sicherheit von Frauen und Mädchen in Unterkünften – eine gänzlich geschlechtergetrennte Unterbringung favorisieren, sehen einige befragte Betreuungspersonen in den Unterkünften auch gewisse Vorteile einer gemeinsamen Unterbringung von allein reisenden Frauen einerseits und Familien andererseits. Bei einer allfälligen Prüfung der letzteren Option sind die objektive und subjektive Sicherheit der Frauen und Mädchen zu berücksichtigen (siehe FN 139 unten).

In keiner der untersuchten Unterkünfte sind Zimmer oder Räumlichkeiten für die ausschliessliche Nutzung durch **unbegleitete minderjährige Asylsuchende (UMA)** vorgesehen. Hauptgrund hierfür ist, dass diese Unterkünfte derzeit keine oder nur wenige UMA beherbergen. Dies da sich einerseits aktuell wenige UMA im Asylverfahren befinden. Andererseits führen einige Kantone spezialisierte Unterkünfte für UMA, die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung jedoch nicht besucht werden konnten.¹⁴¹

In Bezug auf die Unterbringung von **LGBTIQ⁺**-Personen sind in den untersuchten Unterkünften keine standardisierten Abläufe vorgesehen, sondern es wird von Fall zu Fall vorgegangen. So wurde gemäss einer befragten Leitungsperson eine Trans*person nach signifikanten Gewalterfahrungen in der Unterkunft in eine private Unterkunft transferiert. Zwei Leitungspersonen gaben an, dass sich bei ihnen wohnhafte oder wohnhaft gewesene Homosexuelle und Trans*personen davor fürchte(te)n, sich in den Unterkünften erkenntlich zu geben, da sie Repressionen von den anderen Bewohner_innen befürchte(te)n. Andere Leitungspersonen gaben an, dass sie keinen Handlungsbedarf erkennen hinsichtlich der Unterbringung von LGBTIQ⁺, da sie bisher keine diesbezüglichen Probleme wahrgenommen haben. Weiter wurden zwei Fälle erzählt, in welchen geoutete homosexuelle Männer keine Belästigungen in der Unterkunft erfuhren. In einem dieser Fälle hatte die Zentrumsleitung dafür gesorgt, dass der Betroffene das Zimmer mit Personen teilt, von denen keine Belästigungen zu erwarten waren. In keinem Fall wurde von Kollaborationen mit spezialisierten LGBTIQ⁺-Organisationen wie *Queer Amnesty* berichtet. Die hier zum Thema LGBTIQ⁺ befragten NGOs¹⁴² halten fest, dass das Thema im Bereich der Unterbringung von Personen aus dem Asylbereich bisher wenig Beachtung gefunden hat und teilweise problematisch gehandhabt wird, beispielsweise indem Betroffene aufgefordert werden, zum eigenen

¹³⁹ Spezialisierte Fachpersonen und einige der befragten Zentrumsangestellten halten solche Aussagen für problematisch, da ihrer Meinung nach weder das Normalitätsprinzip noch die empfundene soziale Ruhe in gemischten Unterkünften auf Kosten der individuellen oder kollektiven Sicherheit der Frauen oder einer adäquaten Unterstützung von Frauen gehen darf.

¹⁴⁰ Siehe Juristische Analyse, Kapitel 4.2.1.

¹⁴¹ Wie einem Mapping des Internationalen Sozialdienstes Schweiz (ISS 2018) zu entnehmen ist, wurden jedoch im Jahr 2018 viele spezifische Strukturen/Unterkünfte für UMA aufgehoben, da sie aufgrund der schwachen Auslastung wirtschaftlich nicht mehr tragfähig waren.

¹⁴² Wie erwähnt konnten aus Ressourcengründen keine LGBTIQ⁺-spezifischen NGOs wie z.B. *Queer Amnesty* befragt werden. Die Angaben zu diesem Thema stammen von FIZ und TDF, wobei die Interviewpartner_innen sich auf Informationsmaterial der genannten spezialisierten NGOs beriefen.

Schutz auf eine gewisse Art der Kleidung zu verzichten oder indem den Betroffenen solche Kleider weggenommen werden. Gefordert wird erstens der Schutz **sichtbarer LGBTIQ⁺**, z.B. durch private Unterbringung oder separate Duschzeiten für Trans*personen, und zweitens eine Sensibilisierung zu **unsichtbaren LGBTIQ⁺** wie z.B. Regenbogenfamilien, welche nicht auf den ersten Blick als solche erkennbar sind.

Gerade im Zusammenhang mit besonders vulnerablen Gruppen wie z.B. Frauen oder Mädchen mit PTBS, alleinstehende Frauen, schwangere Frauen/Mütter mit Kindern, weibliche UMA oder LGBTIQ⁺ bieten das neue Asylverfahren und die Integrationsagenda eine Gelegenheit, Konzepte für eine geeignete Unterbringung dieser Personengruppen zu erstellen, die meist eine zahlenmässig beschränkte Minderheit darstellen und deren spezifischen Bedürfnisse und Gefährdungen daher zu wenig berücksichtigt werden. Die Rechte dieser Personengruppen gelten statusunabhängig (z.B. durch die Istanbul-Konvention, die Kinderrechtskonvention oder die Behindertenkonvention). Um diese Rechte zu gewährleisten, können neben privater Unterbringung beispielsweise betreute WG's und kantonsübergreifende Strukturen oder Unterbringungsmodelle ins Auge gefasst werden. Dafür ist eine Zusammenarbeit mit den Regelstrukturen und eine flexible Umsetzung je nach kantonaler Situation erforderlich.

5.3.4. Umsetzung gendersensibler Unterbringung – Betreuungspersonal

Der Umgang der Kollektivunterkünfte mit den Themen gendersensible Unterbringung, sexuelle Gewalt und Ausbeutung sowie sexuelle und reproduktive Gesundheit wurde von den Befragten unterschiedlich beurteilt. Die meisten Zentrumsleitenden bezeichneten die diesbezügliche Situation in ihren Kollektivunterkünften als gut oder sehr gut, während die befragten spezialisierten Fachpersonen und NGOs sowie einzelne Zentrumsleitende in den Unterkünften Defizite orten bezüglich der Sicherheit, Versorgung, Behandlung und Unterstützung von Zentrumsbewohnerinnen.

5.3.4.1. Qualifikation und Schulung des Personals

Qualifikation und Schulung der Zentrumsleitenden

In Bezug auf den Umgang mit den Themen gendersensible Unterbringung und sexuelle Gewalt und Ausbeutung kommen den **zentrumsbetreibenden Institutionen** (NGOs, Stiftungen, Private, staatliche) und den von diesen installierten **Zentrumsleitenden** eine besonders zentrale Rolle zu. Die von diesen Institutionen und Leitpersonen etablierte **Kultur** (z.B. «Kultur der offenen Türen», «Normalitätsprinzip») scheint effizient in die Kollektivunterkünfte zu diffundieren und dort die Haltungen und Alltagspraxen massgeblich zu definieren. Deshalb ist es laut den befragten Fachpersonen besonders wichtig, dass Leitungspersonen eingestellt werden, die über eine (Nach-)qualifikation und Weiterbildungen sowie über eine Sensibilisierung zu den im Postulat Feri angesprochenen Themen verfügen.

Qualifikation des Tagespersonals

Das Tagespersonal in den untersuchten Unterkünften stellt sich meist sehr divers zusammen und unterscheidet sich stark nach Kanton und Unterkunft. Grundsätzlich werden in den kantonalen Kollektivunterkünften tendenziell **immer weniger Sozialarbeiter_innen** und **immer mehr Quereinsteiger_innen** als Betreuungspersonen angestellt, die hinsichtlich einer professioneller Betreuung und Begleitung nicht über das gleiche Qualifikationsniveau verfügen wie ausgebildete Sozialarbeiter_innen (Sanchez-Mazas 2011). Diese Tendenz ergibt sich aus dem Umstand, dass bisher in Bezug auf Asylsuchende und Personen, welche Nothilfe beziehen (abgewiesene Asylsuchende) kein Integrationsauftrag besteht und deshalb die Funktion der Unterkünfte vor allem darin besteht, die Bewohner_innen zu 'verwalten' und für Ordnung zu sorgen. Parallel dazu war die Soziale Arbeit im Asylwesen im letzten Jahrzehnt besonderen Spannungsfeldern wie auch

politischen Anfeindungen ausgesetzt,¹⁴³ was zu einer Abwendung von qualifizierten Sozialarbeiter_innen führte. Verstärkt wurde diese Entwicklung durch die zunehmend knappen Zeitressourcen, welche Sozialarbeiter_innen in den Unterkünften für die Betreuung zur Verfügung stehen. Gleichzeitig gilt es zu betonen, dass sich unter den Quereinsteiger_innen oftmals erfahrene Berufsleute aus anderen Bereichen in diesem Tätigkeitsfeld äusserst engagiert zeigen und teilweise über langjährige Erfahrung in der Betreuung in den Unterkünften verfügen.

Diese Betreuungssituation könnte sich mit der Neustrukturierung des Asylbereichs und der Integrationsagenda zumindest teilweise ändern. Die Integrationsagenda hält beispielsweise erstmals öffentlich fest, dass Asylsuchende in Hinsicht auf deren Integration (sprachlich) früh gefördert werden können. Weiterhin kein Recht auf Integrationsleistungen haben abgewiesene Asylsuchende; bei Asylsuchenden mit Bleibeperspektive liegt der Entscheid im Ermessen der Kantone.

Qualifikation des Nacht- und Sicherheitspersonals

Bis auf zwei Ausnahmen verfügen alle untersuchten Unterkünfte über Nachtpersonal. In den meisten Fällen handelt es sich um **Nachtpersonal ohne Uniform**, das neben der Sicherheit für die Bewohner_innen auch für weitere Anliegen zuständig ist. Meistens ist dies unqualifiziertes Personal wie z.B. Studierende, die kurze Einführungsschulungen zum Thema Sicherheit besuchen, in der Regel jedoch weder über eine sozialarbeiterische Qualifikation noch über Weiterbildungen im Bereich Gesundheit oder sexuelle Gewalt und Ausbeutung verfügen.

In einer der untersuchten Unterkünfte besteht das Nachtpersonal aus **uniformierten Nachtwachen**. Dieses Personal ist auch tagsüber vor Ort. Dieses Sicherheitspersonal wird von einer Privatfirma gestellt, und die Unterkunftsleitung ist nicht über dessen Qualifikationen und Weiterbildungen informiert. Aus der quantitativen Untersuchung geht hervor, dass die Weiterbildungen zu gendersensibler Unterbringung und frauenspezifischen Bedürfnissen und Gefährdungen generell praktisch nie von Sicherheitspersonal besucht werden.

Keine der restlichen Unterkünfte verfügt über Sicherheitspersonal. Wie das folgende Beispiel zeigt, ist die Frage nach der Wirksamkeit des Einsatzes von Sicherheitspersonal komplex und von den jeweiligen Betriebsmodellen abhängig. Dabei fallen Modelle in Bundes- oder Kantonszentren positiv auf, die in betreuten Aufenthalt und Tagesstrukturen investierten und dadurch den Einsatz von Sicherheitsdiensten massgeblich reduzieren konnten.

Fallbeispiel zum Thema Sicherheitspersonal:

In einer Unterkunft ersetzte die Leitung das uniformierte Sicherheitspersonal eines Privatunternehmens mit Nachtpersonal ohne Uniform. Gemäss der Leitungsperson kam es durch die Uniformen nämlich häufiger zu angespannten Situationen, als dass sich solche entspannt hätten. Die Polizeieinsätze konnten durch diese Massnahme reduziert werden, und in neun von zehn Fällen gelinge es heute dem Nachtpersonal, die Konflikte selbst zu entschärfen. Die Leitung dieser Unterkunft sieht das Nachtpersonal in der Rolle einer «Leibwache». Allein durch die Anwesenheit des Nachtpersonals entstehe ein Gefühl der Sicherheit.

In einer der Unterkünfte **ohne Nachtpersonal** müssen sich die Bewohner_innen selbständig direkt an die Polizei oder die Ambulanz wenden. Laut der Leitung der Unterkunft werde dadurch das Verantwortungsbewusstsein und die Selbständigkeit der Bewohner_innen gestärkt.

Ferner setzt sich in einer der untersuchten Unterkünfte das Tages-Betreuungspersonal aus ehemaligen, ausschliesslich männlichen, Polizisten zusammen, die sich grundsätzlich eher als Sicherheits- respektive «Aufsichtspersonal» denn als Betreuungspersonal verstehen. Die Leitung

¹⁴³ Vgl. NZZ am Sonntag vom 7.12.2014 «Wahlkampf 2015: SVP nimmt Sozialhilfe ins Visier».

dieser Unterkunft geht davon aus, dass die Mitarbeitenden als ehemalige Polizisten genügend geschult sind, um in Konfliktsituationen angemessen zu reagieren.

Freiwillige

Eine weitere zentrale 'Personalgruppe' der Unterkünfte bilden Freiwillige, die in den Unterkünften verschiedenste Dienstleistungen übernehmen, welche nicht staatlich finanziert werden (z.B. Sprachkurse, Freizeitangebote etc.).

Schulung des Zentrumspersonals

Schulungen zu den Themenkomplexen sexuelle Gewalt und Ausbeutung sowie sexuelle und reproduktive Gesundheit sind mit wenigen Ausnahmen¹⁴⁴ **fakultativ**, und/oder die Kursinhalte von Weiterbildungen können **frei gewählt** werden. Die Angebote werden zudem zum grössten Teil nur von Tages-Betreuungspersonal besucht und nur in Einzelfällen von Nacht- und/oder Sicherheitspersonal oder Freiwilligen.¹⁴⁵ Zudem stehen dem Personal aus Ressourcengründen oftmals nur wenige Weiterbildungstage zur Verfügung. Das führt dazu, dass Weiterbildungen zu diesen Themen in den meisten Fällen nur von bereits interessierten Mitarbeitenden besucht werden. Dies bestätigt *TDF*, welche solche Schulungen selbst anbietet. In keiner der untersuchten kantonalen Kollektivunterkünfte wurden Sicherheits- oder Nachtpersonal, Freiwillige oder medizinisches Erstversorgungspersonal (Hausärzt_innen oder Gynäkolog_innen) zu diesen Themen obligatorisch ausgebildet. Dies obwohl diese Personalgruppen z.B. in der Erkennung von Gewaltbetroffenen eine zentrale Funktion einnehmen oder einnehmen könnten.

Die befragten Fachpersonen weisen weiter darauf hin, dass die angebotenen Schulungen, welche meist einen oder maximal zwei Tage dauern, grundsätzlich zu **kurz** sind für eine genügende Sensibilisierung des Zentrumspersonals zu diesen komplexen Themen. *TDF* wirft ausserdem Fragen auf hinsichtlich der **Qualität** der unterrichteten Inhalte, insbesondere in Bezug auf Kurse, die aus Ressourcengründen intern durch die zentrumsbetreibenden Institutionen angeboten werden. Für diese Schulungen wird stattdessen der Einbezug von **externen spezialisierten Fachstellen** empfohlen. In ihrer Studie zur psychischen Gesundheit von traumatisierten Asylsuchenden empfiehlt *Interface* zudem, bei der Weiterbildung für Zentrumspersonal systematisch **psychologisch/psychiatrisch geschultes Personal** beizuziehen (Müller et al. 2017).

5.3.4.2. Teamzusammensetzung nach Geschlecht

In keiner der untersuchten Unterkünfte besteht ein systematischer Zugang zu weiblichen Ansprechpartnerinnen, weder beim Betreuungspersonal, den Gesundheitsverantwortlichen, dem Sicherheitspersonal, noch beim medizinischen Erstversorgungspersonal.

In den untersuchten Unterkünften ist der **Anteil Männer** in den Betreuungsteams in der Regel **höher** als jener der Frauen. Beim **Nacht- und Sicherheitspersonal** ist der Männeranteil sogar **viel höher**; nachts ist in den Unterkünften oftmals ausschliesslich männliches Personal vor Ort. Die befragten spezialisierten Fachpersonen und Forschenden sowie einige Zentrumsleitende erachten diesen Umstand in Bezug auf sexuelle Gewalt und frauenspezifische Bedürfnisse als problematisch, da sich bei geschlechtsspezifischen Anliegen (z.B. gynäkologische Probleme, sexuelle Gewalt, Sexuität, Verhütung) Frauen nachweislich kaum an Männer wenden.

Eine Mehrzahl der befragten Zentrumsleitenden gibt jedoch an, dass sie bei den Tagesteams auf eine **geschlechterdurchmischte** Zusammensetzung achten. Damit wollen sie den Aufbau einer Vertrauensbeziehung zu den Bewohner_innen fördern. Andere Leitungspersonen treffen dagegen diesbezüglich keine besonderen Vorkehrungen und begründen dies mit dem «Normalitäts-

¹⁴⁴ Zwei Kantone (GR, TG) geben in der quantitativen Umfrage an, dass alle Betreuungspersonen in den Unterkünften obligatorische Schulungen zu diesen Themen durchlaufen müssen. Allerdings gilt dies nur für das fest angestellte Tages-Betreuungspersonal, nicht aber für andere Personalgruppen.

¹⁴⁵ Wie in der quantitativen Analyse aufgezeigt wurde, besuchen Nacht- und Sicherheitspersonal nur in je einem Kanton solche Weiterbildungen.

prinzip» des Alltagslebens in der Schweiz: Auch hier seien die Ansprechpersonen nicht immer Frauen.

In vielen Unterkünften, die über **Gesundheitsverantwortliche** verfügen, sind diese weiblich. Laut den Leitungspersonen handelt es sich hierbei aber nicht um eine systematische Praxis. In keiner der untersuchten Unterkünfte besteht die Garantie, dass eine weibliche Gesundheitsverantwortliche als Ansprechpartnerin zur Verfügung steht. Eine solche Garantie besteht auch nicht in Bezug auf das **medizinische Erstversorgungspersonal**, welches oft männlich ist.

Beispiel zum Thema weibliches medizinisches Personal:

In allen untersuchten Unterkünften mit 'Hausarzt-Modell' war zum Zeitpunkt der Erhebungen der Hausarzt ein Mann.

Befragte spezialisierte Fachpersonen weisen ferner darauf hin, dass das Fehlen weiblicher **transkultureller Dolmetscherinnen** unter Umständen sogar eine grössere Hürde für die Vertrauensbildung darstellt als männliches medizinisches Personal.

5.3.4.3. Vertrauensverhältnis

Die Ansichten in Bezug auf das **Vertrauensverhältnis** zwischen dem Betreuungspersonal in den Unterkünften und den Bewohner_innen sind unterschiedlich. Einige Leitungspersonen geben an, dass in ihrer Unterkunft die Türen immer für alle Anliegen offen stünden (Ansatz der «offenen Tür»). Gleichzeitig räumen diese Personen ein, dass sich die Bewohner_innen trotzdem kaum mit intimen Angelegenheiten an das Team wenden. Einige Betreuungspersonen in den Unterkünften bestätigen dies und halten fest, dass es aus ihrer Sicht aus den folgenden Gründen sehr schwierig ist, ein Vertrauensverhältnis zu den Bewohner_innen aufzubauen:¹⁴⁶

- **Geringe Zeitressourcen** (dadurch z.B. Verunmöglichung eines Bezugspersonen-Systems in der psychosozialen Begleitung).
- Das Betreuungspersonal fungiert nicht nur als **Ansprech-** sondern vor allem auch als **Aufsichtspersonal**. Diese **Doppelrolle** hindert Bewohner_innen daran, sich wegen intimer Anliegen an das Betreuungspersonal zu richten.
- Es steht **nicht systematisch weibliches Personal** zur Verfügung (Gesundheitsverantwortliche, Betreuungspersonal, Nachtpersonal, Sicherheitspersonal, medizinisches Personal, Dolmetscherinnen, siehe vorangehendes Kapitel).
- Das Betreuungspersonal wird oft in die **Nähe der Asylbehörde** gerückt. Teilweise wird daher aus Angst vor einer negativen Beeinflussung des Asylverfahrens die Preisgabe von persönlichen Anliegen vermieden.
- Weiter erschwert das **Fehlen unabhängiger transkultureller Dolmetschdienste** den persönlichen Dialog mit den Bewohner_innen.
- Fachpersonen der befragten spezialisierten NGOs verweisen zusätzlich auf die **Tabuisierung von allfälligen Übergriffen durch das Betreuungspersonal** (Zentrumsmitarbeitende, medizinisches Personal), was eine Meldung entsprechender Tatbestände behindere bis verunmögliche. Tatsächlich wurden in der quantitativen Umfrage aus keinem Kanton solche Fälle gemeldet, während spezialisierten Fachpersonen mehrere solche Fälle bekannt waren.

¹⁴⁶ Siehe dazu auch Wegelin et al. 2017 unter Berücksichtigung der direkten Perspektive von Zentrumsbewohnerinnen.

Fallbeispiel zum Thema Vertrauensverhältnis:

In einer der untersuchten Unterkünfte wurde eine Frau in einem Familienzimmer regelmässig von ihrem Mann geschlagen. Frauen im Nachbarzimmer hörten, was vor sich ging. Sie informierten aber weder die Leitung noch das Betreuungspersonal.

Nach Angaben mehrerer Leitungs- und Betreuungspersonen hätte insbesondere das **Nachtpersonal** (nicht uniformiert) grosses Potenzial, ein Vertrauensverhältnis zu den Bewohner_innen aufzubauen. Am Abend haben sowohl das Personal als auch die Bewohner_innen mehr Zeit, das Gespräch zu suchen. Zudem wird das Nachtpersonal weniger mit einer Aufsichtsfunktion in Verbindung gebracht. Gemäss einer Leitungsperson sammelt die Nachtwache dadurch «allerlei persönliche Informationen».

Weiter können auch **Freiwillige** gut Vertrauen aufbauen, da sie relativ unabhängig auftreten und daher weniger mit Aufsicht, Administration und Behörden in Verbindung gebracht werden. Hier besteht die Herausforderung für die Unterkünfte unter anderem jedoch darin, dass sich diese Personen manchmal sehr kritisch über die Unterkünfte und/oder das Asylwesen äussern, was in den Unterkünften teilweise als kontraproduktiv empfunden wird. Generell wird einerseits auf das Potential und andererseits auf die Herausforderungen hinsichtlich des Einsatzes von Freiwilligen verwiesen, auch in Bezug auf das Thema sexualisierte Gewalt.

5.3.4.4. Psychosoziale Begleitung

Die psychosoziale Begleitung von Personen aus dem Asylbereich, welche in Kollektivunterkünften untergebracht sind, ist allgemein **lückenhaft** (s. auch Müller et al. 2017). Dies ist zum einen auf den Umstand zurückzuführen, dass es wie oben dargelegt in den Unterkünften nunmehr **wenige ausgebildete Sozialarbeiter_innen** gibt, die unter einem teilweise akuten Mangel an Zeitressourcen leiden. Dies verunmöglicht es beispielsweise, in den Unterkünften mit einem Bezugspersonen-System zu arbeiten, in dem jede_r Asylsuchende_r eine persönliche Bezugsperson zugeteilt bekommen würde. In mehreren der untersuchten Kantone (GE, NE, NW) sind die Sozialdienste ausgelagert, sodass in gewissen Kantonen gar keine Sozialarbeiter_innen mehr vor Ort sind. In einem der untersuchten Kantone wird die Auslagerung der Sozialdienste mit dem «Normalitätsprinzip» begründet, wonach sich Dienstleistungen auch sonst nicht direkt am Wohnort befänden. Dieser Ansatz wird von lokalen NGOs kritisiert, da er nicht einem möglichst niederschweligen Angebot für eine vulnerable Personengruppe entspreche. Eine Betreuungsperson in einem anderen Kanton betont die zentrale Rolle der Betreuenden vor Ort als unerlässliche «Brücke» für die Bewohner_innen auf ihrem Weg zu Selbständigkeit. Wo ein sozialarbeiterisches Angebot vorhanden ist, wird es entsprechend rege genutzt, und selbst sehr selbständige Frauen suchen bei Sozialarbeitenden in der Unterkunft Unterstützung. Deutlich erschwert wird diese Arbeit durch weitgehend fehlende interkulturelle Dolmetschdienste sowie mangelnde Zeitressourcen.

Die Befragung spezialisierter Fachpersonen ergibt, **dass der psychosozialen Begleitung im Asylbereich grundsätzlich zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird**. Dies sagen insbesondere Fachstellen, welche erfolgreich interdisziplinäre Angebote betreiben, die eine psychologische/psychiatrische Behandlung mit einer stringenten psychosozialen Begleitung verbinden. Laut diesen Fachpersonen fehlt es den Bewohner_innen an einer persönlichen Bezugsperson, die ihr zuhört, sie informiert und sie längerfristig unterstützt. Dadurch gehen insbesondere bei **Übergängen** wie z.B. vom Wochenbett zur aufsuchenden Familienarbeit oder von Kollektiv- zu Privatunterkünften Frauen 'verloren' und gleiten in eine soziale Isolation ab. Zudem fehlt insbesondere im Falle von Gewaltbetroffenheit eine Person, die den 'Fall' ihrer Klient_in in ihrem ganzen Ausmass kennt und eine koordinierende Funktion übernimmt. Weiter vermittelt eine psychosoziale

Begleitung Gewaltbetroffenen Vertrauen und Sicherheit; unterstützt die Einrichtung einer haltgebenden Tagesstruktur; stellt sicher, dass die Klient_innen über hilfreiche Behandlungs- und Unterstützungsangebote informiert sind und diese auch wahrnehmen; unterstützt bei Bedarf die Anpassung der Unterbringungssituation; oder hilft, Alltagsangelegenheiten zu regeln.

5.3.5. Umsetzung gendersensibler Unterbringung – weitere Akteur_innen und Rollen und Zuständigkeiten

Die Istanbul-Konvention verpflichtet zur Schulung des Personals allgemeiner Unterstützungsdienste (alle öffentlich zugänglichen Dienste) zum Thema Gewalt gegen Frauen/geschlechtsspezifische Gewalt (s. Kap. 4). Beide empirischen Untersuchungen zeigen auf, dass neben Zentrumspersonal und medizinischem Erstversorgungspersonal auch bei weiteren Akteur_innen hinsichtlich des Themas gendersensible Unterbringung und Betreuung sowie Gewalt gegen Frauen Weiterbildungsbedarf besteht. Auch die **kantonalen Behörden** gaben in der allgemeinen Umfrage verschiedentlich Schulungsbedarf in ihren Kantonen zu gewissen Themen an. Weiter lassen die hier erhobenen Daten auf einen Weiterbildungsbedarf in den **zentrumsbetreibenden Institutionen**, in der **medizinischen Grundversorgung** und bei **weiteren Akteur_innen** (z.B. Seelsorge) zu diesen Themen schliessen.

In den Bestrebungen zur Etablierung von geschlechtergerechter Unterbringung und Betreuung ist ferner die Klärung von **Rollen** und **Zuständigkeiten** zentral. Es gilt sowohl Zielgruppen als auch die spezifisch für diese Zielgruppen zu ergreifenden Unterbringungsmassnahmen sowie die diesbezüglichen Zuständigkeiten im Detail zu definieren.

5.3.6. Tagesstruktur und Beschäftigung

Die vorhandene **Tagesstruktur** ist trotz oftmaligen Bemühungen des teilweise (aber nicht immer) engagierten Personals in den meisten untersuchten Unterkünften aus einer Geschlechterperspektive ungenügend. Viele Freizeit- und Beschäftigungsangebote richten sich hauptsächlich an Männer (z.B. Fussball, Sprachkurse ohne Kinderbetreuung) oder stützen sich auf ein stereotypisiertes Bild von Frauen (z.B. Nähen oder Putzen für Frauen). Spezialisierte Fachpersonen (Psycholog_innen/Psychiater_innen und Fachpersonen von NGOs) betonen jedoch die hohe Relevanz von niederschweligen und ressourcenorientierten¹⁴⁷ genderspezifischen Freizeit- und Beschäftigungsangeboten einerseits, sowie eines besseren Zugangs zu bestehenden gemischten Angeboten für Frauen und Mädchen andererseits. Insbesondere für gewaltbetroffene Frauen/Frauen mit PTBS ist eine sinnstiftende und ressourcenorientierte Tagesstruktur von zentraler und meist unterschätzter Bedeutung und kann deren Resilienz massgeblich stärken (s. Kap. 5.3.6.; siehe auch Müller et al. 2017, S. 34). In der Ausgestaltung des Programms ermöglicht der Einbezug der Bewohner_innen die Entwicklung von ressourcen- und bedürfnisorientierten Angeboten und hilft, Stereotypisierungen zu vermeiden.

Die **weitestgehend fehlende Kinderbetreuung** in den Unterkünften hat besonders weitreichende Folgen, die vor allem Frauen betreffen. Frauen aus dem Asylbereich, die mit Mann und Kind(ern) reisen, werden durch das Asylverfahren auf ein westlich geprägtes Kleinfamilienmodell mit spezifisch vergeschlechtlichten Rollenbildern verwiesen. So wird z.B. in den Unterkünften oft erwartet, dass 'die Frau zu den Kindern schaut'. Dies obwohl viele Frauen aus dem Asylbereich es nicht gewohnt sind, für die Kinder zuständig zu sein, weil im Herkunftsland z.B. die Grosseltern oder eine grössere Gemeinschaft dafür (mit)verantwortlich waren. In Bezug auf den Zugang zu Angeboten in der Tagesstruktur führt diese Rollenzuweisung z.B. dazu, dass oftmals der Mann eines Paares den Sprachkurs besucht, während die Frau die Kinder betreut – mit den ent-

¹⁴⁷ Als ressourcenorientiert gelten Angebote der Tagesstruktur, wenn sie sich an den vorhandenen Ressourcen, Wünschen und Bedürfnissen der Teilnehmer_innen (anstatt z.B. an eurozentrischen Geschlechterstereotypen) orientieren.

sprechenden Konsequenzen für die Entwicklung der Selbständigkeit und Integration der Frauen. Dasselbe gilt in verschärfter Masse für alleinerziehende Mütter. Spezialisierte Fachpersonen berichten entsprechend, dass während der Schulferien deutlich weniger Frauen in ihre Gruppenangebote kommen, oder dass die Frauen die Kinder in die Workshops mitbringen, wo sie durch diese abgelenkt werden.

5.3.7. Transkulturelle Dolmetschdienste und Übersetzung

Eine Grundproblematik in der Gewährleistung einer sachgerechten Unterbringung, Versorgung und Unterstützung von Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich ist die **sehr lückenhafte bis fehlende Bereitstellung von unabhängigen transkulturellen Dolmetschdiensten** in Betreuungs-, Behandlungs- und Beratungssituationen. Über die Notwendigkeit transkultureller Dolmetschdienste sind sich die befragten spezialisierten Fachpersonen sowie die Leiter_innen und Betreuungspersonen in den Unterkünften einig. Auch die kantonalen Behörden sind sich des Problems bewusst, in den meisten Kantonen fehlen aber bisher Lösungen zur Finanzierung solcher Dienste.

Beispiel einer kantonalen Lösung für transkulturelle Dolmetschdienste:

Das Beispiel Kanton GE zeigt auf, wie durch eine zentralisierte Gesundheitsversorgung, eine gute Vernetzung staatlicher und nichtstaatlicher Angebote sowie die Unterstützung nichtstaatlicher Angebote durch den Kanton transkulturelle Dolmetschdienste für verschiedene Betreuungs- Behandlungs- und Unterstützungsangebote eingerichtet werden können.

In keiner der untersuchten **Unterkünfte** besteht ein Anrecht auf Zugang zu unabhängigen transkulturellen Dolmetschdiensten zur Erleichterung der Kommunikation mit dem Personal. In allen Unterkünften werden nie oder nur in besonderen Fällen professionelle Dolmetschdienste gewährleistet. In einigen Unterkünften sprechen **Mitarbeitende** eine oder mehrere Sprachen der Asylsuchenden, dies ist jedoch eher die Ausnahme und kann nicht alle Bedürfnisse abdecken. Zudem handelt es sich dabei nicht um professionelle und unabhängige Dolmetschdienste.

Fallbeispiele zum Thema Dolmetschen in den Unterkünften:

In einer Unterkunft gab die Leitungsperson an, dass alle Sprachen der Bewohner_innen durch das Betreuungspersonal abgedeckt würden – dank Freiwilligen, die Sprachkurse und Workshops anbieten, dank Personen, die in der Unterkunft gemeinnützige Arbeit leisten, und dank Praktikant_innen und Zivildienstleistenden.

Die Leitungsperson in einer anderen Unterkunft schätzt, dass 70% der bei ihr beherbergten Frauen und Mädchen eine Sprache sprechen, die von keinem Teammitglied beherrscht wird.

Auch in der **medizinischen Erstversorgung** durch niedergelassene Hausärzt_innen und Gynäkolog_innen fehlen mit nur wenigen Ausnahmen unabhängige transkulturelle Dolmetschdienste. Auch in der **medizinischen Grundversorgung** im Allgemeinen ist die diesbezügliche Versorgung lückenhaft.

Spezialisierte Fachpersonen (insbesondere psychologische/psychiatrische Fachkräfte) üben übereinstimmend scharfe Kritik an der meist praktizierten Inanspruchnahme von Familienmitgliedern, Zentrumsmitbewohner_innen, Bekannten oder ungeschulten Freiwilligen.

ligen zu Dolmetschzwecken in Betreuungs- oder Behandlungssituationen (s. auch Müller et al. 2017). Dies aus folgenden Gründen:

- **Es ist kaum möglich für gewaltbetroffene Personen, sich vor Angehörigen oder Mitbewohner_innen zu öffnen**, insbesondere wenn dies Männer aus dem eigenen Kulturkreis und/oder aus der eigenen Community, die Kinder, die Partner_innen und/oder gar die Täter_innen selbst sind. Auch vor (und mit) Freund_innen wird oft nicht über Gewalterfahrungen gesprochen. Schamgefühle, die Angst vor Stigmatisierung und die Angst, Angehörige zu belasten, hemmen den offenen Dialog mit dem medizinischen Personal.
- Es besteht die Gefahr der **sekundären Traumatisierung** von Angehörigen.
- **Die Qualität der transkulturellen Dolmetschdienste ist nicht gewährleistet.** Wie das Beispiel der *Aids Hilfe Bern* zeigt, bedarf ein qualitativ gut gedolmetschtes Angebot eines längerfristigen Aufbaus: Die NGO setzt in ihren Kursen engagierte Personen aus der Community als Leiter_innen ein, die über jahrelange themenspezifische Erfahrung verfügen. Dafür nehmen diese Personen eine Exponierung in ihrer Community in Kauf (so wird eine Mitarbeiterin in ihrer Community dort z.B. als «Miss Condom» bezeichnet).

Fallbeispiel zum Thema transkulturelle Vermittlung:

In einer besuchten Unterkunft war zum Zeitpunkt der Erhebung die Hausordnung nur auf Deutsch verfügbar. Diese muss von allen neu Ankommenden unterzeichnet werden und enthält Informationen zu Geschlechterverhältnissen und sexuellen Rechten (Gleichstellung der Geschlechter, Verbot der sexuellen Belästigung).

5.3.8. Ressourcen

In der Vielzahl alltäglicher Herausforderungen (zunehmend Verwaltungs- anstatt Betreuungsarbeit, Aufsichtsaufgaben, Koordination etc.) verfügt das Personal in den Unterkünften derzeit in der Gesamtschau nicht über die personellen Ressourcen, um die Bewohnerinnen im Sinne einer geschlechtersensiblen Unterbringung angemessen zu begleiten und zu betreuen. Dies betrifft den Umgang mit sensiblen Themen wie sexuelle Gewalt und Ausbeutung oder sexuelle und reproduktive Gesundheit in besonderem Masse, da diese Themen eine grosse Vertrauensbasis voraussetzen und viel Zeit und Aufmerksamkeit erfordern. Wie oben erwähnt, ist zudem eine verbale Kommunikation mit den Bewohner_innen aufgrund fehlender Dolmetschdienste oft nicht möglich.

Die Untersuchung hat jedoch aufgezeigt, dass einige zentrumsbetreibende Institutionen, Zentrumsleitende und Betreuungspersonen trotz knapper Ressourcen mit grossem Engagement versuchen, mit kreativen Strategien strukturelle Engpässe in der Betreuung zu beheben. Dies gelingt jedoch stets nur in einem gewissen Ausmass und mit markanten Qualitätseinbussen, was ein grosses Frustrationspotential für engagierte Mitarbeitende darstellt.

5.3.9. Zugang zur Gesundheitsversorgung (Triage)

Den Kollektivunterkünften kommt bei der Triage zur Gesundheitsversorgung eine zentrale Rolle zu. Wie aus dem Beschrieb der Unterbringungsmodelle der untersuchten Kantone ersichtlich wird, wird diese Rolle in der Deutschschweiz und in den beiden Westschweizer Kantonen sehr unterschiedlich interpretiert. Mit einer Ausnahme werden jedoch in allen untersuchten Unterkünften mit neu eintretenden Asylsuchenden **medizinische Eintrittsgespräche** geführt.

In den untersuchten **Deutschschweizer Unterkünften** werden diese Gespräche von den Gesundheitsverantwortlichen in den Unterkünften, von den Zentrumsleitenden oder den zuständigen extern lokalisierten Sozialarbeiter_innen durchgeführt. Diese Gespräche haben entweder den

Charakter einer Abfragung oder eines informativen Gesprächs. In den Abfragungen kommen in der Regel standardisierte Fragebögen zum Einsatz, welche sehr generell gehalten sind und sich in Bezug auf geschlechtsspezifische Fragen meist auf das Thema Schwangerschaft beschränken. Mögliche Gewalterfahrungen werden selten thematisiert. Wie oben beschrieben, können die Asylsuchenden in der Folge meist selbst entscheiden, ob sie nach dem Eintrittsgespräch einen Termin bei dem/der Hausärzt_in oder dem/der Gynäkolog_in wünschen. Mit schwangeren Frauen wird meist ein Termin bei dem/der Gynäkolog_in festgelegt.

Mehrere spezialisierte Fachpersonen äussern in den Interviews **Zweifel an der Qualität und Wirksamkeit dieser Eintrittsgespräche**, da die Gesprächsführenden nicht medizinisch ausgebildet sind und die Gespräche aus Ressourcengründen praktisch nie professionell gedolmetscht werden können (s. auch Müller et al. 2017). Folglich werden in späteren Anamnesen durch medizinische Erstversorgende oder spezialisierte Fachpersonen oft Befunde diagnostiziert, die in den Unterkünften unentdeckt geblieben waren. Eine befragte medizinische Fachperson weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass ihrer Erfahrung nach Gesundheitsverantwortliche oftmals die Symptome von Patient_innen nicht ernst genug nehmen und deshalb insbesondere Symptome von PTBS verkennen. Weiter ziehen laut Aussage mehrerer medizinischer Fachkräfte die Gesundheitsverantwortlichen der Vereinbarung eines Arzttermins oftmals eine direkte Medikamentenabgabe aus der Hausapotheke vor. Dies führt nachweislich zu Fehl- oder Übermedikation.¹⁴⁸

In den untersuchten **Westschweizer Kantonen** wird nach einem grundsätzlich anderen Modell gearbeitet. Hier werden die medizinischen Eintrittsgespräche in auf Migration/Asyl spezialisierten interdisziplinären Gesundheitszentren von ausgebildeten Pflegefachpersonen mit Erfahrung im Asylbereich und mit transkulturellen Dolmetschdiensten durchgeführt. In diesen Eintrittsgesprächen wird auch das Thema Gewalterfahrungen angesprochen. In GE werden zudem alle Personen nach dem Eintrittsgespräch, das systematisch durchgeführt wird, einem Arzt / einer Ärztin zugewiesen und ein Termin vereinbart. Dieses Modell wird von den hier befragten Fachpersonen als eine *Good Practice* angesehen. Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, teilweise auch selbstkritisch von medizinischem Personal, dass in diesen Gesundheitszentren nicht alle medizinischen Fachpersonen über eine Expertise zu frauen-/geschlechtsspezifischen Thematiken verfügen.

Auch im weiteren Verlauf des Aufenthalts Asylsuchender in den Unterkünften stellt sich die Frage nach der **Triage bei gesundheitlichen Anliegen**. In den untersuchten **Deutschschweizer Unterkünften** können die Bewohner_innen in einem der untersuchten Kantone ohne Angabe des Grundes einen Termin beim/bei der Hausärzt_in oder dem/der Gynäkolog_in verlangen. In zwei Kantonen bleibt hingegen unklar, wie viele Informationen über das gesundheitliche Anliegen der dortigen Migrationsbehörde (in einem der Kantone) respektive der gesundheitsverantwortlichen Person (im anderen Beispiel) angegeben werden müssen, um einen Termin zu erhalten. Es entstand der Eindruck, dass dort nur eine medizinische Betreuung in Anspruch genommen werden kann, wenn es von den triagierenden Personen auch als notwendig erachtet wird.

Weiter stellt sich die Frage nach der Triage bei Fällen von sexueller Gewalt oder Ausbeutung. Dieses Thema wird im Kapitel 6 ausführlich behandelt.

5.3.10. Das Dilemma des Datenschutzes

In Bezug auf die Identifikation und Versorgung gewaltbetroffener Personen aus dem Asylbereich sowie in Bezug auf eine adäquate Gesundheitsversorgung allgemein stellt der Datenschutz Betreuungspersonal, Gesundheitspersonal und Behörden vor ein Dilemma: Einerseits betonen alle Befragten die Zentralität des Datenschutzes dieser vulnerablen Personengruppe. Andererseits

¹⁴⁸ Mehrere spezialisierte Stellen und Angebote geben ausserdem an, sich zeitweise als «Dolmetschbüros» der Kollektivunterkünfte und der medizinischen Erstversorger_innen zu empfinden. So kommen Frauen z.B. in der gedolmetschten Familienplanung mit Fragen, die in medizinischen Behandlungen nicht geklärt werden konnten, oder bringen Familienmitglieder für medizinische Abklärungen mit.

erschwert z.B. die ärztliche Schweigepflicht die Vermittlung von relevanten Informationen an die Kollektivunterkunft. **Die Kantone pflegen einen äusserst unterschiedlichen Umgang hinsichtlich des Datenschutzes im medizinischen Bereich.** In einem der untersuchten Kantone müssen z.B. alle Asylsuchenden eine Vollmacht unterschreiben, die der kantonalen Behörde (welche dort die Kollektivunterkünfte selbst betreibt) Zugang zu allen Gesundheitsdaten dieser Person gewährt (Krankenkasse, Ärzt_innen etc.). Hausärzt_innen und Kollektivunterkünfte stehen in diesem Kanton in einem regen und offenen Austausch über einzelne Patient_innen. Eine Betreuungsperson aus diesem Kanton sagte zum Thema Datenschutz: «Den verletze ich täglich zehn Mal, wir verletzen den alle immer». Bereits beschrieben wurden die Fälle von zwei Kantonen, in welchen die Bewohner_innen ihr Anliegen bei den Gesundheitsverantwortlichen respektive der kantonalen Migrationsbehörde offenlegen müssen, um einen Arzttermin zu erhalten. In Kantonen mit restriktiverem Datenschutz haben die Unterkünfte hingegen teilweise Strategien entwickelt, um zwecks der Identifikation und Versorgung gewaltbetroffener oder anderweitig speziell unterstützungsbedürftiger Zentrumsbewohner_innen an die dazu notwendigen Informationen zu gelangen. So werden z.B. in einer Unterkunft teilweise die von den Ärzt_innen an die Unterkunft gesandten Rezepte analysiert, um aufgrund der Medikation auf das Gebrechen der Betroffenen sowie auf allfälligen Handlungsbedarf schliessen zu können.

5.3.11. Sind Kollektivunterkünfte sichere Räume?¹⁴⁹

Die befragten spezialisierten Fachpersonen halten fest, dass viele Frauen aus dem Asylbereich, die in Kollektivunterkünften untergebracht sind, diese nicht als sichere Räume wahrnehmen. Einige Frauen, insbesondere Gewaltbetroffene, fühlen sich in den Kollektivunterkünften sogar bedroht. Dabei gilt es zwischen der subjektiven Sicherheit (Empfinden) und der objektiven Sicherheit (konkrete Erlebnisse: Bedrohung, Missbrauch etc.) zu unterscheiden.

Subjektive Sicherheit: Spezialisierte Fachpersonen halten übereinstimmend fest, dass sich viele Frauen in den Unterkünften **nicht sicher fühlen**. Dies gilt insbesondere, aber nicht nur, für **Frauen, die in ihrer Vergangenheit Gewalt erlebt haben**. Spezialisierte Psychologinnen/Psychiaterinnen berichten, dass das Leben in den Unterkünften für die von ihnen behandelten Frauen oftmals eine grosse Herausforderung darstellt (Zusammenleben mit Männern auf engstem Raum; das Personal kann jederzeit das Zimmer betreten, was zu Angst vor Kontrollverlust seitens der Bewohnerinnen führt; schlechte Hygieneverhältnisse; Lärm usw.). Dies kann zu Symptomen wie zum Beispiel Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Angstzuständen oder Depressionen führen.

Diese Perspektive divergiert von der Einschätzung einiger befragter Zentrumsleitender, dass das **Kollektive den Bewohner_innen ein Sicherheitsgefühl vermittelt** («Man weiss alles», «Man hört alles»). Auch die Anwesenheit von uniformiertem Personal, das ausdrücklich für die Sicherheit verantwortlich sei, trage zu diesem Sicherheitsgefühl bei. Eine Leitungsperson weist zudem auf den Vorteil von Familienzimmern hin: Aufgrund der Anwesenheit der Kinder existiere ein reduziertes Risiko der Gewalt gegenüber der Mutter.¹⁵⁰

Ferner bemerken einige Leitungspersonen, dass der Besitz eines **Zweitschlüssels** von Betreuungs- oder Sicherheitspersonals einige Bewohner_innen beunruhige. Die Leitungspersonen verweisen auf den Sicherheitsaspekt dieser Massnahme, die für Kollektivunterkünfte obligatorisch sei: Im Falle von Gewalt oder eines Brandes muss das Personal Zugang zum Zimmer haben. Vor Betreten des Zimmers müsse das Personal in jedem Falle anklopfen.

Objektive Sicherheit: Fachpersonen, medizinisches Personal sowie einige Leitungs- und Betreuungspersonen berichten, dass **Frauen in den Unterkünften teilweise Gewalt ausgesetzt sind** (häusliche Gewalt, sexuelle Belästigung, Verletzung der Intimsphäre etc.). Die Gewalt wird

¹⁴⁹ Siehe dazu auch Wegelin et al. 2013.

¹⁵⁰ Spezialisierte Fachpersonen, insbesondere psychologische/psychiatrische Fachkräfte, widersprechen dieser Sichtweise.

teilweise von **Mitbewohner_innen** (unter anderem **Familienmitglieder**) und vereinzelt auch vom **Zentrumspersonal**, von **medizinischem Personal** oder von externen Personen ausgeübt. Dabei wird Gewalt, die vom Personal in den Kollektivunterkünften oder von medizinischem Personal ausgeübt wird, von den Asylbehörden mutmasslich unterschätzt. Dieser Schluss kann auch aus den entsprechenden Einschätzungen in der quantitativen Umfrage gezogen werden.

Fallbeispiele zum Thema Gewalt, die von medizinischem und Betreuungspersonal ausgeübt werden:

Eine spezialisierte Psychiaterin schilderte den Fall einer Frau, die nicht mehr zum Hausarzt gehen wollte, da dieser regelmässig von ihr verlangte, dass sie sich ausziehe, bevor sie ihm überhaupt ihre Symptome geschildert habe.

Ein weiterer von derselben Psychiaterin geschildeter Fall bezog sich auf eine junge Frau, welche vor einem Sozialarbeiter der Unterkunft Angst hatte, da dieser ständig aufdringlich Körperkontakt suchte. Sie verfügte über keinerlei Mittel, sich zu wehren.

5.4. ZWISCHENSYNTHESE

Die Auswertung der qualitativen und quantitativen Erhebungen zu den Fragen, ob (ausreichende) Qualitätsrichtlinien und gendersensible Massnahmen zur Unterbringung von asylsuchenden Frauen und Mädchen bestehen, ob ein angemessener Schutz vor Übergriffen gegeben ist, ob Handlungsbedarf bei der Unterbringung besteht und ob die Betreuung angemessen ist, hat zusammenfassend Folgendes hervorgebracht:

Es wurde aufgezeigt, dass die meisten zentrumsbetreibenden Institutionen, Zentrumsleitenden und Betreuungspersonen mit (teilweise grossem) Engagement versuchen, trotz finanzieller, personeller und räumlicher Einschränkungen eine qualitativ gute Unterbringung zu gewährleisten. Dies gelingt jedoch stets nur in einem gewissen Ausmass und mit oftmals markanten Qualitätseinbussen.

Insgesamt verfügen die Unterkünfte nicht über die finanziellen und personellen Ressourcen und Räumlichkeiten, um die dort untergebrachten Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich im Sinne der international angestrebten geschlechtersensiblen Unterbringung angemessen unterzubringen und zu betreuen. Dies betrifft den Umgang mit den Themen sexuelle Gewalt und Ausbeutung sowie sexuelle und reproduktive Gesundheit in besonderem Masse, da diese Themen eine Vertrauensbasis voraussetzen, Zeit erfordern und einer unabhängigen transkulturellen Vermittlung bedürfen. All dies ist in den Unterkünften nur selten vorhanden. Auch der Schutz vor Übergriffen ist in den Unterkünften nicht gewährleistet. Viele Frauen fühlen sich in den Unterkünften subjektiv nicht sicher, und es kommt dort immer wieder zu Übergriffen und Gewalttaten.

In Bezug auf die Organisation der medizinischen Versorgung gibt es grosse Unterschiede in der West- und Deutschschweiz, wobei sich die zentralisierten, auf den Asylbereich spezialisierten Gesundheitszentren in der Westschweiz als *Good Practice* herauskristalisieren. Dies unter anderem, da hier im Gegensatz zu den meisten Erstversorgungsangeboten in der Deutschschweiz unabhängige transkulturelle Dolmetschdienste gewährleistet werden. In allen Kantonen wurde jedoch Handlungsbedarf im Triageprozess festgestellt. Insbesondere mangelt es in den Unterkünften an medizinisch ausgebildetem spezialisierten Personal, und dem medizinischen Erstversorgungspersonal fehlt es oftmals an der nötigen doppelten Sensibilisierung für asyl- und frauen-/geschlechtsspezifische Problematiken.

Die Resultate in Kürze:

Umsetzung gendersensibler Unterbringung – Vorgaben

- In den Kantonen fehlen bisher Unterbringungs- und Gewaltschutzkonzepte und -richtlinien, welche Grundsätze, Zielgruppen, Massnahmen, Abläufe und Zuständigkeiten zur Gewährleistung einer gendersensiblen Unterbringung und Betreuung definieren und regeln.

Umsetzung gendersensibler Unterbringung – Räumlichkeiten

- Geschlechtergetrennte Sanitäranlagen werden in der Regel umgesetzt, sind aber teilweise aufgrund baulicher Einschränkungen nicht umsetzbar. Ferner gibt es in den Unterkünften nur selten weitere Räumlichkeiten (Aufenthaltsräume, Küchen), die Frauen vorbehalten sind. Dies entspricht nicht der von der Istanbul-Konvention angestrebten *Good Practice*.
- In den untersuchten Unterkünften gibt es keine separaten Frauentrakte, jedoch teilweise geschlechtergetrennte Bereiche (Teile von Etagen, Etagen). In den Schlafzimmern ist die Geschlechtertrennung stets gewährleistet (Ausnahme Familienzimmer). Ausserdem wurde eine reine Frauenunterkunft besucht. Die vermehrte Einrichtung reiner Frauenunterkünfte entspricht einer von der Istanbul-Konvention angestrebten *Good Practice*.¹⁵¹

Umsetzung gendersensibler Unterbringung – Betreuungspersonal

- *Qualifikation und Schulung*: Sowohl die Betreuungspersonen in den Kollektivunterkünften als auch das medizinische Erstversorgungspersonal verfügen in Bezug auf die Themen sexuelle Gewalt und Ausbeutung sowie sexuelle und reproduktive Gesundheit nur in Ausnahmefällen über genügende Qualifikationen und Kenntnisse, um eine geschlechtersensible Betreuung von Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich zu gewährleisten. Bei allen Personalgruppen (einschliesslich Nacht- und Sicherheitspersonal) sowie in der medizinischen Erstversorgung besteht diesbezüglich Schulungsbedarf.
- *Psychosoziale Begleitung*: Die psychosoziale Begleitung von Frauen und Mädchen ist allgemein lückenhaft. In den Unterkünften werden nur noch wenige ausgebildete Sozialarbeiter_innen angestellt, und diese können aus Mangel an Zeitressourcen meist nicht in einem Bezugspersonen-System arbeiten. Damit fehlt es den Bewohnerinnen in der Unterkunft (und oftmals auch insgesamt) an einer persönlichen Ansprechperson, die sie längerfristig begleitet und die sie über hilfreiche Beratungs- und Unterstützungsangebote informiert. Wo ein sozialarbeiterisches Angebot vorhanden ist, wird dies rege genutzt.
- *Weibliches Betreuungs- und medizinisches Erstversorgungspersonal*: Die Tages-Betreuungsteams werden teilweise bewusst geschlechtergemischt. Jedoch werden in keiner der untersuchten Unterkünfte weibliche Ansprechpartnerinnen systematisch aktiv gewährleistet, weder beim Betreuungspersonal noch beim Nacht-, Sicherheits- oder medizinischen Erstversorgungspersonal.
- *Vertrauensverhältnis*: Vertrauensbildung ist für das Tages-Betreuungspersonal oft schwierig, da es nicht nur für die Betreuung, sondern insbesondere auch für die Aufsicht zuständig ist. Die Nachtwache (ohne Uniform) wäre laut einigen befragten Zentrumsangestellten aufgrund der Präsenzzeiten an den eher ruhigen Abenden geeignet für den Vertrauensaufbau. Nachtwachen bringen in der Regel jedoch keine Ausbildung in Sozialer Arbeit mit und sind zu den Themen sexuelle Gewalt und Ausbeutung respektive sexuelle und reproduktive Gesundheit kaum geschult. Zudem handelt es sich meist um Männer.

Tagesstruktur und Beschäftigung

- Die Tagesstrukturen (Freizeit- und Beschäftigungsangebote) für Frauen und Mädchen in Kollektivunterkünften sind als unzureichend zu bezeichnen. Viele Beschäftigungsangebote rich-

¹⁵¹ Siehe juristische Analyse, Kapitel 4.1.1. (zum Art. 23 der Istanbul-Konvention).

ten sich hauptsächlich an Männer, sind für Frauen nicht niederschwellig erreichbar und/oder basieren auf einem eurozentristischen, stereotypisierten Bild von Frauen.

- Die weitestgehend fehlende Kinderbetreuung in den Unterkünften führt dazu, dass Frauen gewisse Angebote der Tagesstruktur oder spezialisierter Fachstellen nicht besuchen können. Gerade gewaltbetroffenen Frauen wird damit der Zugang zu sehr wichtigen unterstützenden Ressourcen erschwert oder verunmöglicht. Ausserdem wirkt sich diese Hürde negativ auf den gesamten Integrationsprozess von Frauen aus.

Transkulturelle Dolmetschdienste

- Die transkulturellen Dolmetschdienste in den Unterkünften und in der medizinischen Erstversorgung sind unzureichend. In keiner der untersuchten Unterkünfte besteht ein Anrecht auf unabhängige transkulturelle Dolmetschdienste. Wird jemand zum Dolmetschen beigezogen, handelt es sich fast nie um professionelle unabhängige Dolmetscher_innen, sondern um Familienangehörige, Zentrumsmitbewohner_innen etc. Dies verunmöglicht es vielen gewaltbetroffenen Frauen, von ihren Erfahrungen zu erzählen. Zudem ist die Qualität der Übersetzung nicht gewährleistet, und es besteht die Gefahr der sekundären Traumatisierung.

Informationsflüsse und Datenschutz

- Das Thema Datenschutz stellt Betreuungspersonal, Gesundheitspersonal und Behörden vor ein Dilemma: Einerseits betonen alle Befragten die Zentralität des Datenschutzes dieser vulnerablen Personengruppe. Andererseits erschwert z.B. die ärztliche Schweigepflicht den Informationsfluss an die Unterkunft.
- Die Kantone pflegen einen sehr unterschiedlichen Umgang hinsichtlich des Datenschutzes im medizinischen Bereich.

Zugang zur medizinischen Versorgung

- Der Zugang zur medizinischen Erstversorgung ist in den Kantonen sehr unterschiedlich ausgestaltet und funktioniert in den untersuchten Deutschschweizer Kantonen über (nicht medizinisch ausgebildete) Gesundheitsverantwortliche in den Unterkünften, welche die Patient_innen gegebenenfalls an niedergelassene Hausärzt_innen oder Gynäkolog_innen (niedergelassen oder im Spital) verweisen, während die Versorgung in der Westschweiz in interdisziplinären, auf den Asylbereich spezialisierten Gesundheitszentren gebündelt wird.
- Bei beiden Modellen besteht eine Problematik darin, dass in den Unterkünften in den meisten Fällen kein medizinisch ausgebildetes Personal regelmässig präsent ist, was das wichtige erste Glied der Triagekette massgeblich schwächt. Zusätzlich geschwächt wird diese Situation durch fehlende unabhängige Dolmetschdienste.
- Eine weitere Herausforderung besteht in der oftmals ungenügenden Sensibilisierung des medizinischen Erstversorgungspersonals zu asyl- und/oder frauen-/geschlechtsspezifischen Problematiken. Dies gilt ebenfalls für beide Modelle.

Subjektive/objektive Sicherheit

- Insbesondere gewaltbetroffene Frauen (aber nicht nur diese) fühlen sich innerhalb der Unterkünfte oftmals nicht in Sicherheit, was zu Symptomen wie Schlaf- oder Angststörungen führen kann. In den Unterkünften kommt es auch tatsächlich zu Gewalttaten. Diese Gewalt wird von Familienangehörigen und Mitbewohner_innen, aber auch von Unterkunftspersonal (Betreuungspersonal, Sicherheitspersonal, Freiwillige) sowie von medizinischem Personal oder von externen Personen ausgeübt.

6. IDENTIFIKATION, BEHANDLUNG UND UNTERSTÜTZUNG VON OPFERN SEXUELLER GEWALT UND AUSBEUTUNG IN DEN KANTONEN

6.1. EINLEITUNG

Neben der Frage nach der gendersensiblen Unterbringung von Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich in Bezug auf deren Versorgung und Sicherheit fragt Nationalrätin Feri, ob Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich, die Opfer sexueller Gewalt und/oder Ausbeutung geworden sind, gezielt behandelt und unterstützt werden (Fragekomplex A):

- A. Wie ist die Behandlung, Betreuung und Unterstützung von Flüchtlingsfrauen, welche Opfer sexueller Gewalt und Ausbeutung geworden sind, ausgestaltet? Wie viele Opfer gibt es (Schätzung Anzahl)? Wie viele davon waren Opfer einer Straftat im Ausland? Wenn Opfer einer Straftat im Ausland: Welche Angebote (auch private resp. zivilgesellschaftliche) gibt es? An welche Stellen verweisen die Betreuungspersonen bei Kenntnis der Opfereigenschaft? Wenn Opfer einer Straftat im Inland: Wie ist die Beratung, Betreuung und Unterstützung ausgestaltet? Sind die Opferberatungsstellen genügend auf diese Zielgruppe vorbereitet?**

Dieses Kapitel befasst sich mit den Vorgaben und Praxen hinsichtlich dieser Fragestellungen in den fünf ausgewählten Kantonen. Wie eingangs definiert wurde dieser Untersuchung eine Definition von sexueller Gewalt und Ausbeutung zugrunde gelegt, welche sich hauptsächlich am internationalen Recht orientiert (Kap. 2.2., S. 24).

Analog zu Kapitel 5 werden zuerst die für diese Fragestellung relevanten Resultate aus der quantitativen Umfrage in allen Kantonen vorgestellt, gefolgt von der Diskussion der Resultate aus der qualitativen Untersuchung in den fünf ausgewählten Kantonen BE, GE, NE, NW und TG.

6.2. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE QUANTITATIVE

6.2.1. Statistiques et estimations, dispositifs légaux

Pas de statistiques par les autorités cantonales en matière d'asile (à l'exception de AG et NW pour l'année 2017) des femmes et des filles ayant été identifiées comme victimes de violence ou d'exploitation sexuelle. Avec de rares exceptions, les autorités cantonales en matière d'asile ne tiennent pas une statistique du nombre de femmes et de filles relevant du domaine de l'asile ayant été identifiées comme victimes de violence ou d'exploitation sexuelle. Certains répondant-e-s ont suggéré qu'une telle statistique était peut-être tenue par les centres d'aide aux victimes (GR) sans qu'une distinction ne soit faite selon le statut de séjour de la victime (BS). Il est également possible, et c'est ce que semblent suggérer certains répondant-e-s, qu'une telle statistique existe mais qu'ils n'en aient pas connaissance (LU et GE). Enfin, un répondant a indiqué qu'aucune statistique n'était tenue en raison de l'absence de cas, notamment de victimes de sexe féminin (SZ). En tout état de cause, parmi les répondant-e-s, les seules autorités cantonales en matière d'asile qui affirment tenir une telle statistique le font seulement depuis 2017 (AG) ou l'ont uniquement fait sur une période de quelques mois en 2017 (NW).

Quant aux chiffres indiqués s'agissant de ces deux autorités cantonales tenant une statistique, AG a indiqué sept cas (viol, harcèlement sexuel, pornographie, relations sexuelles avec un-e mineur-e, mais pas de cas de violence domestique hors du cas du viol entre partenaires), NW n'a pas indiqué de chiffres. S'agissant des autorités cantonales ayant affirmé ne pas tenir de statistique, la plupart d'entre elles ont estimé ne pas être en mesure de procéder à l'estimation du

nombre de femmes qui séjournaient dans leur canton au 31 décembre 2017, victimes de violence ou d'exploitation sexuelles au cours des dix dernières années. Parmi les répondant-e-s ayant procédé à une estimation de ce nombre, les chiffres avancés sont relativement bas (huit répondant-e-s ont indiqué entre une et 50 victimes ; seulement deux répondant-e-s ont indiqué entre 101 et 200 victimes).

Pas d'estimation ou estimation à tendance basse (1 à 20%) du pourcentage, dans le canton, des femmes et filles relevant du domaine de l'asile victimes de violence ou d'exploitation sexuelle. S'agissant de l'estimation du pourcentage de femmes et de filles relevant du domaine de l'asile, séjournant dans le canton, ayant été victimes de violence ou d'exploitation sexuelle (y compris les cas dont le canton n'aurait pas connaissance), neuf des répondant-e-s n'ont pas souhaité apporter de réponse au motif, pour la plupart, que cette estimation ne reposerait sur aucun élément objectif et ne serait ainsi pas « sérieuse ». Parmi les répondant-e-s ayant apporté une estimation, les réponses sont disparates, mais plus que la moitié (sept) de ces répondant-e-s ont indiqué entre 1 à 20%, et seulement deux répondant-e-s entre 81 et 100%¹⁵².

Pas d'estimation ou estimation à tendance haute (61 à 100%) du pourcentage parmi ces femmes et ces filles n'ayant été victimes de violence qu'à l'étranger. S'agissant de l'estimation du pourcentage parmi ces femmes et ces filles qui n'ont été victimes d'exploitation sexuelles qu'à l'étranger, près de la moitié des répondant-e-s s'est également abstenue de répondre (les mêmes que pour la question précédente). Quant aux autres répondant-e-s, bien que les réponses soient disparates, on observe une tendance à des estimations situées entre 61 et 100 %. Seuls deux répondant-e-s ont indiqué entre 1 à 20%.

Le harcèlement sexuel, la contrainte sexuelle et la violence domestique à caractère sexuel parmi les infractions estimées les plus fréquentes à l'égard des femmes et des filles relevant du domaine de l'asile. S'agissant de la fréquence estimée des actes de violence identifiés parmi les femmes et les filles relevant du domaine de l'asile, environ la moitié des répondant-e-s a de nouveau estimé qu'il ne lui était pas possible de fournir de telles estimations. Parmi les réponses apportées par les autres répondant-e-s, les actes commis considérés les plus fréquents (« plutôt fréquents », voir « fréquents ») sont le harcèlement sexuel, la contrainte sexuelle et les actes de violence domestique portant atteinte à l'intégrité sexuelle (viol ou contrainte sexuelle entre conjoints). Les répondant-e-s s'étant exprimé-e-s estiment, en revanche, que la traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle, les mutilations génitales féminines et le mariage forcé sont « plutôt rares ».

Aucun plan cantonal de protection des femmes et des filles relevant du domaine de l'asile contre la violence. Aucun-e répondant-e n'a indiqué que son canton disposait d'un plan cantonal de protection contre la violence, spécifiquement destiné à protéger les femmes et les filles relevant du domaine de l'asile. Parmi ceux-celles-ci, trois répondant-e-s ont indiqué ne pas avoir connaissance d'un tel plan, sans préjuger de son inexistence. Deux répondant-e-s ont toutefois précisé que leur canton disposait de certaines mesures, comme par exemple un hébergement réservé aux femmes et aux jeunes filles (AI) ou un placement dans des locaux séparés des jeunes filles mineures non accompagnées (GR).

Pas de dispositions cantonales contraignantes en matière d'hébergement sensible au genre ou d'hébergement des personnes dites vulnérables mais une « pratique vécue » ou des dispositions dans quelques contrats de prestations. Près de la moitié des répondant-e-s indiquent que leur canton n'a édicté aucune disposition contraignante en matière d'hébergement sensible au genre des femmes et des filles ou pour l'hébergement des groupes de personnes dites « vulnérables ». Un canton (ZH) a précisé qu'il ne pouvait pas se prononcer sur la question, puisqu'il n'est pas en droit de communiquer des détails contractuels. Onze répondant-

¹⁵² Ces estimations contrastent avec celles résultant de l'enquête qualitative, cf. chapitre 6.

e-s ont, quant à eux, indiqué l'existence de telles dispositions contraignantes dans leur canton. **Aucun-e parmi ces dernier-e-s n'a cependant fait référence à des textes juridiques de nature contraignante, se référant plutôt à une pratique non codifiée** (« gelebte Praxis », « Es ist dies eine seit vielen Jahren gültige Praxis im Bereich Unterbringung Asyl der Sozialhilfe, wurde bisher nicht verschriftlicht »). Certains cantons précisent néanmoins que de telles conditions sont incluses dans les contrats de prestations qui les lient à l'organisation de la société civile (UR), à l'entreprise privée (SO) ou à la commune (OW) en charge de l'hébergement des requérant-e-s d'asile.

6.2.2. Identification des victimes

Pas de dispositions cantonales contraignantes aux fins d'identifier les victimes de violence ou d'exploitation sexuelle parmi les nouveaux requérant-e-s d'asile. Aucun canton n'a édicté de dispositions visant à une identification précoce (« screening »), notamment dans les centres d'hébergement cantonaux pour requérant-e-s d'asile, des victimes de violence ou d'exploitation sexuelle parmi les nouveaux requérant-e-s d'asile. Cependant, un-e répondant-e (LU) a précisé qu'en pratique, une identification précoce des victimes de violence ou d'exploitation sexuelle était effectuée par le personnel de santé ou une personne référente lors d'un premier entretien dès l'arrivée d'une nouvelle personne dans un centre de requérant-e-s d'asile. Certain-e-s répondant-e-s ont souligné que les allégations de violence ou d'exploitation sexuelles n'apparaissaient bien souvent que des mois ou des années après l'arrivée de la personne en Suisse. Par ailleurs, des répondant-e-s ont souligné que cette identification était plutôt, en pratique, effectuée par d'autres entités (aide sociale, commune) au sein du canton.

A l'exception de deux cantons (AI et SZ), pas d'instrument standardisé pour identifier des victimes de violence ou d'exploitation sexuelle parmi les femmes et les filles relevant du domaine de l'asile. Seul-e-s deux répondant-e-s (AI et SZ) ont indiqué que leur canton disposait d'un instrument standardisé (liste de contrôle ou catalogue de questions) aux fins d'identifier les victimes de violence ou d'exploitation sexuelles parmi les femmes et les filles relevant du domaine de l'asile. Il s'agit, selon leurs précisions¹⁵³, de questions posées, notamment par le personnel médical, lors de l'admission des requérant-e-s d'asile au centre cantonal d'hébergement. En cas d'indice ou de soupçon, il est pris contact avec des personnes ou organisations spécialisées. Un-e autre répondant-e (BS) a également indiqué que les services sociaux du canton interrogeaient systématiquement les requérant-e-s d'asile nouvellement attribués sur leur santé et leur état psychologique, sans toutefois qu'il n'existe un catalogue de questions standardisées.

6.2.3. Formation et sensibilisation du personnel

Formation spécifique – non obligatoire, sauf dans deux cas – sur la violence ou l'exploitation sexuelle dans le domaine de l'asile dans 1/3 des cantons. Selon les répondant-e-s, des formations sur le thème de la violence ou l'exploitation sexuelle dans le domaine de l'asile sont proposées dans huit cantons (BL, GE, GR, JU, OW, TI, TG et VD). La durée de ces formations n'excède pas deux jours. Elles sont fréquentées en majorité par les travailleur-euse-s sociaux (six citations par GE, JU, OW, TI, TG et VD), puis dans une moindre mesure par les collaborateurs et collaboratrices des centres d'hébergement des requérant-e-s d'asile (quatre citations par GE, GR, TG et VD), les professionnel-le-s de santé (deux citations par GE et TG) et enfin par les collaborateurs-trice-s de l'administration cantonale et les bénévoles œuvrant dans le domaine de l'asile (une citation chacun par GR). Aucun-e des répondant-e-s n'a indiqué que ces formations étaient fréquentées par le personnel chargé de la sécurité dans les centres. Dans la majorité des cantons dans lesquels des formations sont proposées, la participation à ces forma-

¹⁵³ Compte tenu du fait que les documents n'ont pas été joints aux réponses au questionnaire, il n'a pas été possible d'examiner le contenu de ces documents.

tions n'est pas obligatoire pour certains acteurs du secteur de l'asile (six/huit répondant-e-s). Seuls deux cantons (GR et TG) rendent la participation obligatoire et ceci uniquement s'agissant des collaborateurs-trice-s des centres d'hébergement collectifs des requérant-e-s d'asile. Selon les répondant-e-s, ces formations abordent plusieurs types de violence ou d'exploitation sexuelle, de manière légèrement prépondérante par rapport à d'autres types de violence : le viol, la contrainte sexuelle, le harcèlement sexuel, la traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle, les mutilations génitales féminines et le mariage forcé. Un besoin de formation dans le canton existe, selon les répondant-e-s, en particulier pour : le viol, les actes de violence domestique portant atteinte à l'intégrité sexuelle, la traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle, les mutilations génitales féminines et le mariage forcé.

Par ailleurs, quelques répondant-e-s n'ayant pas répondu positivement à la question portant sur l'offre de formation sur le thème de la violence ou l'exploitation sexuelle dans le domaine de l'asile ont indiqué qu'il existait cependant au sein de leur canton des journées de formation dédiées à des thèmes en particulier (santé sexuelle) ou au contraire des formations sur le thème de la violence sexuelle mais pas uniquement s'agissant des femmes dans le domaine de l'asile.

Onze cantons ont également indiqué participer à des manifestations institutionnalisées cantonales, régionales, nationales ou internationales proposant un échange professionnel et thématique sur la violence ou l'exploitation sexuelle dans le domaine de l'asile ou sur l'hébergement sensible au genre, le conseil et l'encadrement dans le domaine de l'asile (« tables rondes »). Au nombre des manifestations citées, la « table ronde » cantonale sur la traite des êtres humains est citée à trois reprises (SO, SG et ZH), de même que sont cités un groupe de travail cantonal sur le thème des mutilations génitales féminines (NE) ainsi que des événements sur la santé sexuelle et la violence domestique.

6.2.4. Conseil et encadrement de victimes

Des offres spécialisées en matière de conseil et d'encadrement des femmes et des filles victimes de violence existent dans la majorité des cantons. L'offre est, en majorité, jugée suffisante¹⁵⁴. Près de la moitié des répondant-e-s déclarent que leur canton (AI, BL, GE, GR, LU, SH, SZ, SO, SG et TG) dispose d'offres spécialisées en matière de conseil et d'encadrement des femmes et filles relevant du domaine de l'asile victimes de violence. Parmi les répondant-e-s n'ayant pas répondu de manière affirmative, certains précisent cependant qu'une offre existe sous forme d'aide aux victimes d'infractions (AG, BE et NE) ou sous forme de collaboration avec une organisation comme le FIZ (ZH).

S'agissant des cantons disposant d'offres spécialisées, la majorité des répondant-e-s (6/11) estiment que l'offre est suffisante. Les autres estiment que des offres manquent en matière de formation et de sensibilisation du personnel encadrant, médical et enseignant, de capacités des services psychiatriques, de compétences linguistiques des médecins et d'hébergement. Parmi les cantons disposant d'offres spécialisées, les répondant-e-s estiment de manière disparate si les femmes et les filles relevant du domaine de l'asile accèdent très rarement/difficilement (AI), plutôt rarement/difficilement, plutôt souvent/facilement ou très souvent/facilement (GR), à ces offres, voire n'apportent pas de réponse à cette question en raison du manque de données.

A l'exception de ZH, pas de procédure contraignante réglant la procédure à suivre en cas d'identification d'une victime de violence ou d'exploitation sexuelle. Selon les répondant-e-s, aucun des cantons, à l'exception de ZH, ne prévoit de dispositions contraignantes réglant la procédure à suivre en cas d'identification d'une victime de violence ou d'exploitation sexuelle. Concernant ZH, ces dispositions découlent du droit pénal commun et des principes de l'Etat de droit. Par ailleurs, ZH et VD se réfèrent notamment, à titre de recommandation, à la liste

¹⁵⁴ Cette estimation est contredite par les résultats de l'enquête qualitative, cf. chapitres 5 et 6.

d'indicateurs du SCOTT¹⁵⁵ aux fins d'identification des victimes de traite des êtres humains et aux documents de l'organisation ASTREE¹⁵⁶ (VD), ainsi qu'au groupe spécialisé en matière de protection contre la violence de la police et à l'organisation FIZ¹⁵⁷ (ZH). Quelques répondant-e-s ont souligné ne pas suivre une procédure spécifique mais collaborer, au cas par cas, avec les centres d'aide aux victimes (centres LAVI). Un-e répondant-e (BS) a précisé que la compétence pour la procédure à suivre en cas d'identification d'une victime de violence ou d'exploitation sexuelle se situait au niveau du service d'aide sociale, mais qu'il n'existait en tout cas pas de procédure standardisée.

Femmes et filles relevant du domaine de l'asile victimes de violence ou d'exploitation sexuelle, bénéficiant du statut de « victime LAVI », orientées de manière active vers une offre de conseil ou d'encadrement spécialisé, de manière systématique ou à certaines conditions, dans tous les cantons. S'agissant des femmes et des filles du domaine de l'asile concernées par la violence ou l'exploitation sexuelle, qui bénéficient du statut de victime au sens de la LAVI¹⁵⁸, elles sont de manière active orientées vers un organe de conseil ou d'encadrement spécialisé, voire hébergées dans un refuge, de manière systématique dans la grande majorité des cantons. Dans les autres cantons, elles ne sont orientées vers une telle offre qu'en cas de besoin et le cas échéant, selon l'avis du centre LAVI. Les organismes spécialisés vers lesquels les victimes sont orientées le cas échéant, sont constitués en majorité, selon les répondant-e-s : des centres cantonaux de consultation pour les victimes (centres LAVI), des organismes externes spécialisés dans l'aide aux victimes (exemple : le FIZ) et des refuges pour femmes et filles. Certains répondant-e-s ont indiqué que l'orientation vers de telles offres n'était en principe pas de leur compétence (par exemple, à ZH, c'est principalement du ressort de la police cantonale) ou dépendait de l'endroit auprès duquel la personne a été identifiée comme étant victime de violence (BS). Certains ont également indiqué qu'il n'existait pas de pratique compte tenu de la rareté des cas connus de violence sexuelle (SZ).

Femmes et filles relevant du domaine de l'asile victimes de violence ou d'exploitation sexuelle, ne bénéficiant pas du statut de « victime LAVI », sont orientées de manière active vers une offre de conseil ou d'encadrement spécialisé, de manière systématique ou à certaines conditions, dans presque tous les cantons¹⁵⁹. S'agissant des femmes et des filles du domaine de l'asile concernées par la violence ou l'exploitation sexuelle, qui ne bénéficient pas du statut de victime au sens de la LAVI, elles sont orientées de manière active vers un organe de conseil ou d'encadrement spécialisé, voire hébergées dans un refuge, de manière systématique dans un peu moins de la moitié des cantons (10/24 répondant-e-s), et sous certaines conditions (essentiellement en cas de besoin de protection) dans la même mesure (10/24 répondant-e-s). Seuls trois répondant-e-s (AI, SZ et VS) ont indiqué que les femmes et les filles ne bénéficiant pas du statut de « victimes LAVI » n'étaient jamais orientées vers ces offres dans leur canton et un-e répondant-e n'a pas apporté de réponse (SG). Les organismes spécialisés vers lesquels sont orientées ces personnes sont principalement les mêmes que ceux auxquels sont adressées les personnes bénéficiant du statut de victime selon la LAVI (centres cantonaux de consultation pour les victimes, organisations externes spécialisées dans l'aide aux victimes et refuges pour femmes et filles). Certains répondant-e-s insistent sur le fait qu'une solution doit être trouvée au cas par cas.

¹⁵⁵ Accessible sur le site internet du SEM:

<https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/rechtsgrundlagen/weisungen/auslaender/ohne-erwerb/checkliste-opfer-menschenhandel-f.pdf> [accédé le 7.2.2019]

¹⁵⁶ Association de soutien aux victimes de traite et d'exploitation: <http://www.astree.ch>

¹⁵⁷ Fachstelle Frauenhandel und Frauenmigration: <https://www.fiz-info.ch/fr/Willkommen>

¹⁵⁸ Sur les conditions pour être reconnue victime au sens de la LAVI, cf. Analyse juridique, chapitre 4.1.2.

¹⁵⁹ Comme précisé dans le chapitre 6, il y a cependant des obstacles importants en matière d'accès. En outre, il y a relativement peu de victimes de violence ou d'exploitation sexuelle qui sont orientées de manière active auprès de services spécialisés.

Lorsque les femmes et les filles relevant du domaine de l'asile victimes de violence n'ont pas droit, en principe, aux prestations de la LAVI, ce sont, selon les répondant-e-s, en majorité les caisses d'assurance maladie qui couvrent les frais en matière de prestations médicales et psychologiques, tandis que les frais en matière de conseil juridique sont principalement assumés par les œuvres d'entraide et le canton.

Le conseil et l'encadrement des requérantes d'asile victimes de violence se poursuit dans la grande majorité des cantons même lorsque la décision d'asile négative est entrée en force. Dans la grande majorité des cantons, le conseil et l'encadrement dont bénéficient les femmes et les filles requérantes d'asile victimes de violence se poursuit même lorsque la décision sur l'asile est négative (14/24 répondant-e-s ont répondu « oui, de manière systématique » ; 6/24 répondant-e-s ont répondu « oui, à certaines conditions »). Quelques répondant-e-s ont souligné que cela dépendait cependant du cas individuel (niveau de violence subie et perspective future de demeurer dans le canton). Seul un canton a répondu que le conseil et l'encadrement étaient dans tous les cas interrompus en cas de décision sur l'asile négative (NW). Quant au financement des prestations dont bénéficient les victimes de violence une fois que la décision d'asile négative est entrée en force, il est toujours principalement assumé, en ce qui concerne les frais médicaux, par les caisses d'assurance maladie. En revanche, le financement des prestations psychologiques est principalement assumé par le canton en plus des assurances maladie, de même s'agissant du conseil juridique, dont le financement est d'abord assuré par le canton avant les œuvres d'entraide.

Peu de cantons disposent de données sur la qualité du flux d'informations sur les données concernant les victimes de violence ou d'exploitation sexuelle entre les autorités cantonales en matière d'asile, les praticien-ne-s de santé et les centres d'hébergement de requérant-e-s d'asile. En majorité, les autorités cantonales en matière d'asile estiment que le flux d'informations sur les données concernant les victimes de violence ou d'exploitation sexuelle, entre l'autorité en matière d'asile et les praticien-ne-s en matière de santé est en général bon, bien que beaucoup de répondant-e-s ne disposent pas des données leur permettant de répondre aux questions posées, notamment s'agissant par ailleurs du flux d'informations entre les autorités cantonales en matière d'asile et les centres fédéraux ou cantonaux d'hébergement des requérant-e-s d'asile. Le but de la question posée était, selon les termes du questionnaire, de savoir si le statut de victime de violence de la personne est communiqué entre les différents acteurs.

Conseil et encadrement par une femme garantis pour les personnes considérées comme victimes au sens de la LAVI dans huit cantons. Le conseil ou l'encadrement par une femme est activement garanti, de manière prépondérante s'agissant des consultations dans les centres de consultation pour les victimes LAVI, dans huit cantons (BL, BS, GR, LU, NW, SH, SO et VS).

6.3. RESULTATE AUS DER QUALITATIVEN UNTERSUCHUNG

Die qualitativen Daten zum Fragekomplex A stammen analog zum Fragekomplex B aus den Interviews mit Zentrumsleitenden, Gesundheitspersonal sowie spezialisierten staatlichen und nichtstaatlichen Angeboten, Fachstellen und Organisationen (Liste der Befragten s. Anhang 9.1.).

6.3.1. Einschätzung der Opferzahlen

Die Anzahl Opfer sexueller Gewalt und Ausbeutung unter Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich ist nicht bekannt.¹⁶⁰ Statistische Erhebungen in den Kantonen zu Opferzahlen fehlen weitestgehend, während die sehr wenigen bestehenden Statistiken aufgrund der grossen Hindernisse bei der Identifikation und Erfassung von Gewaltbetroffenen kritisch hinterfragt wer-

¹⁶⁰ Für die hier zugrunde gelegte Definition von sexueller Gewalt und Ausbeutung siehe Kapitel 2.2..

den müssen. Die hier befragten spezialisierten Fachpersonen und Forschenden gehen übereinstimmend davon aus, dass anteilmässig viele bis sehr viele Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich im Herkunftsland oder auf der Flucht sexuelle Gewalt und/oder Ausbeutung erfahren haben und teilweise in der Schweiz weiterhin erfahren. In Bezug auf bestimmte Gruppen von Frauen und Mädchen wird sogar davon ausgegangen, dass die meisten unter ihnen solche Gewalt erfahren haben, z.B. Frauen und Mädchen aus Ländern, in welchen FGM weit verbreitet ist (z.B. Äthiopien), Frauen, die (z.B. vom Horn von Afrika oder aus Afghanistan) auf dem Landweg geflohen sind, oder Frauen, die in ihren Heimatländern in Haft waren (z.B. in Sri Lanka). Häufig gehen die Gewalterfahrungen in der Schweiz weiter, wo Gewalt durch Familienangehörige oder Zentrumsmitbewohner_innen, aber auch durch Betreuungs- und Sicherheitspersonal in den Unterkünften, medizinisches Personal oder im Rahmen von Zwangsprostitution verübt wird.

In Bezug auf die Frage nach dem **Grad** der erfahrenen Gewalt ist zu ergänzen, dass das *Schweizerische Rote Kreuz (SRK)*, welches das im Rahmen dieser Studie befragte *Ambulatorium für Kriegs- und Folteropfer* in Bern führt, davon ausgeht, dass ungefähr **die Hälfte aller Asylsuchenden in der Schweiz (Frauen und Männer) an Traumafolgestörungen leidet**, also einen schweren Grad an gesundheitlichen Folgen aufgrund traumatischer Erlebnisse aufweist.¹⁶¹

Das in den ausgewählten Kantonen befragte Zentrumspersonal (Leitende und Betreuungspersonal) schätzt die Opferzahlen unterschiedlich ein. Mitarbeitende, die für das Thema sexuelle Gewalt und Ausbeutung Interesse zeigen, schätzen die Opferzahlen dabei deutlich höher ein als Personal, das sich bisher wenig mit dem Thema befasst hat.

Auch die Quote von Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich, welche (auch) in der Schweiz Gewalt erfahren haben, wird von den befragten Fachpersonen als hoch eingeschätzt (relativ zur Gesamtpopulation der Frauen und Mädchen, die in der Schweiz Opfer von Gewalt und Ausbeutung geworden sind). Trotzdem **gehen bei den kantonalen Opferberatungsstellen nur wenige Meldungen aus dem Asylbereich ein**. Das zeigen eine Mitte 2018 durchgeführte Umfrage des Generalsekretariats der SODK bei allen kantonalen Opferberatungsstellen¹⁶² sowie eigene telefonische Nachfragen bei einzelnen Opferberatungsstellen in den untersuchten Kantonen. Zwar ist es den meisten Opferhilfestellen nicht möglich, genaue Angaben zur Anzahl betreuter Personen aus dem Asylbereich zu machen, da für die Schweizer Opferhilfestatistik der ausländerrechtliche Status der Klient_innen nicht genau erfasst wird.¹⁶³ Jedoch merken in der Umfrage der SODK verschiedene Beratungsstellen explizit an, dass sie grundsätzlich wenige Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich betreuen, obwohl man auch auf diesen Stellen von hohen Betroffenenraten ausgeht. Als Grund vermuten mehrere Opferberatungsstellen, dass Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich das nötige Wissen über die Opferhilfe nicht haben oder sich aus Schamgefühlen nicht melden. Daraus schliessen diese Opferberatungsstellen, dass der Zugang zur Opferhilfe für Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich zu wenig niederschwellig gestaltet ist. Die Opferberatungsstelle von Genf vermutet hingegen (als einzige), dass das Angebot von Personen aus dem Asylbereich in Genf möglicherweise relativ selten benutzt wird, da die Versorgung für Personen aus dem Asylbereich im Kanton Genf gut ausgebaut ist.

¹⁶¹ In der internationalen Literatur wird diese Zahl auf 30% geschätzt; in einer deutschen Studie auf 63.6%; und in zwei Schweizer Untersuchungen auf 50% respektive 60%. Mit diesen Zahlen konfrontiert schätzten auf den Asylbereich spezialisierte psychologische/psychiatrische Expert_innen, die *Interface* im Auftrag des BAG befragte, dass der Wert 30% plausibel erscheint in Bezug auf Personen, die das Krankheitsbild PTBS im engeren Sinne aufweisen, während der Wert 60% plausibel erscheint, wenn «alle Personen mit psychischen Folgestörungen eines Traumas» einbezogen werden. Ausserdem wird der Wert der Anzahl traumatisierter Jugendlicher auf eher über 60% geschätzt (Müller et. al. 2018, S. 9/10). Im Kontext der vorliegenden Studie muss beachtet werden, dass Traumatisierungen von Frauen und Mädchen nicht unbedingt alleine auf sexualisierte Gewalt zurückzuführen sind, sondern z.B. auch durch Bombardements, Meeresüberfahrten oder die Beobachtung von Gewalttaten an Angehörigen entstehen können. Sexuelle Gewalt und Ausbeutung wurde jedoch von den hier befragten Fachpersonen als eine zentrale Ursache von Traumatisierung unter Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich identifiziert.

¹⁶² Diese Umfrage wurde intern durchgeführt und ist nicht öffentlich zugänglich. Die Resultate liegen dem Forschungsteam des SKMR vor.

¹⁶³ Die für die Schweizerische Opferhilfestatistik (Bundesamt für Statistik) benötigten Angaben sind «Schweiz, Europa, andere, unbekannt».

Auch bei anderen auf die Behandlung und Unterstützung Gewaltbetroffener spezialisierten Fachstellen, die im Rahmen der vorliegenden Studie befragt wurden, gehen relativ wenige Meldungen ein, wie folgendes Beispiel zeigt.

Fallbeispiel zum Thema tiefe Meldezahlen durch von Gewalt betroffene Frauen aus dem Asylbereich:

Bei der Meldestelle für Sexualdelikte am *Zentrum für sexuelle Gesundheit (ZSG)* am Inselspital Bern können Frauen im Rahmen eines Pionierprojekts (sog. «Berner Modell») Spuren einer sexuellen Gewalttat ohne vorgängige polizeiliche Anzeige sichern lassen. Gemessen an der Grundmenge der Sexualdeliktmeldungen im Rahmen des Berner Modells sind Meldungen von Frauen aus dem Asylbereich unterdurchschnittlich vertreten. Dies obwohl diese nachweislich eine vulnerable Personengruppe darstellen und daher von einer überdurchschnittlich hohen Rate von Gewaltbetroffenheit ausgegangen werden muss.

Zusammenfassend gehen sowohl die befragten spezialisierten Fachpersonen, die regelmässig Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich betreuen, behandeln und unterstützen, als auch mehrere Zentrumsleitende und -angestellte einstimmig von hohen bis sehr hohen Opferraten unter Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich aus. Dem gegenüber konnten die kantonalen Asylbehörden in der quantitativen Umfrage keine Angaben zu den Opferzahlen machen oder schätzten diese Rate mehrheitlich als niedrig ein (s. Kap. 6.3.1.). Die von Fachpersonen geschätzte hohe Rate von Gewaltbetroffenen unter Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich steht zudem tiefen Identifikationsraten sowie tiefen Melderaten auf spezialisierten Fachstellen gegenüber. Daraus schliessen Fachpersonen, dass diese Angebote für Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich nicht niederschwellig genug erreichbar sind.

6.3.2. Verständnis von Geschlechterverhältnissen und Gewalt

Die im Rahmen dieser Untersuchung befragten spezialisierten Fachpersonen betonen, dass Frauen aus dem Asylbereich, die Gewalt erfahren haben, sich in den meisten Fällen auch selbst als gewaltbetroffen wahrnehmen. Gleichzeitig halten verschiedene Befragte (sowohl Unterkunftspersonal als auch spezialisierte Fachpersonen) fest, dass Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich oft eine **differierende Wahrnehmung von Geschlechterverhältnissen und sexuellen Rechten** haben als die diesbezüglichen Konzepte, wie sie im Schweizer Recht verankert sind. Im Bereich der sexuellen Gewalt und Ausbeutung zeigt sich dies hinsichtlich verschiedener Bereiche: So nehmen einige Frauen aus dem Asylbereich z.B. häusliche Gewalt und die ihr zugrundeliegenden hierarchisierten Geschlechterverhältnisse teilweise als unumgänglich oder gerechtfertigt wahr, und auch FGM wird von einigen Frauen als integraler Teil der heimischen Kultur wahrgenommen.¹⁶⁴ Weiter fassen gewisse Frauen Vergewaltigung oder andere Arten der sexualisierten Gewalt teilweise als «Preis» auf, den eine Frau akzeptieren müsse, wenn sie eine Flucht antritt. Entsprechend versorgen sich diese Frauen vor oder auf der Flucht mit Hormonspritzen oder reisen bewusst ohne ihre Partner, um einer Stigmatisierung nach der Flucht zu entgehen. Erfahren Frauen in der Folge tatsächlich Gewalt, erwachsen daraus oft besonders ausgeprägte Scham- und Schuldgefühle, da das Risiko einer Vergewaltigung quasi bewusst in Kauf genommen wurde und die Frauen somit empfinden, dass sie nun auch die 'Schuld' dafür tragen. Dieser Faktor verstärkt das auch für westeuropäische Kontexte hinlänglich beschriebene Phänomen, dass gewaltbetroffene Frauen dazu neigen, die Schuld für erfahrene Gewalt sich

¹⁶⁴ Hier ist anzumerken, dass die Normalisierung und/oder Verharmlosung häuslicher Gewalt in der Schweiz auch unter Frauen verbreitet ist, welche nicht aus dem Asylbereich stammen.

selbst zuzuschreiben. Gleichzeitig wird ihnen diese Schuld teilweise auch von aussen zugewiesen ('Blaming the victim', Stigmatisierung des Opfers). Dabei gilt es zu betonen, dass sich diese Beobachtung keinesfalls auf Frauen und Mädchen mit Fluchterfahrung beschränkt. Diesen fehlt jedoch darüber hinaus oftmals die **Sprache**, um erlebte Gewalt zu verbalisieren, sei es, dass in gewissen Sprachen für gewisse Erlebnisse keine Begriffe existieren, sei es aufgrund fehlenden anatomischen Grundwissens, oder sei es, dass die Frauen teilweise nicht gewohnt sind, über den eigenen Körper, das eigene Befinden, oder über eventuell tabuisierte Vorgänge im Körper oder über erlebte Gewalt zu sprechen.

Fallbeispiel zum Thema Verbalisierung von Gewalterfahrungen:

Eine Zentrumsbewohnerin gelangte mit einem Vorfall an eine Sozialarbeiterin: Sie sei sich gerade die Beine am Wachsen gewesen, als ein Mann zu ihr ins Zimmer gekommen sei. Auf den Anblick ihrer entblössten Beine hin habe sich dieser «nicht mehr zurückhalten können, Liebe mit mir zu machen». In der nachfolgenden psychiatrischen Untersuchung stellte sich heraus, dass die Frau nicht in den Geschlechtsverkehr eingewilligt hatte. Die Tat wurde juristisch schliesslich als Vergewaltigung eingestuft.

Im Hinblick auf die Hinführung zu einer gezielten Betreuung und Unterstützung von gewaltbetroffenen Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich ist demnach eine umfassende Sensibilisierung und Information dieser Personen anzustreben, um ihnen ein Bewusstsein für ihre sexuellen Rechte und die Gleichstellung der Geschlechter zu vermitteln; um sie darin zu unterstützen, das Erlebte zu verbalisieren; und um ihnen Handlungsstrategien aufzuzeigen. Gleichzeitig sind auch Männer aus dem Asylbereich zu diesen Themen zu sensibilisieren. Die hier erhobenen Daten lassen jedoch drauf schliessen, dass eine solche Sensibilisierung sowohl von Frauen und Mädchen als auch von Männern und Knaben wenig verbreitet ist. Dieser Befund wird im nächsten Abschnitt differenziert.

6.3.3. Sensibilisierung und Information von Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich

Mit welchen Mitteln, in welcher Ausführlichkeit und wann Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich zu den Themen sexuelle Rechte sowie sexuelle Gewalt und Ausbeutung informiert werden, variiert stark nach Kanton, zentrumsbetreibender Institution, Kollektivunterkunft und individueller Betreuungsperson. In einigen der untersuchten Kollektivunterkünfte wurden **teilweise grosse Informationslücken** festgestellt. Wie in Kapitel 5.3.7. besprochen, stellen die fehlenden transkulturellen Dolmetschdienste in der Vermittlung dieser Themen in den Kollektivunterkünften dabei eine der Haupthürden für eine wirksame Sensibilisierung dar.

Bezüglich der Sensibilisierung und Information zu diesen Themen sehen sich Betreuungspersonen (Zentrumsleitung, Gesundheitsverantwortliche in Kollektivunterkünften, medizinisches Personal und spezialisierte Fachstellen) mit einem **Paradox** konfrontiert: Einerseits beobachten diese Betreuungspersonen übereinstimmend, dass Asylsuchende, die neu in der Schweiz respektive in den kantonalen Unterkünften eintreffen, einer grossen **Informationsflut** ausgesetzt sind (administrative und organisatorische Informationen, Informationen zum Asylverfahren etc.) und deshalb Informationen zum Thema sexuelle Gewalt und Ausbeutung kaum absorbieren können. Andererseits sind Asylsuchende in ihrem Zentrumsalltag mit diesen Themen **faktisch unmittelbar konfrontiert** (z.B. durch Vorfälle von sexueller Belästigung in den Unterkünften oder durch das Durchleben der Symptome von Traumafolgestörungen wie etwa Schlafstörungen, Flashbacks etc.). Es stellt sich demnach die Frage nach dem günstigen Zeitpunkt und Art der Information.

Hierzu besteht unter Fachpersonen die übereinstimmende Meinung, dass die Sensibilisierung über eine Zeitspanne von mehreren Jahren **wiederholt, mit unterschiedlichen Mitteln** (Flyer in verschiedenen Sprachen, Workshops, persönliche Begleitung etc.), mit verschiedenen Methoden (Workshops etc.) **und in verschiedenen Räumen** vermittelt werden muss. Dies sei nötig, um «den Samen» wirksam zu «säen», also **gewaltbetroffene Frauen und Mädchen mittelfristig zu ermächtigen, ihre in der Schweiz geltenden Rechte zu verstehen, sie auf sich zu beziehen und danach handeln zu können**. Desgleichen sind **Männer** zu diesen Themen zu sensibilisieren.¹⁶⁵ Als Beispiele für geeignete Vermittlungsorte werden insbesondere die Kollektivunterkünfte, die medizinischen Erstversorger_innen (Allgemeinmedizin und Gynäkologie), Kurse und Angebote zu sexueller und reproduktiver Gesundheit oder die Sozialhilfe genannt.

6.3.4. Identifikation, Behandlung und Unterstützung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich

6.3.4.1. Identifikation gewaltbetroffener Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich

Grundsätzlich werden in den kantonalen Kollektivunterkünften in der medizinischen Erstversorgung nur wenige Frauen und Mädchen als Gewaltbetroffene identifiziert. Dies steht in Kontrast zur oben diskutierten Einschätzung von Fachpersonen, dass mutmasslich viele bis die meisten Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich Gewalt erfahren haben und davon ein massgeblicher Anteil an ernsthaften Folgeerkrankungen dieser Erlebnisse leiden.

Übereinstimmend mit den Ergebnissen aus der quantitativen Untersuchung gibt es laut den befragten Personen in den untersuchten Kantonen **weder auf kantonaler Ebene, auf der Ebene der unterkunftsbetreibenden Organisationen noch auf der Ebene der einzelnen Kollektivunterkünfte Richtlinien, Konzepte oder standardisierte Abläufe betreffend der Identifikation gewaltbetroffener Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich.**

Die im Kapitel 5.3.9. beschriebenen systematisch mit allen eintreffenden Asylsuchenden durchgeführten **medizinischen Eintrittsgespräche** werden in den Deutschschweizer Unterkünften kaum für die Identifikation Gewaltbetroffener genutzt. Wie bereits besprochen enthalten die dafür verwendeten Fragebögen oftmals keine Fragen zu Gewalterfahrungen (und teilweise auch keine Fragen zur psychischen Gesundheit, allenfalls jedoch eine Frage nach dem «Allgemeinzustand»), und die Gespräche werden – meist ohne unabhängige Dolmetschdienste – von medizinisch nicht ausgebildetem Personal durchgeführt. Als wirksamere Praxis gelten unter spezialisierten Fachpersonen die ebenfalls systematisch durchgeführten medizinischen Eintrittsgespräche nach dem Westschweizer Modell (s. auch Müller et al. 2017). Diese werden in auf Migration/Asyl spezialisierten interdisziplinären Gesundheitszentren von Pflegefachpersonen durchgeführt, in Anwesenheit von transkulturellen Dolmetscher_innen und mit Unterstützung von Ärzt_innen. Hier werden in der Regel auch Gewalterfahrungen thematisiert. Allerdings verfügt auch dieses Personal oftmals nicht über eine Expertise zu frauen-/geschlechtsspezifischen Problematiken.

Vorgehen nach dem Prinzip «offene Augen und Ohren»/«gesunder Menschenverstand» dominiert

In Abwesenheit standardisierter Abläufe herrscht laut einigen interviewten Zentrumsleitenden und Gesundheitsverantwortlichen in Bezug auf die Identifikation Gewaltbetroffener in den Kollektivunterkünften eine Praxis nach dem **Prinzip «offene Augen und Ohren»** sowie auf der Basis des **«gesunden Menschenverstands»/«bon sens»**, während andere Befragte dezidiert der Ansicht

¹⁶⁵ Bestrebungen zur Sensibilisierung asylsuchender Männer zu den Themen sexuelle Rechte, Geschlechterverhältnisse und Gewalt gegen Frauen sollten jedoch nicht auf einem Bild von männlichen Asylsuchenden als potentielle Gefährder von Frauen (die Frauen aus der eigenen Community oder 'Schweizerinnen') basieren. Eine solche Implikation ist angesichts der weit verbreiteten Gewalt gegen Frauen ausserhalb des Asylbereichs nicht zulässig und dient lediglich der Projektion des Problems auf 'Andere'.

sind, dass in der Unterkunft eine gezielte Schulung notwendig ist, um Betroffene sexueller Gewalt und Ausbeutung identifizieren und sachgerecht betreuen zu können. Dies gilt umso mehr weil sich die Erfahrungshorizonte und kulturellen Hintergründe von Betreuenden und Betreuten meist stark unterscheiden, während eine genügende Sensibilisierung für diese kulturellen Differenzen sowie das Wissen über die mit dem Thema Gewalt verbundenen Problematiken oft fehlt. Oft ist das Personal von den gehörten Geschichten überfordert, und es fehlt an Unterstützung für eine sachgerechte Reaktion. Schliesslich ist die Kommunikation durch fehlende unabhängige transkulturelle Dolmetschdienste beeinträchtigt.

Systematische Screenings möglich aber selten umgesetzt

Unter den befragten spezialisierten psychiatrischen/psychologischen Fachpersonen besteht ein Konsens darüber, dass es möglich ist, **wirksame Screenings zur Identifikation** Gewaltbetroffener durchzuführen. Eine *Good Practice* eines solchen Screenings besteht im Kanton VD, durchgeführt vom interdisziplinär besetzten *Unité de soins aux migrants (USMi)*. Spezifisch ausgebildete Pflegefachpersonen klären dort anhand eines kurzen Fragebogens systematisch bei allen neu eingetroffenen Asylsuchenden die Symptomatik von PTBS ab und triagieren identifizierte Patient_innen an spezialisierte Angebote. Dabei werden sie von Ärzt_innen unterstützt.¹⁶⁶ In der Deutschschweiz existieren derzeit keine solchen systematischen Screenings; erfolgreich getestet wurde jedoch beim *Ambulatorium für Kriegs- und Folteropfer* des SRK in Bern eine systematische psychiatrische Abklärung in einem Dreiersetting, in Anwesenheit einer auf Traumata spezialisierten psychologischen/psychiatrischen Fachperson, einer professionellen transkulturellen Dolmetscher_in und der/dem Klient_in. Beide Modelle zeigen auf, dass mit einem guten Screening zumindest schwere Fälle von Traumatisierung meist erkannt werden können.

Gleichzeitig weisen Fachpersonen eindringlich darauf hin, dass auf die Identifikation einer gewaltbetroffenen Person durch ein Screening zwingend eine sachgerechte Behandlung erfolgen muss. Eine solche Behandlung umfasst nach einer Phase der Stabilisierung gegebenenfalls eine längerfristige ambulante Traumatherapie sowie eine konsequente psychosoziale Begleitung. Voraussetzung für den Erfolg einer solchen Therapie ist jedoch, dass die Patientin einen gewissen «Boden» hat, also über eine gewisse Stabilität im Leben verfügt (Gefühl der Sicherheit, Lebensperspektive, Unterstützung). Ein solcher Boden ist jedoch gerade bei Personen, die sich im Asylverfahren befinden oder abgewiesen wurden, nachweislich nicht vorhanden, da die Sorge um den Ausgang des Asylverfahrens und die Angst vor einer Ausweisung meist alle anderen Anliegen «überstrahlt». Die für eine erfolgreiche Genesung benötigte Stabilität kann daher insbesondere durch einen **rasch geregelten Aufenthaltsstatus** und eine **sichere Unterbringung** (d.h. nicht in einer Kollektivunterkunft, da diese gerade von gewaltbetroffenen Personen nicht als sicherer Raum wahrgenommen wird, s. Kap. 5.3.1.1.) vermittelt werden.¹⁶⁷

Wie neben den hier befragten psychologischen/psychiatrischen Fachpersonen auch *Interface* in ihrer Studie zur psychischen Gesundheit traumatisierter Asylsuchender feststellen, ist die **Früherkennung** von Gewaltbetroffenheit und insbesondere von Traumatisierung von hoher Relevanz. Je früher eine Behandlung einsetzen kann, desto besser sind die Prognosen, und desto tiefer fallen die Folgekosten aus (s. Kap. 6.3.6.). Ideal wäre eine Früherkennung in den **Zentren des Bundes** durch ausgebildete Pflegefachpersonen oder Hausärzt_innen, gegebenenfalls gefolgt vom Beginn einer psychologischen/psychiatrischen Behandlung und später von einer **lückenlo-**

¹⁶⁶ Die Angaben zum USMi stammen von *Interface* (Müller et. al. 2018, S. 14/15). Laut hier befragten spezialisierten Fachstellen verfügen allerdings auch diese Pflegefachpersonen nicht unbedingt immer über eine umfassende Expertise zu frauen-/geschlechtsspezifischen Problematiken.

¹⁶⁷ Allerdings stellt sich hinsichtlich des neuen beschleunigten Asylverfahrens grundsätzlich die Frage, ob allenfalls eine Zuweisung ins erweiterte Verfahren zu empfehlen ist, um vor dem Entscheid eingehende Abklärungen z.B. bezüglich des psychischen Zustands der asylsuchenden Person einzuleiten, oder ob ein schneller Entscheid vorzuziehen ist.

sen Weiterbehandlung in den Kantonen oder Gemeinden.¹⁶⁸ Bisher fand die psychische Gesundheit in der Phase, in welcher sich Asylsuchende in den Zentren des Bundes befinden, jedoch laut *Interface* kaum Beachtung (Müller et al 20178, S. 31).¹⁶⁹

Was bedeutet proaktives Handeln?

Proaktives Handeln ist hinsichtlich der Identifikation Gewaltbetroffener grundsätzlich sowohl mittels **standardisierter Abläufe/Screenings** (wie im Absatz oben beschrieben) als auch mittels eines **Vorgehens von «Fall zu Fall»** möglich. Da nicht davon auszugehen ist, dass alle Gewaltbetroffenen sofort durch ein Screening nach der Einreise identifiziert werden können, bieten sich Mischformen über einen längeren Zeitraum hinweg an. Beide Ansätze setzten jedoch voraus, dass sie von **qualifiziertem Personal** durchgeführt werden. Fachpersonen warnen, dass unter einem proaktiven Vorgehen weder ein aggressives, direktes Ansprechen und Beharren auf den fraglichen Themen zu verstehen ist noch ein standardisierter Fragebogen, der von unqualifiziertem Personal mit Unterstützung unqualifizierter Dolmetscher abgefragt wird. Direkte Ansprache des Themas sollte vielmehr überaus umsichtig und nur durch spezifisch geschulte und wenn möglich spezialisierte Fachpersonen stattfinden.

Neben der qualifizierten Behandlung der fraglichen Themen in den Unterkünften und in der medizinischen Grundversorgung besteht ein proaktives Vorgehen weiter vor allem im Bestreben, **Räume zu schaffen, in denen ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden kann, welches Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich erlaubt, ihre Gewalterfahrungen zu erkennen und zu verbalisieren sowie Unterstützung einzufordern oder anzunehmen.** Solche Räume erfüllen idealerweise alle folgenden Kriterien:

- a) Vorhandensein einer transkulturellen Dolmetscherin (weiblich)
- b) Längerfristige, regelmässige Begleitung (z.B. regelmässiger Kurs/Workshop/Beratung)
- c) Unabhängigkeit vom Asylverfahren
- d) Räumliche Distanz zur Kollektivunterkunft, die oftmals nicht als sicherer Raum wahrgenommen wird
- e) Weibliche Therapeutinnen/psychosoziale Begleitung

Beispiele für solche Räume bilden Angebote wie z.B. transkulturell gedolmetschte Geburtsvorbereitungskurse (*Mamamundo* in BE, *Arcades* in GE, und auch in NE befindet sich ein entsprechendes Angebot im Aufbau); von weiblichen Therapeutinnen durchgeführte Psychotherapien; oder eine konsequente psychosoziale Begleitung durch Sozialarbeiterinnen. Grosses Potential für einen Vertrauensaufbau besteht unter bestimmten Voraussetzungen¹⁷⁰ ferner in der medizinischen Erstversorgung (Hausärztinnen und Gynäkologinnen), bei der Versorgung durch Hebammen oder bei Sprachlehrerinnen.

6.3.4.2. Zentrale Herausforderungen in der Identifikation Gewaltbetroffener

Im Gespräch mit Zentrumspersonal und spezialisierten Fachpersonen wurden zusammenfassend folgende zentrale Herausforderungen hinsichtlich der Identifikation gewaltbetroffener Frauen und Mädchen angeführt:

- a) **Fehlende Richtlinien und/oder Abläufe** zur Identifikation Gewaltbetroffener (s. Kap. 5.3.2.).
- b) **Mangelhafte Sensibilisierung und Schulung von Zentrumsleitenden, Zentrumspersonal und den zuständigen medizinischen Erstversorger_innen** der Unterkünfte sowie von

¹⁶⁸ Siehe Müller et al. 2017, S. 31/32, für eine detaillierte Beschreibung eines möglichen Ablaufs zur Identifikation Gewaltbetroffener; dort ist auch ein entsprechendes Befragungsinstrument für Pflegefachpersonen aus den Kantonen VD und GE als *Good Practice* inkludiert.

¹⁶⁹ Ausnahme Testbetrieb Zürich.

¹⁷⁰ Zu diesen Voraussetzungen gehören v.a. Schulung des Personals, transkulturelles Dolmetschen und weibliches Personal.

kantonalen Asylbehörden und zentrumsbetreibenden Institutionen zu den Themen sexuelle Gewalt und Ausbeutung (s. Kap. 5.3.4. und 6.3.7.).

- c) **Fehlende unabhängige transkulturelle Dolmetschdienste in den Unterkünften und teilweise in der medizinischen Grundversorgung.** Wie in Kapitel 5.3.7. ausgeführt, stehen in keiner der untersuchten Kollektivunterkünfte systematisch professionelle transkulturelle Dolmetschdienste zur Verfügung. Im 'Hausarzt-Modell' fehlen zudem mit wenigen Ausnahmen auch in der medizinischen Erstversorgung (Hausärzt_innen, Gynäkolog_innen) unabhängige transkulturelle Dolmetschdienste. Die damit verbundenen Problematiken sind in Kapitel 5 beschrieben (S. 69).
- d) **Keine systematische Verfügbarkeit von weiblichem Betreuungs-, Behandlungs- oder Dolmetschpersonal.** Frauen aus dem Asylbereich vertrauen sich in Bezug auf persönliche und intime Anliegen nachweislich eher Frauen als Männern an. Obwohl in den Unterkünften teilweise (nicht immer) auf die Geschlechterzusammensetzung von Betreuungsteams und Behandelnden geschaut wird, ist weibliches Personal nirgends garantiert und besonders nachts nicht gewährleistet (s. Kap. 5.3.4.2).

Die **Linie** zwischen Verdacht und Beweis stellt hinsichtlich der Identifikation Gewaltbetroffener eine der grössten Herausforderungen dar. Gerade in Bezug auf aktuelle Tatbestände in Kollektivunterkünften (z.B. sexuelle Übergriffe, häusliche Gewalt, Inzest) müssen die Ereignisse meist extreme Ausmasse erreichen, bevor eingegriffen wird. Dies geschieht in der Regel erst, wenn die Melde- oder Anzeigepflicht zum Tragen kommt. Ereignisse, die einer Meldung oder Anzeige vorangehen, bilden eine eigentliche 'Blackbox' und bleiben als solche oft unbemerkt, nicht angesprochen und/oder ungelöst. Die Gründe für das Ausbleiben einer frühzeitigeren Intervention sind im Folgenden Beispiel illustriert.

Fallbeispiel zur Problematik der Identifikation Gewaltbetroffener in den Unterkünften:

Bezeichnend für die Herausforderungen, mit denen sich Betreuungspersonen in Kollektivunterkünften in Bezug auf die Identifikation und Unterstützung Gewaltbetroffener konfrontiert sehen, ist der Fall der Betreuungsperson X. X schöpfte Verdacht, dass ein Zentrumsbewohner seine Tochter missbrauchte. X vermutete zudem, dass die Mutter mitwissend war. Diese litt unter chronischen Kopfschmerzen und zog sich meist zurück. Bei einem Versuch, den Dialog aufzunehmen, wurde von beiden Elternteilen bestritten, dass es Übergriffe gegeben hatte. X liess sich in der Folge von der kantonalen Opferberatungsstelle beraten, die ihr anbot, mit den Eltern und/oder der Tochter zu einer Beratung zu kommen. X verzichtete jedoch letztlich darauf, das Gespräch mit den Eltern erneut zu suchen. Erstens fürchtete sich X davor, gegen die Aussagen des Ehepaars «anzukämpfen», da zu erwarten war, dass beide erneut ein Problem in Abrede stellen und eine Beratung ablehnen würden; zweitens urteilte X in Anbetracht der prekären Situation der Familie, dass die Familie nicht den «Boden» habe, um die Geschehnisse, die bei einer Konfrontation ans Licht kommen könnten, auffangen zu können. Weiter wäre das Gelingen der Kommunikation massgeblich von einer Übersetzungsperson abhängig gewesen, eine entsprechende Vertrauensperson fehlte jedoch. Schliesslich fühlte sich X mit dem Thema allein, da Teamkolleg_innen ihre Wahrnehmung in Frage stellten. «Ich hätte eine Supervisorin gebraucht», schliesst X, «aber Supervision ist im Asylbereich leider kein Thema. Obwohl wir täglich zum Teil schwer traumatisierte Menschen begleiten. Weiterbildungskurse [...] sind gut zum bewusst machen von Sachverhalten, sind jedoch keine Plattform, um das eigene Handeln in konkreten Situationen zu reflektieren und besser handeln zu können.» Ohne Supervision, ohne Dolmetscher_in und ohne kulturspezifische Vertrauensperson fühlte sich X in diesem Verdachtsmoment nicht ermächtigt, adäquat zu handeln.

- f) **Fehlende Sprache** oder Möglichkeit zur Verbalisierung der Gewaltbetroffenen (s. Kap. 6.3.2.). Sprache ist hier nicht nur im Sinne von Fremdsprachigkeit gemeint, sondern im Sinne vom Fehlen eines Bewusstseins für die Problematik und/oder fehlendes Vokabular.
- g) **Fehlendes Vertrauensverhältnis zum Zentrumspersonal** (s. Kap. 6.3.4.1., S. 87).
- h) Als eine weitere Herausforderung in den Kollektivunterkünften bezüglich der Identifikation Gewaltbetroffener bezeichnen selbstkritisches Zentrumspersonal und spezialisierte Fachpersonen die **«Abstumpfung»**, welche Betreuungspersonal durch die alltägliche Konfrontation mit Gewalt – bei gleichzeitiger Überforderung mit der Frage, wie darauf zu reagieren sei – erfährt. Diese Abstumpfung geht häufig mit einer Bagatellisierung und Normalisierung von teilweise auch schwersten Formen sexueller Gewalt und Ausbeutung wie z.B. Vergewaltigung einher.¹⁷¹

Fallbeispiel zum Thema Abstumpfung der Betreuungspersonen und medizinischer Fachpersonen:

Zwei befragte medizinische Fachpersonen in einem auf den Asylbereich spezialisierten Gesundheitszentrum bemängeln, dass es an «(Sprach-)Räumen» [Inter- oder Supervision] mangelt, in denen sie sich von den täglichen «Mikrotraumata», die sich durch gehörte und gesehene Gewalttaten ansammeln, «entgiften» können.

- i) Spezialisierte Fachpersonen stellen weiter fest, dass es in den Kollektivunterkünften oftmals **keine klare Ansprechperson** für die fraglichen Themen gibt. Es fehlt an einer klaren Signalisation (z.B. Poster mit Namen der zuständigen Mitarbeitenden und möglichen Anliegen in allen erforderlichen Sprachen) und/oder regelmässigen, gut kommunizierten Sprechstunden.
- k) Bisher **unzureichende Früherkennung in den Zentren des Bundes** und/oder lückenhafte Kommunikation an die Kantone/Unterkünfte/medizinisches Personal (s. Müller et al. 2017, S. 31 und Müller et al. 2018).

Die Handlungsempfehlungen, die ausgehend von diesen Herausforderungen und basierend auf den Empfehlungen der befragten Personen abgeleitet wurden, sind im Kapitel 8 beschrieben.

6.3.4.3. Begründung des Nichthandelns in Bezug auf die Identifikation Gewaltbetroffener

Im Rahmen dieser Untersuchung wurden mehrere verbreitete **Argumentationen** identifiziert, mit denen in gewissen Kollektivunterkünften (von Leitenden und Betreuungspersonal) Nichthandeln hinsichtlich der Identifikation und Unterstützung gewaltbetroffener Frauen erklärt wurde.

- a) Ein häufig erwähntes Argument bezieht sich darauf, dass viele gewaltbetroffene Frauen nicht über ihre Gewalterfahrungen sprechen wollen, weil sie diese **hinter sich lassen** wollen. Dies erschwert die Thematisierung von Gewalterfahrungen in den Unterkünften.
- b) Ebenfalls angesprochen wurde, dass Frauen aus dem Asylbereich vielfach ein **differierendes Verständnis** von Geschlechterverhältnissen und daraus abgeleitet eine andere Wahrnehmung **von Gewalt haben** und dadurch erfahrene Gewalt teilweise selbst nicht unbedingt als solche wahrnehmen. Daraus folgend will man den Frauen «keine Probleme machen, wo sie gar keine haben».

Fachpersonen hinterfragen diese Erklärungsansätze, auch wenn sie wie weiter oben dargelegt bestätigen, dass es im Asylbereich teilweise Frauen gibt, die gewisse in der Schweiz als

¹⁷¹ Diese Abstumpfung könnte einen weiteren Grund für niedrige Schätzungen der Opferzahlen durch gewisse Zentrumsleitende und Betreuungspersonal in den Kollektivunterkünften darstellen.

Tatbestände definierte Gewaltakte zumindest nicht sofort als solche einordnen, sowie Frauen, die es vorziehen, ihre Gewalterfahrungen nicht wieder aufleben zu lassen. Diese Standpunkte sind zu respektieren. Umgekehrt weisen Fachpersonen darauf hin, dass Frauen und Mädchen Gewalterfahrungen meist auch als solche wahrnehmen, diese jedoch nur mit Unterstützung verbalisieren können oder teilweise einen längeren, begleiteten Prozess benötigen, um der eigenen Traumatisierung oder Gewalterfahrung erst als solche bewusst zu werden und/oder Unterstützung in Anspruch nehmen zu können.

- c) Nichthandeln hinsichtlich der Identifikation (und proaktiven Behandlung und Unterstützung) Gewaltbetroffener wird mitunter auch in Zusammenhang mit dem bereits in Kapitel 5 erwähnten **Normalitäts-** respektive **Selbstermächtigungsprinzip** gebracht, das insbesondere eine zentrumsbetreibende Institution in einem untersuchten Kanton anspricht. Gemäss dieser Begründung ist den Bewohner_innen «Eigenverantwortlichkeit» zu vermitteln, indem sie «normal», also 'wie Schweizer_innen', behandelt werden. Daraus wird insbesondere eine Holschuld der Bewohnerinnen in Bezug auf Informationsbeschaffung, medizinische Behandlung und weitere Unterstützung abgeleitet.

In diesem Zusammenhang ist festzuhalten: **Gleichstellung bedeutet nicht in jedem Fall Gleichbehandlung**, wenn die Ausgangslage und Bedürfnisse anders gelagert sind. So kann beispielsweise ohne die zusätzliche Leistung von transkulturellen Dolmetschdiensten die medizinische Minimalversorgung oftmals nicht gewährleistet werden. Zur Herstellung von Gleichstellung für vulnerable Personengruppen sind also staatliche Zusatzefforts erforderlich, die als sogenannte «positive Verpflichtungen des Staates» auch rechtlich verankert sind (s. Kap. 4). Mit anderen Worten: Wird in Bezug auf die Identifikation, Behandlung und Unterstützung von Gewaltbetroffenen im Asylbereich nicht proaktiv gehandelt, entsteht dadurch ein Verstoss gegen das Völkerrecht.¹⁷²

6.3.4.4. Spezialisierte Angebote für die Behandlung und Unterstützung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich

Das Angebot an Fachstellen und weiteren Dienstleister_innen, welche auf die Behandlung und Unterstützung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich spezialisiert sind, variiert stark nach Kanton und Standort der Kollektivunterkunft. Dabei stellt sich zunächst die Frage, welche Angebote unter 'spezialisierte Angebote' gefasst werden können. Wie in der Begriffsdefinition festgehalten (s. Kap. 2.2., S. 25) verstehen wir darunter Angebote, welche über spezialisiertes Wissen und Erfahrung *sowohl* im Asylbereich *als auch* über Wissen und Erfahrung in der Behandlung und Unterstützung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen verfügen. Dies inkludiert z.B. transkulturell gedolmetschte psychologische/psychiatrische Angebote oder Beratungsstellen für sexuelle Gesundheit, welche auch gewaltbetroffene Klientinnen aus dem Asylbereich beraten und betreuen.

In den untersuchten Kantonen sind solche Angeboten in den bevölkerungsreichen Kantonen BE und GE deutlich besser ausgebaut als in den kleineren Kantonen. In einigen kleinen Kantonen existieren gar keine solche Angebote, oder diese sind nur durch lange Anreisewege in Nachbarkantone erreichbar. Kleine Kantone sind hier stark herausgefordert, Angebote bereitzustellen, obwohl die Fallzahlen oftmals klein sind. Fachpersonen weisen jedoch darauf hin, dass die Einrichtung von Angeboten voraussichtlich auch zu höheren Fallzahlen führt, da mehr Betroffene identifiziert werden können. Weiter dürfe die Grösse des Kantons nicht darüber entscheiden, ob

¹⁷² Dabei ist festzuhalten, dass in der Schweiz auch gewaltbetroffene Frauen, die nicht aus dem Asylbereich stammen, oft nicht an eine sachgerechte Behandlung und Unterstützung gelangen. Auch hier wird häufig eine Strategie des Verschweigens gewählt, und betroffene Frauen tendieren oft dazu, Gewalterfahrungen herunterzuspielen und/oder die Schuld an erfahrener Gewalt sich selbst zuzuweisen. Gerade die grosse Verunsicherung durch ein laufendes Asylverfahren und die daraus folgende Abhängigkeit von (ev. auch nicht intakten oder gewaltsamen) Beziehungen sowie die zusätzliche Herausforderung der transkulturellen Übersetzung stellen jedoch Frauen aus dem Asylbereich vor beträchtliche zusätzliche Probleme.

eine gewaltbetroffene Frau eine sachgerechte Behandlung und Unterstützung erhält oder nicht, da aus dieser Praxis eine Ungleichbehandlung in Abhängigkeit des Aufenthaltskantons erwächst.

Fallbeispiel zum Aufbau von Strukturen in einem kleinen Kanton:

Wie das Beispiel des hier untersuchten Kantons NE zeigt, können durchaus auch in kleinen Kantonen wirkungsvolle Strukturen aufgebaut werden. Wie in den grossen Westschweizer Kantonen GE und VD werden auch hier alle medizinischen Eintrittsgespräche von qualifizierten Pflegefachpersonen in einem interdisziplinären Gesundheitszentrum durchgeführt. Zudem wird in NE derzeit, wenn auch mit knapperen Mitteln, ein transkulturell gedolmetschter Geburtsvorbereitungskurs für Frauen aus dem Asylbereich nach dem Berner Modell *Mamamundo* aufgebaut. Der Zugang zu diesem Angebot ist statusunabhängig.

Zwei Beispiele für die Struktur des kantonalen Angebots hinsichtlich der spezialisierten Behandlung und Unterstützung von Gewaltbetroffenen Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich:

GE: Das Angebot ist breit und deckt eine grosse Palette von Subthemen innerhalb des Themenbereichs sexuelle Gewalt und Ausbeutung ab. Die Organisation des Angebots ist weitestgehend staatlich oder nicht-staatlich mit staatlicher Teilfinanzierung und zeichnet sich durch eine intensive Vernetzung aus. Kernstück des Genfer 'Modells' ist das zentral lokalisierte *Programme Santé Migrants (PSM)*. Das Programm führt medizinische und psychologische/psychiatrische Behandlungen durch und arbeitet für weitere Behandlung und Unterstützung vernetzt (für die Rechtsberatung z.B. insbesondere mit der NGO *Centre Social Protestant (CSP)* und für psychologische/psychiatrische Langzeittherapien mit der NGO *Appartenances*). Wie die medizinische Versorgung ist in GE auch der Sozialdienst für Personen aus dem Asylbereich im *Hospice général* zentral organisiert. In der besuchten Kollektivunterkunft gibt es hingegen keine Sozialarbeiter_innen, die den Bewohner_innen als persönliche Ansprechpersonen zur Verfügung stehen. Der Kanton übernimmt in vielen Fällen die Kosten für professionelles transkulturelles Dolmetschen in Behandlungs- und Unterstützungsangeboten, oftmals auch für abgewiesene Asylsuchende.¹⁷³

NW: Die Angebote sind beschränkt, verfügen meist nicht über die benötigte Doppelexpertise (Asylbereich/Gender) und sind weitestgehend staatlich. Für spezialisierte Angebote wird deshalb auf das Angebot im Kanton LU verwiesen, wobei auch dort das Angebot im Sinne der genannten Doppelexpertise eingeschränkt ist. Kernstück der Gesundheitsversorgung im Nidwaldner 'Modell' sind niedergelassene Hausärzte (derzeit ausschliesslich Männer) und Gynäkolog_innen, die eine behandelnde und triagierende Funktion ausüben. Um einen Arzttermin zu vereinbaren, müssen sich die Bewohner_innen an den nahegelegenen Schalter des kantonalen Migrationsamtes wenden. Der Sozialdienst ist in Nidwalden ebenfalls extern und zentral organisiert. In den Kollektivunterkünften sind keine Sozialarbeiter_innen vor Ort. Der Kanton Nidwalden übernimmt nur sehr beschränkt Kosten für Dolmetschdienste.

Folgende spezialisierte Angebote für die Behandlung und Unterstützung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich existieren in den fünf untersuchten Kantonen (es sind nicht in jedem Kanton alle diese Angebote vorhanden):

- Medizinische/gynäkologische Angebote
- Psychologische/psychiatrische Angebote
- Psychosoziale Angebote

¹⁷³ Kantonalen Beiträge erhält z.B. das CSP, welches Opfer von Menschenhandel unterstützt. Es profitieren jedoch nicht alle NGOs gleichsam von staatlicher Unterstützung. Auch sind diese Mittel teilweise nicht langfristig gesichert, was in gewissen NGOs zu Planungsunsicherheit führt.

- Rechtsberatungen
- Interdisziplinäre Angebote: Psychologisch/psychiatrisch und psychosozial, teilweise zusätzlich medizinisch/gynäkologisch und/oder mit Rechtsberatung

Interdisziplinäre Angebote, insbesondere Angebote, die psychologische/psychiatrische mit einer psychosozialen und gegebenenfalls mit einer medizinischen und/oder gynäkologischen Behandlung/Unterstützung verbinden sowie Angebote, die gut **vernetzt** sind, erscheinen aus der Gesamtheit der erhobenen Daten als **Good Practices** (z.B. das *Ambulatorium für Kriegs- und Folteropfer* des SRK in BE, das *Maison de Santé* von *Médecins du Monde* in NE oder das *Programme Santé Migrants* in GE).

6.3.4.5. Angebotslücken

Die grösste Auffälligkeit hinsichtlich des Angebots spezialisierter Angebote für die Behandlung und Unterstützung Gewaltbetroffener aus dem Asylbereich ist die ausgesprochene **Knappheit psychologischer/psychiatrischer, psychosozialer sowie kinder- und jugendpsychiatrischer Angebote** (s. auch Müller et al. 2018). Namentlich fehlt es an Angeboten mit transkulturellen Dolmetschdiensten, obwohl die befragten Fachpersonen unabhängige Dolmetschdienste einstimmig als unerlässlich für eine wirksame Behandlung und Unterstützung bezeichnen. Mehrere der befragten Fachstellen, insbesondere in der Deutschschweiz, sind stark bis sehr stark überlastet und führen entweder lange Wartelisten oder müssen laufend Personen abweisen. Dasselbe berichten Fachpersonen von verwandten Angeboten in weiteren, hier nicht untersuchten Kantonen.¹⁷⁴ **Mehrere Fachstellen berichten, dass sie ihrer Überlastung wegen derzeit auf jegliche Informationskampagnen, z.B. in Kollektivunterkünften, verzichten. Dies stellt angesichts des diagnostizierten grossen Sensibilisierungs- und Informationsbedarfs von Betreuenden und Betreuten in den Kollektivunterkünften eine paradoxe Situation dar.** Therapieplätze bei einer niedergelassenen Fachperson zu finden ist laut den befragten Fachpersonen derweil praktisch unmöglich, da es nur sehr wenige Therapeut_innen gibt (zumal weibliche), die spezifische Sprachen sprechen, während nur in sehr seltenen Fällen Dolmetschdienste finanziert werden.

Fallbeispiel zum Thema Knappheit psychiatrischer Angebote:

Eine Therapeutin einer spezialisierten Fachstelle bezeichnet die ihr zur Verfügung stehende Liste niedergelassener Therapeut_innen, welche Therapieplätze für Asylsuchende anbieten, als «Witz»: Die Liste sei sehr kurz, biete wenig Sprachvielfalt, und meistens seien es Männer. Damit sei es praktisch unmöglich, gewaltbetroffenen Frauen oder Mädchen einen Therapieplatz zu verschaffen, wenn die eigene Fachstelle selbst keinen anzubieten hat – was sehr oft der Fall sei. Mit ihren wenigen Therapieplätzen könne ihre Fachstelle nur die «Spitze des Eisberges» behandeln und begleiten.

Die Knappheit der genannten Angebote betrifft gewaltbetroffene Personen, die nach OHG keinen Opferstatus haben, die also ausschliesslich im Ausland Gewalt erfahren haben, in besonderem Masse. Personen mit Opferstatus (Personen, welche in der Schweiz Gewalt erfahren und sich bei einer Opferberatungsstelle gemeldet haben) haben derweil Anrecht auf transkulturelle Dolmetschdienste und somit grundsätzlich Zugang zu allen verfügbaren the-

¹⁷⁴ Diesbezüglich gibt es Hinweise auf regionale Unterschiede: Von *Interface* im Auftrag des BAG befragte spezialisierte psychologische/psychiatrische Expert_innen schätzen, dass in der Deutschschweiz weniger als 10% der traumatisierten Personen, die eine Behandlung benötigen, eine solche auch tatsächlich erhalten, während dieser Anteil von Westschweizer Expert_innen auf zwischen 30% und 70% geschätzt wird. Die Autorinnen geben allerdings zu bedenken, dass die von ihnen untersuchten Kantone VD und GE nicht unbedingt repräsentativ für die gesamte Westschweiz sind, was die vorliegende Untersuchung untermauert (Müller et. al. 2018, S. 10).

rapeutischen Angeboten. **Es ist allerdings daran zu erinnern, dass auch Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich, die in der Schweiz Gewalt erfahren haben (und also Anrecht auf vollumfängliche Opferhilfe haben), nur selten den Weg zu den kantonalen Opferberatungsstellen finden.** Zudem bleibt das spezialisierte Angebot auch für Personen mit Opferstatus nach OHG Personen knapp, denn fundierte transkulturelle Vermittlungskompetenzen können oftmals nicht einfach durch den Einsatz eines Dolmetschdienstes in regulären psychologischen/psychiatrischen Angeboten eingeholt werden. Daraus folgt, dass eine rein rechtliche Klärung für eine umfassende Lösung des Problems des Zugangs gewaltbetroffener Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich zu einer sachgerechten Behandlung und Unterstützung nicht ausreicht.

Schliesslich sei darauf hingewiesen, dass **Lücken im staatlichen Behandlungs- und Unterstützungsangebot werden in vielen Fällen von NGOs, Privaten, Freiwilligen, kirchlichen Organisationen oder privaten Gesundheitsversorger_innen gefüllt.** Dazu gehören insbesondere die Unterbringung, Behandlung und Unterstützung von besonders vulnerablen Personengruppen aus dem Asylbereich, z.B. gewaltbetroffene Frauen, welche nach OHG nicht als Opfer gelten, oder abgewiesene Asylsuchende. Angebote dieser Organisationen umfassen z.B.:¹⁷⁵

- Anschlusslösungen an den Aufenthalt in Schutzunterkünften (z.B. *FIZ*)
- Unentgeltliche Rechtsberatungen (z.B. *HEKS*, *CSP*)
- Psychologische/psychiatrische Behandlungen und psychosoziale Begleitungen (z.B. *Appartenances* oder das *Ambulatorium für Kriegs- und Folteropfer* des *SRK*).
- Dolmetschdienste (z.B. eine Gruppe von Gynäkolog_innen in ZH, welche sich zusammengeschlossen haben, um aus ihren eigenen Honoraren die Kosten für Dolmetschdienste zu 'poolen', um damit Frauen aus dem Asylbereich behandeln zu können)

Weiter gehören zu den von nichtstaatlicher Seite bereitgestellten Angeboten nicht-medizinische Angebote wie z.B. Deutschkurse für Asylsuchende, Dolmetschdienste, Mentoring und Finanzierungen (z.B. von Ausbildungen).

Während solche Initiativen von spezialisierten Fachpersonen grundsätzlich begrüsst werden, wird gleichzeitig auf ihre **Zweischneidigkeit** verwiesen, da es sich bei den genannten Leistungen erstens oftmals von Rechts wegen um **staatliche Aufgaben** handelt und zweitens durch die Auslagerung die **Kontinuität und Qualität** der Angebote nicht gewährleistet werden kann.

6.3.4.6. Triage zu spezialisierten Angeboten

In den untersuchten Kantonen gibt es **keine Richtlinien, Konzepte oder standardisierten Abläufe** in Bezug auf die **Behandlung und Unterstützung** Gewaltbetroffener. Es gibt also keine standardisierten Vorgaben dazu, wie vorgegangen werden muss, nachdem eine Person als gewaltbetroffen identifiziert wurde. Eine Ausnahme bildet der Ablauf nach Meldung oder Anzeige einer Gewalttat, welche der betroffenen Person den Opferstatus nach OHG verleiht. Hier kommen die Prozesse der Opferhilfe zum Tragen. Diese Situation trifft jedoch im Asylbereich selten ein, z.B. weil Gewaltbetroffene nicht als solche identifiziert werden oder sich nicht bei der Opferhilfe melden wollen.

In Abwesenheit standardisierter Abläufe dominiert laut mehreren interviewten Zentrumsleitenden und Gesundheitsverantwortlichen stattdessen eine Praxis des **Vorgehens «von Fall zu Fall»**. In diesem Zusammenhang wird zudem der **«gesunde Menschenverstand»/«bon sens»** angerufen, mit den oben beschriebenen Problematiken (s. Kap. 6.3.4.1.).

Die befragten Zentrumsleitenden und Hausärzt_innen geben in Übereinstimmung mit der quantitativen Umfrage an, dass identifizierte Gewaltbetroffene in der Regel an spezialisiert-

¹⁷⁵ Es ist anzumerken, dass die meisten in der Folge genannten Organisationen und Initiativen eine gewisse staatliche Unterstützung erhalten.

te Angebote verwiesen werden.¹⁷⁶ In Gesundheitsmodellen mit niedergelassenen Hausärzt_innen (BE, NW, TG) geschieht die Zuweisung fast ausschliesslich über diese (dies ist von der Krankenkasse so vorgeschrieben). Nur sehr selten wird jemand – formell via Hausärzt_in – über die Zentrumsleitung oder ein_e Gynäkolog_in triagiert. An welche Stellen Gewaltbetroffene verwiesen werden, ist dabei nur bedingt davon abhängig, ob die Betroffenen einen Opferstatus nach OHG haben oder nicht. Mangels alternativer Angebote oder mangels Fachwissen seitens der Zuweisenden werden manchmal auch Personen, welche nach OHG nicht als Opfer gelten, an die kantonalen Opferberatungsstellen verwiesen. Diese Personen werden von den Opferberatungsstellen weiter triagiert oder teilweise selbst behandelt. Teilweise werden Patientinnen auch an spezialisierte niedergelassene Therapeut_innen in anderen Kantonen verwiesen, welche z.B. eine bestimmte Sprache sprechen. **In Kantonen mit zentralisierten interdisziplinären Gesundheitszentren für das Asylwesen (GE, NE) werden Gewaltbetroffene entweder intern behandelt (medizinisch sowie psychologisch/psychiatrisch) oder falls notwendig an weitere spezialisierte Angebote verwiesen.**

Im gewissem Kontrast zu diesen Angaben halten mehrere spezialisierte Fachstellen fest, dass **angesichts der mutmasslich hohen Betroffenenrate relativ selten Gewaltbetroffene an sie triagiert werden.** Der *Fachstelle Frauenhandel und Frauenmigration FIZ* werden z.B. nur sehr selten Personen aus Kollektivunterkünften weitergeleitet. Die Fachstellen berichten weiter, dass eine Identifikation Gewaltbetroffener und die anschliessende Zuweisung durch Hausärzt_innen massgeblich von deren Sensibilisierung abhängt. Das hat zur Folge, dass von gewissen Ärzt_innen zahlreiche und von anderen gar keine Zuweisungen erfolgen. Weiter beobachten Fachstellen, dass gewisse Hausärzt_innen Patient_innen nicht mehr weiter verwiesen, weil diese wissen, dass die Fachstellen überlastet sind. Diese Hausärzt_innen versuchen die Patient_innen in der Folge entweder an andere spezialisierte Stellen, z.B. in anderen Kantonen, zu verweisen oder aber selbst zu behandeln, womit sie sich jedoch oft überfordert fühlen. In dieser Bedrängnis schicken einige Hausärzt_innen Patient_innen, welche aus Platzmangel von der Fachstelle zurückgewiesen worden waren, wiederholt zurück in die Abklärung dieser Fachstellen. Gewaltbetroffene und mit ihnen zusammen der Druck auf das jeweilige überlastete respektive überforderte medizinische Personal werden aus Ratlosigkeit reihum gegeben.

Die Triagepraxen hängen auch stark vom **politischen Klima der Kantone** ab. In einem untersuchten Kanton wird beispielsweise Druck auf die zentrumsbetreibende Organisation ausgeübt, Probleme «intern» zu regeln, während in anderen Kantonen Gewaltopfer rasch an spezialisierte Fachstellen triagiert werden.

Fallbeispiel zum Thema interne Lösungsfindung versus Zuführung zu externen spezialisierten Fachstellen:

TDF berichtet aus einem der untersuchten Kantone, dass dort im Falle von häuslicher Gewalt von der kantonalen Behörde «interne Lösungen» angeordnet sind, etwa in Form einer Verlegung des Opfers in eine andere Kollektivunterkunft. Diese Praxis wurde teilweise auch von Zentrumsleitenden in weiteren hier untersuchten Kantonen beschrieben. Eine sachgerechte Reaktion würde laut den befragten spezialisierten NGOs jedoch in der Regel darin bestehen, den oder die Täter_in zu verlegen und das Opfer einer spezialisierten Behandlung zuzuführen und/oder in einer Schutzunterkunft unterzubringen.

¹⁷⁶ Dabei blieb teilweise unklar, was die Befragten unter spezialisierten Angeboten verstanden.

6.3.4.7. Hindernisse im Zugang zu spezialisierten Angeboten und Herausforderungen in der Behandlung und Unterstützung Gewaltbetroffener

Die befragten spezialisierten Fachpersonen halten übereinstimmend fest, dass gewaltbetroffene Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich einen veritablen «Hürdenlauf» absolvieren müssen, um zu einer sachgerechten Behandlung und Unterstützung zu kommen.

Als 'Etappen' dieses Hürdenlaufs werden folgende Hindernisse und hervorgehoben:

- a) Um eine gewaltbetroffene Person einer Behandlung und Unterstützung zuzuführen, muss diese erst als gewaltbetroffen **identifiziert** werden. Daher kommt den oben (Kap. 6.3.4.2., S. 88) besprochenen Identifikationsproblemen in den Unterkünften auch in Bezug auf den Zugang zu einer sachgerechten Behandlung und Unterstützung eine zentrale Rolle zu.

Weitere Hürden beziehen sich auf die medizinische Grundversorgung, insbesondere im 'Hausarzt-Modell':

- b) **Lückenhafte Triage durch Hausärzt_innen** (s. Kap. 6.3.4.6).
- c) **Fehlendes transkulturelles Dolmetschen in der medizinischen Grundversorgung.** Im 'Hausarzt'-Modell fehlt die Möglichkeit unabhängiger transkultureller Dolmetschdienste weitestgehend.

Weitere genannte Hürden sind:

- d) **Fehlende Informationsvermittlung** an Frauen und Mädchen zu den Angeboten.
- e) **Fehlendes transkulturelles Dolmetschen in der spezialisierten medizinischen Versorgung:** Auch in spezialisierten medizinischen Bereichen (z.B. Augenheilkunde, aber teilweise auch Gynäkologie etc.) wird in Abhängigkeit des Standortkantons oftmals gar nicht oder nur in besonders problematischen Fällen gedolmetscht. Fachpersonen weisen darauf hin, dass **fehlendes transkulturelles Dolmetschen in medizinischen Angeboten nachweislich zu Fehl- und Überbehandlungen führt, mit entsprechenden Folgekosten.**
- f) **Fehlen einer psychosozialen Begleitung:** Wie in Kapitel 5 besprochen, sind in den Unterkünften nur sehr wenige bis keine ausgebildeten Sozialarbeitenden anwesend. Diese Praxis widerspricht der hohen Relevanz, welche die befragten spezialisierten Fachpersonen einer konsequenten psychosozialen Begleitung Gewaltbetroffener beimessen. Eine solche wird als integraler Bestandteil einer der Therapie betrachtet und als unerlässlich für die Förderung der Selbstwirksamkeit und Resilienz der Klient_innen.¹⁷⁷
- g) **Fehlende Kinderbetreuung:** Wie in Kapitel 5 (s. Kap. 5.3.6.) besprochen, hindern Care-Verpflichtungen den Kindern gegenüber Frauen oftmals, an spezialisierten Angeboten wie z.B. ressourcenorientierten Workshops teilzunehmen.
- h) **Informationsaustausch:** Der Zugang zu spezialisierten Angeboten wird weiter durch teilweise mangelhafte Informationsflüsse zwischen Unterkünften, medizinischem Personal, weiteren Begleitpersonen, der Asylbehörde und den Zentren des Bundes erschwert.¹⁷⁸
- i) **Kritischer Übergang von der Kollektivunterkunft in private Unterkünfte:** Fachpersonen beobachten, dass der Zugang zu spezialisierten Angeboten nach dem Übergang von einer kollektiven in eine private Unterkunft oft noch schwieriger wird, da der Kontakt zu diesen Personen dann meist nur noch über die Sozialhilfe erhalten wird. Besonders gefährdet sind Personen in Kantonen, in welchen die Asylsuchenden erst nach der Erlangung des Aufenthaltsrechts eine persönliche Ansprechperson zugeteilt bekommen.

¹⁷⁷ Selbstwirksamkeit bedeutet, die Erfahrung zu machen, 'Ich kann etwas bewirken'. Wünsche und Ideen einer Klientin werden ernst genommen, die persönlichen Ressourcen werden durch eine sinnvolle Tagesstruktur gefördert. Den Klientinnen wird etwas zugetraut.

¹⁷⁸ Die FIZ kritisiert z.B., dass das SEM gemäss Statistik zunehmend Opfer von Menschenhandel verzeichnet, jedoch darauf keine systematische Kontaktaufnahme oder Triage mit einer spezialisierten Opferschutzorganisation erfolgt, sondern die Betroffenen sich selbst überlassen bleiben.

- i) **Mangelnde Finanzierung**, insbesondere von unabhängigen Dolmetschleistungen in Beratungs- und Behandlungssituationen sowie von Nachfolgelösungen nach der finanziell gedeckten Aufenthaltsdauer in Frauenhäusern.
- k) **Aufenthaltsstatus**: Der Zugang zu spezialisierten Angeboten ist weiter abhängig vom Aufenthaltsstatus. Insbesondere sind in den untersuchten Kollektivunterkünften oft viele **abgewiesene Asylsuchende** untergebracht (teilweise mehr als die Hälfte der Bewohner_innen), welche oftmals mehrere Jahre in den Unterkünften wohnen, wo sie von einem Nothilfbeitrag leben. Im Vergleich zu Personen im laufenden Asylverfahren ist der Zugang zu spezialisierten Unterstützungs- und Behandlungsmöglichkeiten für abgewiesene Asylsuchende oftmals noch stärker eingeschränkt. Dies z.B. durch mangelnde finanzielle Ressourcen aufgrund des tiefen Nothilfbeitrags und/oder die geographische Lage der Zentren, welche den Kauf eines Fahrschein verteuert. Wegen fehlender Unterstützungs- und Schutzmechanismen wie z.B. Tagesstrukturen sind diese Personen einem erhöhten Risiko ausgesetzt, soziale Isolation und Gewalt zu erfahren.

Auch für **Asylsuchende** (Status N) bleiben die Tagesstrukturen jedoch beschränkt. So stehen z.B. keine Sprachkurse zur Verfügung, ausser dort, wo sich Freiwillige engagieren. Laut befragten Leitungspersonen von zentrumsbetreibenden Institutionen soll sich diese Situation mit dem beschleunigten Asylverfahren und der Integrationsagenda für die Asylsuchenden verbessern. Namentlich soll es für sie bedeutend mehr integrationsfördernde Massnahmen geben. Ungelöst bleibt hingegen die Frage nach der Unterbringung und Betreuung der zahlreichen abgewiesenen Asylsuchenden.

Gleichzeitig ist daran zu erinnern, dass es in allen untersuchten Kantonen Angebote gibt, welche Klient_innen und Patient_innen **ungeachtet ihres Aufenthaltsstatus** behandeln und unterstützen. Oft bleiben diese Angebote jedoch wie oben beschrieben knapp, und/oder sind nicht systematisch gewährleistet.

Weiter stellt sich hinsichtlich des neu eingeführten **beschleunigten Asylverfahrens** grundsätzlich die Frage, ob bei Gewaltbetroffenheit (oder eines Verdachts auf Gewaltbetroffenheit) und allgemein bei vulnerablen oder besonders vulnerablen Frauen und Mädchen¹⁷⁹ eher eine Triage ins erweiterte Verfahren oder ein schneller Entscheid vorzuziehen ist. Organisationen und Fachpersonen geben zu bedenken, dass eine Triage vulnerabler oder besonders vulnerabler Frauen und Mädchen in das erweiterte Verfahren nicht in jedem Fall im Sinne eines gleichberechtigten Zugangs zum Asylverfahren ist. Empfohlen wir vielmehr eine individuelle Abklärung, ob eine Person von einem beschleunigten Verfahren profitieren kann. Dies weil sich lange Wartezeiten z.B. bei traumatisierten Personen negativ auf den Genesungsprozess auswirken können, da erst durch einen gesicherten Asylstatus die für eine Genesung notwendige Stabilität hergestellt werden kann. Gleichzeitig muss jedoch gewährleistet werden können, dass z.B. Gewaltbetroffene genügend Raum und Zeit erhalten, um ihre Gewalterfahrungen im Asylverfahren zu verbalisieren.

- l) **Für gewaltbetroffene Frauen ist der Zugang zu sachgerechter Behandlung und Unterstützung schwieriger als für gewaltbetroffene Männer**. Befragte Forschende, Zentrumsleitende, Zentrumspersonal und Leiterinnen von Geburtsvorbereitungskursen bestätigen übereinstimmend, dass asylsuchende Mütter sich oft prioritär um ihre Kinder sorgen und kümmern («Ich stehe am Morgen auf wegen meiner Kinder»). Dadurch werden sehr viele Ressourcen gebunden, sodass die Mütter sich folglich oftmals kaum der eigenen Befindlichkeit widmen. Zweitens ist der Bildungsstand der Frauen oft tief(er), und sie haben weniger Sprach- und Lesekenntnisse. Daraus resultiert für Frauen ein schlechterer Zugang zu einer

¹⁷⁹ In Bezug auf Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich erscheint es uns sinnvoll, zwischen vulnerablen und besonders vulnerablen Frauen/Mädchen zu unterscheiden, beispielsweise auch im Hinblick auf deren Unterbringung (siehe Kapitel 8.1.3). Diese Unterscheidung ist näher zu definieren und könnte unter vulnerablen Frauen/Mädchen z.B. Frauen mit (Ehe-)Partnern und unter besonders vulnerablen Frauen/Mädchen z.B. unter anderem Frauen oder Mädchen mit PTBS, alleinstehende Frauen, schwangere Frauen/Mütter mit Kindern, weibliche UMA oder LGBTIQ⁺ fassen.

sachgerechten Versorgung, obwohl sie hinsichtlich Gewalterfahrungen nachweislich eine besonders gefährdete Risikogruppe darstellen.

- m) **Spardruck:** Der Spardruck auf das Asylwesen in den meisten untersuchten Kantonen wirkt sich sehr direkt auf die Qualität der Unterbringung und Versorgung von Personen aus dem Asylbereich aus. Eine Folge davon sind z.B. nicht mehr erbrachte Dolmetschleistungen in gewissen Kantonen, sowie unerfüllbare Erwartungen an das Betreuungspersonal.

Fallbeispiel zu den Erwartungen an das Betreuungspersonal:

Eine Betreuungsperson in einer Unterkunft hält fest: «Unsere Rolle als Arbeitende in den Kollektivunterkünften wird recht unterschiedlich definiert: Von Institutionen wie Spitälern, Schulen, Kirchen, usw. aus sollen wir **betreuen**, vom [kantonalen Migrationsamt] und politisch rechts stehenden Orten aus sollen wir nur **verwalten**, und von der [zentrumsbetreibenden Institution] aus sollen wir **beides in gleichem Mass**.»

6.3.5. Zugang zu Recht und Justiz

Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich kennen ihre Rechte nur in Ausnahmefällen. In Bezug auf sexuelle Gewalt und Ausbeutung gibt es vor allem die kantonalen Opferberatungsstellen für Gewaltbetroffene, welche nach OHG als Opfer gelten. Dort bezieht sich die Rechtsberatung in erster Linie auf die Bedingungen, Risiken und Chancen einer Anzeige und Strafverfolgung einer Täterschaft in der Schweiz, z.B. im Falle von Menschenhandel oder häuslicher Gewalt (z.B. CSP, FIZ). Die befragten Kollektivunterkünfte bemühen sich in der Regel um rechtlichen Beistand für solche Personen, wobei das Fehlen eines transkulturellen Dolmetschdienstes sowie fehlende Finanzierung Hindernisse darstellen. Aus den in diesem Kapitel dargelegten Gründen (mangelnde Identifikationsarbeit, Schamgefühle etc.) sind ausserdem weitere Zugangshürden zu bewältigen. Weitere Rechtsberatungen drehen sich vorrangig um Fragen des Asylrechts und des Asylverfahrens, also um das Recht auf Schutz durch Asyl. Auch der Zugang zu diesen Angeboten ist nicht niederschwellig. Die Angebote der *Aids Hilfe Bern* vermitteln weiter Wissen zu den sexuellen Rechten. Diese Angebote können in gewissen Kantonen (GE, BE) als niederschwellig bezeichnet werden und werden hier von den meisten (BE) bis allen (GE) Asylsuchenden wahrgenommen.¹⁸⁰

6.3.6. Folgen der Nichtbehandlung Gewaltbetroffener

Die befragten psychologischen oder psychiatrischen Fachpersonen warnen, dass durch eine späte, mangelhafte oder ausbleibende Versorgung Gewaltbetroffener (insbesondere von Gewalt Traumatisierter) hohe **Folgeschäden** entstehen. Werden Gewaltbetroffene nicht frühzeitig erkannt, ist dies insbesondere mit folgenden Risiken verbunden:

- Erhöhtes Risiko der **Chronifizierung** von Beschwerden oder eines **ungünstigen Krankheitsverlaufs**, mit den entsprechenden Folgekosten.
- **Verlust physiologischer Beweise** für gewisse Tatbestände (z.B. Folter, Misshandlung, sexueller Missbrauch).
- Die Gewalterfahrungen können, falls unerkannt, nicht in die Erwägungen zum **Asylentscheid** mit einbezogen werden. Die Folge davon ist, dass diese dadurch allenfalls kein Asyl erhalten.

¹⁸⁰ Hier ist zu erwähnen, dass der Zugang zu Recht und Justiz für *alle* Betroffenen von sexualisierter Gewalt von Hindernissen geprägt ist. Für Geflüchtete bestehen jedoch wie hier beschrieben spezifische zusätzliche Hürden.

Je länger Traumata unbehandelt bleiben, desto schwieriger gestaltet sich beispielsweise auch der Einstieg ins Arbeitsleben, was wiederum mit volkswirtschaftlichen **Folgekosten** verbunden ist. Umgekehrt wirkt sich eine erfolgreiche Eingliederung in den Arbeitsmarkt und das soziale Leben nachweislich positiv auf die Gesundheit gewaltbetroffener Personen aus.¹⁸¹

6.3.7. Schulung des Zentrumspersonals und weiteren Akteur_innen sowie Klärung der Zuständigkeiten

Den **zentrumsbetreibenden Institutionen** und den **Zentrumsleitenden** kommt eine zentrale Rolle zu hinsichtlich der Identifikation und Betreuung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich. Die durch diese etablierte **Kultur** in den Unterkünften wirkt massgeblich hemmend oder unterstützend. Die hier erhobenen Daten weisen darauf hin, dass Unterkünfte mit informiertem Zentrumspersonal und sensibilisiertem Erstversorgungspersonal verhältnismässig öfter gewaltbetroffene Frauen und Mädchen identifizieren und diese öfter und mit mehr Hartnäckigkeit an spezialisierte Angebote verweisen.¹⁸²

Zentraler Bestandteil dieser Kultur ist die **Schulung des Personals** zum Thema sexuelle Gewalt und Ausbeutung. Solche Schulungen bleiben jedoch schweizweit unsystematisch und lückenhaft (s. Kap. 5.3.4.). Die meist sehr kurzen Kurse sind mit wenigen Ausnahmen nicht obligatorisch und/oder beziehen sich nur auf einige wenige spezifische Themen (z.B. wird das Thema FGM behandelt, nicht aber andere Formen von Gewalt). Zudem besucht wie erwähnt vornehmlich das fest angestellte Betreuungspersonal diese Weiterbildungen und nur in Einzelfällen auch das Nacht- oder Sicherheitspersonal oder Freiwillige. Zudem stellen spezialisierte NGOs die Qualität von intern durchgeführten Schulungen in Frage, welche nicht von spezialisierten Fachpersonen durchgeführt werden.

Die **Auslagerung der Sozialdienste** stellt eine weitere personelle Herausforderung in den Unterkünften dar. Da in diesen Modellen Sozialarbeiter_innen nicht oder nur punktuell mit dem täglichen Leben in der Unterkunft vertraut sind, ist hier das zentrale erste Glied der 'Identifikationskette' geschwächt, welche die Erkennung eines Gewaltopfers erst ermöglicht. Eine konsequente psychosoziale Begleitung vor Ort ist in diesem Modell nicht möglich.

Weiter bedarf es laut den befragten Fachpersonen wie ebenfalls in Kapitel 5.3.4. bereits besprochen Schulungen des **medizinischen Erstversorgungspersonals**, der **kantonalen Asylbehörde** und **weiteren relevanten Akteur_innen** zum Thema sexuelle Gewalt und Ausbeutung. Zentral ist zudem die **Klärung der Rollen und Zuständigkeiten** sowie die Definition von **Abläufen**.

6.3.8. Informationsflüsse und Datenschutz

Die Informationsflüsse in Bezug auf die Identifikation und Behandlung Gewaltbetroffener zwischen Zentren des Bundes, kantonalen Unterkünften, kantonalen und kommunalen Behörden, Dienstleister_innen in der medizinischen Versorgung sowie den Asylbehörden konnten hier ihrer Komplexität wegen nicht systematisch erhoben werden. Die Daten weisen jedoch punktuell auf gewisse Praktiken und Herausforderungen hin. So lehnen Patientinnen manchmal das Angebot von ihren Therapeutinnen ab, sich an die Kollektivunterkunft zu wenden zwecks einer Veränderung der Wohnsituation; dies aus Angst, dass sich solche Ansprüche negativ auf den Asylentscheid auswirken könnten. Hingegen scheint der Informationstransfer von psychiatrischen Befunden mittels eines Briefs, welcher die Therapeutinnen den Patientinnen für die Asylbehörde mitgeben, gut zu funktionieren.

¹⁸¹ Siehe auch: <https://www.derbund.ch/leben/gesellschaft/sein-langer-und-schmerzvollerweg-aus-dem-abgrund/story/16768564>, Zugriff am 12.1.2019.

¹⁸² Diese Triagearbeit wird von den befragten Kollektivunterkünften und spezialisierten Fachstellen als sehr zeitaufwändige und oftmals zermürbende Arbeit beschrieben.

Systematischer wurden die Informationsflüsse von medizinischen Daten von Personen aus dem Asylbereich im Rahmen einer Studie von *Interface* zu übertragbaren Krankheiten untersucht (Müller et. al 2017). Dort wurde festgestellt, dass der Datentransfer von Gesundheitsdaten von den Zentren des Bundes zu den kantonalen Asylkoordinationsstellen respektive zu den kantonalen und kommunalen Unterkünften aufgrund der zahlreichen Schnittstellen anfällig für Datenverluste sind, sodass Gesundheitsdaten oftmals spät oder gar nicht in den Unterkünften oder bei den medizinischen Erstversorger_innen eintreffen. Zudem wurde festgestellt, dass insbesondere der Rückfluss an Informationen von externen Leistungserbringern an die Unterkünfte nicht reibungslos funktioniert (S. 5). Schliesslich ist zu erwähnen, dass im Rahmen des neuen Asylverfahrens zusätzlich Herausforderungen betreffend des Informationsflusses zu den Rechtsvertretungen sowie zu den Beratungsstellen hinzukommen werden.

6.3.9. Verflechtung des Themas sexuelle Gewalt und Ausbeutung mit dem Asylverfahren

Die befragten spezialisierten Fachpersonen betonen übereinstimmend die **enge Verflechtung zwischen einer sachgerechten Behandlung Gewaltbetroffener und dem Asylverfahren**. Insbesondere wird darauf hingewiesen, dass das Asylverfahren einen äusserst grossen **Stressor** darstellt, welcher die Identifikation, Behandlung und Unterstützung Betroffener massgeblich erschwert respektive einen Genesungsprozess verunmöglicht (s. Kap. 6.3.4.1.).

Eine weitere Herausforderung ist der eben diskutierte **Informationsfluss**, mit dem bei Orts- oder Statuswechsel die Behandlungskontinuität gewährleistet werden sollte.

Fallbeispiel zum Thema Datenschutz und Informationsfluss

Der Leiter eines Zentrums berichtete, dass eine Bewohnerin – von der die Zentrumsleitung wusste, dass sie gute Gründe hatte, einen positiven Asylentscheid zu erhalten – sich ausserstande sah, im Asylverfahren ihre Geschichte zu erzählen. Da der Leiter keine Interventionsmöglichkeit sah, wurde das Gesuch abgelehnt.

6.4. ZWISCHENSYNTHESE

Die Auswertung der qualitativen und quantitativen Erhebungen zu den Fragen, wie die Behandlung, Betreuung und Unterstützung von Flüchtlingsfrauen, welche Opfer sexueller Gewalt und Ausbeutung geworden sind, ausgestaltet ist; wieviele Opfer es gibt; wieviele davon Opfer einer Straftat im Ausland waren; welche Behandlungs- und Unterstützungsangebote es für diese Personen gibt und an welche Stellen sie verwiesen werden; wie die Beratung, Betreuung und Unterstützung für Personen ausgestaltet ist, welche Opfer einer Straftat im Inland geworden sind; und ob Opferberatungsstellen genügend auf diese Zielgruppe vorbereitet sind, hat zusammenfassend Folgendes hervorgebracht:

Die Anzahl von Gewaltopfern unter Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich ist nicht bekannt. Fach- und Betreuungspersonen gehen jedoch von hohen bis teilweise sehr hohen Betroffenenraten aus. Die Ausgestaltung des spezialisierten Angebots variiert stark von Kanton zu Kanton und muss mit einer allfälligen Ausnahme in den vertieft untersuchten Kantonen als unzureichend bezeichnet werden, da die Angebote meist zu knapp sind, nicht über die für eine sachgerechte Behandlung benötigte Doppelqualifizierung (Asyl/Gender) verfügen oder von hohen Zugangshürden geprägt sind. Eine der grössten Herausforderungen bleibt die Identifikation Gewaltbetroffener. Hierzu fehlen derzeit in den Kantonen Konzepte, Richtlinien und standardisierte Abläufe. Ferner besteht Schulungsbedarf beim Betreuungs- und beim medizinischen Erstversorgungspersonal,

welche bei der Identifikation und der Triage an spezialisierte Angebote eine zentrale Rolle spielen. Die Identifikation Gewaltbetroffener sowie deren Zugang zu spezialisierten Angeboten ist dabei nur beschränkt von deren Opfereigenschaft nach OHG abhängig. Auch für Opfer nach OHG bestehen hohe Zugangshürden, während es vor allem in grossen Kantonen und Städten auch für Personen, welche nach OHG nicht als Opfer gelten, gewisse spezialisierte Angebote gibt. Dennoch sind Personen ohne Opferstatus in viel stärkerem Masse von den Defiziten im (Zugang zu) spezialisierten Angeboten betroffen, da sie einerseits die grosse Mehrheit der gewaltbetroffenen Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich darstellen und andererseits die Angebote für Personen ohne Opferstatus sehr knapp sind. Nach Schätzungen von Fachpersonen können nur 10% (Deutschschweiz) bis 50-60% (GE und VD) der behandlungsbedürftigen gewaltbetroffenen Personen aus dem Asylbereich sachgerecht behandelt werden (Müller et al. 2018).

Die Resultate in Kürze:

Opferzahlen

- Die Anzahl Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich, welche Opfer sexueller Gewalt und Ausbeutung sind, ist nicht bekannt. Nur in zwei Kantonen werden seit Kurzem Opferzahlen erhoben. Die existierenden Zahlen sind zudem nicht zuverlässig, da die Dunkelziffer mutmasslich sehr hoch ist.
- Fach- und Betreuungspersonen gehen davon aus, dass viele bis sehr viele Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich im Herkunftsland oder auf der Flucht – häufig schwere – sexuelle Gewalt oder sexuelle Ausbeutung erfahren haben und teilweise in der Schweiz weiterhin erfahren. Bei gewissen Gruppen von Frauen und Mädchen (gewisse Herkunftsländer oder Fluchtwege) wird sogar davon ausgegangen, dass die meisten solche Gewalt erfahren haben. Im Gegensatz dazu können die kantonalen Asylbehörden keine Einschätzung zum Anteil gewaltbetroffener Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich abgeben oder schätzen diesen Anteil mehrheitlich niedrig ein.

Sensibilisierung und Information von Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich zum Thema sexuelle Gewalt und Ausbeutung

- Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich werden nicht systematisch zu den Themen sexuelle Rechte sowie sexuelle Gewalt und Ausbeutung informiert. Eine solche Sensibilisierung, welche über einen längeren Zeitraum über verschiedene Kanäle erfolgen sollte, ist jedoch unerlässlich, um gewaltbetroffene Frauen und Mädchen zu ermächtigen, ihre in der Schweiz geltenden Rechte zu verstehen, sich auf sie zu beziehen und diese gegebenenfalls auch in Anspruch zu nehmen
- Auch Männer aus dem Asylbereich werden nicht systematisch über diese Themen informiert.

Konzepte, Richtlinien und standardisierte Abläufe zur Identifikation sowie zur Behandlung und Unterstützung Gewaltbetroffener

- In den Kantonen und in den Unterkünften wurden keine Konzepte, Richtlinien und/oder standardisierten Abläufe zur Identifikation und/oder zur Behandlung und Unterstützung Gewaltbetroffener bekannt.
- Das meist praktizierte «Fall zu Fall»-Vorgehen wird von spezialisierten Fachpersonen aufgrund der ungenügenden Qualifikation und Schulung des Personals sowie aufgrund fehlender unabhängiger transkultureller Dolmetschdienste in den Unterkünften als derzeit nicht ausreichend erachtet.

Identifikation Gewaltbetroffener

- In den Kantonen werden trotz mutmasslich hoher Betroffenheitsrate relativ wenige Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich als Gewaltbetroffene identifiziert.

- Die Gründe für die lückenhafte Identifikation sind vielschichtig und reichen von fehlenden Abläufen/Screenings, ungenügender Qualifikation des Betreuungs- und Erstversorgungspersonals, oftmals fehlender unabhängiger transkultureller Dolmetschdienste und häufig nicht zur Verfügung stehendem weiblichen Personal bis hin zur subjektiven Empfindung von Frauen aus dem Asylbereich, welche Kollektivunterkünfte nicht als sichere Räume wahrnehmen.
- Für eine wirksamere Identifikation Gewaltbetroffener müssten laut Fachpersonen insbesondere Räume geschaffen werden, in welchen ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden kann. Erst dieses erlaubt es vielen gewaltbetroffenen Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich, ihre Gewalterfahrungen zu erkennen, zu verbalisieren sowie Unterstützung einzufordern oder anzunehmen. Eigenschaften solcher Räume sind:
 1. Eine transkulturelle Dolmetscherin (weiblich)
 2. Eine längerfristige, regelmässige Begleitung
 3. Unabhängigkeit vom Asylverfahren
 4. Räumliche Distanz zur Kollektivunterkunft, welche insbesondere von Gewaltbetroffenen meist als nicht sichere Räume wahrgenommen wird
 5. Weibliche Therapeutinnen/psychosoziale Begleitung/Kursleiterinnen etc.

Spezialisierte Angebote

- Die Palette spezialisierter Angebote zur Behandlung und Unterstützung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich ist in den Kantonen sehr unterschiedlich ausgestaltet und reicht von praktisch inexistent bis hin zu sehr gut ausgebauten und relativ gut zugänglichen Angeboten. Die Breite und Qualität des Angebots ist abhängig von der Grösse des Kantons (je grösser desto mehr), der Region (in der Westschweiz mehr und besser zugängliche Angebote als in der Deutschschweiz) sowie vom Standort der Unterkunft (schwierigerer Zugang bei dezentralen Unterkünften, mehr Angebote in der Stadt als auf dem Land).
- Interdisziplinäre sowie gut vernetzte Angebote erscheinen als *Good Practices*, insbesondere diejenigen, welche transkulturell gedolmetschte psychologische/psychiatrische Angebote und psychosoziale Begleitungen inkludieren.

Zugang zu spezialisierten Angeboten

- Der Zugang gewaltbetroffener Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich zu einer sachgerechten Behandlung und Unterstützung ist nicht systematisch gegeben. Vielmehr müssen Gewaltbetroffene in der Regel einen «Hürdenlauf» absolvieren, um zu einer angemessenen Behandlung zu kommen.
- Insbesondere ist der Zugang abhängig von engagierten Einzelpersonen. Da sie die Kultur einer Unterkunft massgeblich prägen, kommt den Zentrumsleitenden hier eine besonders zentrale Rolle zu, relevant sind jedoch auch das Engagement von den einzelnen Betreuungspersonen in den Unterkünften (Tag- und Nachtpersonal) sowie von den medizinischen Erstversorger_innen. Weiter spielen auch die Grundhaltung der zentrumsbetreibenden Institutionen und Kantone eine grosse Rolle.
- Gewaltbetroffene Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich profitieren kaum von der Opferhilfe. Erstens wird einstimmig davon ausgegangen, dass die grosse Mehrheit der Gewaltbetroffenen einzig im Ausland Gewalt erfahren hat. Diese Personen gelten nach OHG nicht als Opfer und haben ausser auf Beratung keinen Anspruch auf Opferhilfeleistungen. Zwar gibt es in den Kantonen gewisse Angebote, welche unabhängig vom Opferstatus Behandlungen anbieten, diese sind jedoch knapp bis äusserst knapp und können den Behandlungsbedarf bei Weitem nicht abdecken.

Doch auch für Frauen und Mädchen, die (auch) in der Schweiz Gewalt erfahren haben und somit nach OHG als Opfer gelten, ist der Zugang zu Opferhilfe mit erheblichen Hindernissen

versehen. Insbesondere werden sie selten als gewaltbetroffen identifiziert oder entscheiden sich aus verschiedenen Gründen (Retraumatisierung, Scham, Beziehung zur Täterschaft, Angst vor negativer Beeinflussung des Asylverfahrens, mangelhafte Information über sexuelle Rechte und das OHG, fehlende psychosoziale Begleitung etc.) gegen eine Meldung oder gegen die Einforderung von Unterstützung durch die Opferhilfe.

Grosse Knappheit an psychologischen/psychiatrischen sowie psychosozialen Angeboten mit transkulturellem Dolmetschdienst

- Das Angebot an psychologischen/psychiatrischen Therapieplätzen sowie an längerfristigen psychosozialen Begleitungen für gewaltbetroffene Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich ist in den untersuchten Kantonen in einem Fall mitunter genügend und in den anderen Fällen ungenügend bis inexistent. Zwar existieren in einigen Kantonen von Fachpersonen als sehr gut befundene Angebote, diese konzentrieren sich jedoch auf die grossen Kantone und auf die Städte und sind insbesondere in der Deutschschweiz stark bis massiv überlastet.
- In Kombination mit den niedrigen Identifikationsraten hat diese Knappheit zur Folge, dass nur ein kleinster Bruchteil aller behandlungsbedürftigen Gewaltbetroffenen aus dem Asylbereich sachgerecht behandelt und unterstützt wird. Fachpersonen gehen von 10% (Deutschschweiz) bis 50-60% (GE, VD) aus (Müller et al. 2018).

Schwierige Bedingungen für den Genesungsprozess

- Insbesondere aufgrund des laufenden Asylverfahrens sowie des Mangels an subjektiver und objektiver Sicherheit in den Unterkünften fehlt den meisten gewaltbetroffenen Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich die Stabilität für einen erfolgreichen Genesungsprozess. Dadurch kann die psychologische/psychiatrische Grundversorgung nicht umgesetzt werden. Deshalb fordern Fachpersonen Massnahmen, um die erforderliche Stabilität zu gewährleisten, insbesondere durch Anpassungen in der Unterbringung sowie durch einen rasch geregelten Asylstatus (sofern nicht weitere Abklärungen eine Triage in das erweiterte Asylverfahren sinnvoll erscheinen lassen).

Folgen und Kosten einer Nichtbehandlung

- Nicht oder spät erkannte und/oder behandelte Traumafolgestörungen können schwerwiegende Folgen für die Betroffenen haben (insbesondere Chronifizierung, Verlust physiologischer Beweise für gewisse Tatbestände, keine Möglichkeit der Berücksichtigung der Erfahrungen in das Asylverfahren, Probleme bei der Integration in den Arbeitsmarkt) und führen zu hohen volkswirtschaftlichen Folgekosten.

7. SEXUELLE UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT (MANDAT BAG)

7.1. EINLEITUNG

Im Fokus dieses Kapitels stehen die sexuelle und reproduktive Gesundheit von Frauen im Asylbereich, wobei die Untersuchung folgende Auswahl an Themen umfasste: sexuelle Rechte und Sexualität, Verhütung und weitere gynäkologische Belange, präventive Versorgungs- und Beratungsangebote, psychosoziale Begleitung und sexuelle Gewalt gegen Frauen.¹⁸³ In Bezug auf die perinatale Versorgung standen Schwangerschaft und Schwangerschaftskonflikte, Geburtsvorbereitung und pränatale Diagnostik sowie die Geburt und das Wochenbett im Zentrum der Untersuchung. Die Auswahl dieser Themenschwerpunkte erfolgte gemäss Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Dabei ist zu bedenken, dass sexuelle und reproduktive Gesundheit eine weite Spannbreite an Themen mit jeweils eigenen Herausforderungen umfasst. Die vorliegende Studie erhebt keinen Anspruch auf die Bearbeitung aller Themenbereiche im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit.

Das Kapitel ist im Zusammenhang mit der im Jahr 2017 veröffentlichten 'REFUGEE'-Studie (Cignacco et al. 2017) zu sehen. Diese Studie zur sexuellen und reproduktiven Gesundheitsversorgung von Frauen und ihren Säuglingen in Asylunterkünften der Schweiz umfasste quantitative Erhebungen zur Infrastruktur von Asylunterkünften sowie qualitative Interviews mit Betreuungspersonen dieser Unterkünfte in drei Kantonen (BE, TI, VD).¹⁸⁴ Die vorliegende Untersuchung schliesst an die Resultate dieser Studie an, vertieft darin untersuchte Schwerpunkte und erweitert die Erkenntnisse um die Analyse von zusätzlichen Daten aus BE sowie vier weiteren Kantonen.

Analog zu den voranstehenden Kapiteln werden im Folgenden zuerst relevante Resultate aus der quantitativen Umfrage in allen Kantonen vorgestellt, gefolgt von der Analyse der Daten aus den vertieften qualitativen Untersuchungen in den fünf ausgewählten Kantonen BE, GE, NE, NW und TG. Im Zentrum der qualitativen Analyse stehen Angebote, Angebotslücken sowie Zugangshürden im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit. Die Ergebnisse sind aufgeteilt in eine allgemeinere Übersicht zu sexueller und reproduktiver Gesundheit (Kap. 7.3.2) sowie eine inhaltliche Vertiefung zum Bereich perinatale Versorgung (Kap. 7.3.3). Danach wird das Thema sexuelle und reproduktive Gesundheit mit weiteren Erkenntnissen dieser Studie verknüpft (Unterbringung im Asylbereich; sexuelle Gewalt und Ausbeutung). Abschliessend werden die wichtigsten Punkte in einem Zwischenfazit dargestellt.

7.2. RESULTATE AUS DER QUANTITATIVEN UMFRAGE

Da die quantitative Umfrage in den Kantonen nicht explizit auf das Zusatzmandat zu sexueller und reproduktiver Gesundheit ausgerichtet war, bietet dieses Kapitel lediglich eine kurze Übersicht zu den Punkten, welche auf diese Thematik anwendbar sind, mit gewissen Redundanzen mit bereits diskutierten Punkten in den Kapiteln 5 und 6.

Gendersensible Unterbringung: In fünf Kantonen gibt es Zentren, in denen keine geschlechtergetrennten Toiletten und Duschen vorhanden sind (AG, BE, BL, NE, VD).

Sensibilisierung und Weiterbildung des Personals in den Kollektivunterkünften: Nur sechs Kantone bieten relevante Weiterbildungen in Bezug auf gendersensible Unterbringung und/oder frauenspezifische Bedürfnisse im Asylbereich an. Diese richten sich an unterschiedliche Zielgruppen: In den meisten Kantonen sind die Weiterbildungen an Sozialarbeiter_innen in den Kollektivunterkünften gerichtet (GE, NW, SO, TG und VD), gefolgt von Freiwilligen, die im Asylbereich tätig sind (GR und SO) und schliesslich Mitarbeiter_innen der kantonalen Verwaltung (GR,

¹⁸³ Die Thematik der sexuellen Gewalt und Ausbeutung wird ausführlich im Kapitel 6 besprochen, im Kapitel 7 werden relevante Schnittstellen mit dem Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit ergänzend ausgeführt.

¹⁸⁴ Die Studie wurde durch die Berner Fachhochschule im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) durchgeführt.

Bereiche Migration, Soziales und Asyl), Gesundheitspersonal (TG) sowie Sicherheitsverantwortliche (VD). Nur zwei befragte Kantone (GR und TG) geben an, dass diese Schulungen obligatorisch sind und zwar für folgende Personengruppen: Mitarbeiter_innen der kantonalen Verwaltung (Migration, Soziales, Asyl) und Mitarbeiter_innen in Kollektivunterkünften (GR); Sozialarbeiter_innen und Mitarbeiter_innen in Kollektivunterkünften (TG).

Zugang zu Gesundheitsversorgung: Der Zugang zur Gesundheitsversorgung (allgemeine medizinische, gynäkologische und psychologische Versorgung) erfolgt hauptsächlich ausserhalb der Kollektivunterkünfte (Privatpraxen und externe spezialisierte Angebote) und nicht in Form von Sprechstunden in den Kollektivunterkünften. Diese Tendenz ist bei der gynäkologischen und psychologischen Betreuung ausgeprägter (lediglich vier Hinweise zur direkten Betreuung in den Kollektivunterkünften). Bei der allgemeinen medizinischen Versorgung ist zwar dieselbe Tendenz zu beobachten, jedoch etwas weniger stark ausgeprägt (zehn Aussagen weisen auf eine direkte Pflege in den Kollektivunterkünften hin, 26 Aussagen beziehen sich auf die Behandlung in Privatpraxen und durch spezialisierte externe Angebote).

Die Mehrheit der befragten Kantone geben an, dass Frauen und Mädchen im Asylbereich ein Teilrecht (teilweise, wenn möglich oder auf Antrag) auf Beratung oder Anleitung durch eine weibliche Fachperson u.a. in folgenden Bereichen haben: Allgemeinmedizin/Spitäler; Gynäkologie; Psychologie; Fachstellen für sexuelle und reproduktive Gesundheit; spezialisierte externe Organisationen. Die Beratung oder Betreuung durch eine Frau ist jeweils in fünf Kantonen für die gynäkologische Behandlung (AR, NW, SZ, TI und GR) sowie für die Beratung durch Fachstellen im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit (BL, NW, SZ, UR, VS) aktiv gewährleistet.

Verfügbarkeit (weiblicher) Dolmetscherinnen: Fünf Kantone (AI, GE, LU, SH und SZ) geben an, dass der Zugang zu einem Dolmetschdienst bei gynäkologischen Untersuchungen aktiv gewährleistet ist, und vier Kantone (AI, GE, SH und SZ) geben an, dass solche Dienste bei Beratungen von Fachstellen für sexuelle und reproduktive Gesundheit aktiv gewährleistet sind. In sechs Kantonen ist nach Angaben der Kantone der Anspruch auf *weibliche* Dolmetscherinnen bei gynäkologischen Untersuchungen aktiv gewährleistet (AI, BS, GL, NW, SZ und TI).¹⁸⁵ Einen Anspruch auf *weibliche* Dolmetscherinnen für Fachstellen im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit haben Frauen aus dem Asylbereich in zwei Kantonen (NW und SZ). In acht Kantonen liegen keine statistischen Daten über die Häufigkeit vor, mit der Frauen im Asylbereich auf Anfrage von dem Recht Gebrauch machen, Dolmetschdienste zu beauftragen. Dort, wo Frauen und Mädchen von einem solchen Recht Gebrauch machen können, sind knapp die Hälfte der Kantone der Ansicht, dass das Angebot «ziemlich oft» genutzt wird. Nur zwei Kantone (AR und TG) sind der Meinung, dass es «eher selten» genutzt wird.

7.3. RESULTATE AUS DER QUALITATIVEN UNTERSUCHUNG

7.3.1. Einleitung

Bei den bestehenden Angeboten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sind grosse kantonale Unterschiede zu beobachten. Je nach Kanton gibt es unterschiedliche Begleitungs- und Beratungsmöglichkeiten, darunter fallen u.a. Familienplanungsstellen, Geburtsvorbereitungskurse, Wochenbettbegleitung, Mütter- und Väterberatung oder auch Informations- und Aufklärungsworkshops. Die Angebote werden von unterschiedlichen Akteur_innen zur Verfügung gestellt, manchmal handelt es sich dabei um staatliche Angebote, teilweise werden die Angebote

¹⁸⁵ Es besteht ein Widerspruch zwischen der Anzahl Kantone, die generell Dolmetschdienste zur Verfügung stellen (5) und der Anzahl Kantone, welche zusätzlich spezifisch weibliche Dolmetschende zur Verfügung stellen (6). Die Angaben wurden hier unverändert von den Angaben der Kantone übernommen, die Quelle des Widerspruchs bleibt unklar. Zudem lassen die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung darauf schliessen, dass auch bei diesen Kantonen Probleme bestehen hinsichtlich der Gewährleistung von Dolmetschdiensten bei gynäkologischen Untersuchungen sowie bei Fachstellen im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit.

durch (oftmals staatlich oder kirchlich unterstützte) NGOs getragen. Der Zugang zu externen (spezialisierten) Angeboten wird jedoch oftmals durch verschiedene Hürden erschwert. Am Beispiel gynäkologischer Untersuchungen zeigt sich zudem, dass sogar der Zugang zur medizinischen Erstversorgung nicht hürdenfrei gewährleistet ist. So müssen Frauen ihre intimen Anliegen teilweise zuerst Angestellten von Kollektivunterkünften oder dem Migrationsamt schildern, um die Einwilligung zu einem Termin zu erhalten. Sowohl bei dieser Triage wie auch bei der gynäkologischen Untersuchung selbst fehlen – abgesehen von einem Kanton – überall adäquate und systematische Dolmetschdienste (Zugangshürden, s. Kap. 7.3.2.3. sowie 7.3.3.3.).

Im Folgenden werden die bestehenden Angebote, Angebotslücken sowie Schwierigkeiten und Hürden beim Zugang dargestellt. Die Ausführungen sind in zwei thematische Unterkapitel gegliedert: sexuelle und reproduktive Gesundheit im Allgemeinen sowie den Schwerpunkt perinatale Versorgung.

7.3.2. Sexuelle und reproduktive Gesundheit: Sexuelle Rechte, Sexualität und Verhütung

7.3.2.1. Angebote

Angebote im Bereich Sexualität und Reproduktion bestehen meist aus Fachstellen zu sexueller Gesundheit und Familienplanungsstellen. Weiter gibt es Angebote zu Schwangerschaftsberatung, Geburtsvorbereitung, aufsuchende Familienarbeit etc., diese werden jedoch im nachfolgenden Kapitel zur perinatalen Versorgung dargestellt. Die untersuchten Angebote decken jeweils eine breite Palette an Themen ab. Das Aufgabenfeld von Familienplanungsstellen geht beispielsweise von Beratungen zu Sexualität, Verhütung und Geschlechtskrankheiten über Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatung, Fragen zu pränataler Diagnostik sowie psychosozialer und rechtlicher Beratung und Betreuung bis hin zu Themen rund um sexuelle Gewalt gegen Frauen. Zudem übernehmen Gynäkolog_innen eine wichtige Stellung, da Frauen aus dem Asylbereich in gewissen Kantonen bei Fragen rund um Sexualität und sexuelle Gesundheit oftmals direkt an Gynäkolog_innen verwiesen werden.

Grundsätzlich ist festzustellen, dass in den meisten untersuchten Kantonen **spezifische Bedürfnisse asylsuchender Frauen (z.B. Dolmetschen¹⁸⁶, transkulturelle Anamnesen) nicht ausreichend durch spezialisierte Stellen¹⁸⁷ gedeckt werden können**. Eine Ausnahme bildet der Kanton GE, wo entsprechende spezialisierte Angebote gut ausgebaut sind. In den anderen Kantonen sind die Angebote oftmals nicht systematisch ausgebaut oder stark ausgelastet, und vielfach werden Triagen zwischen den Kollektivunterkünften und spezialisierten Stellen durch hohe Zugangshürden erschwert (s. Kap. 7.3.2.3. sowie 7.3.3.3.).

7.3.2.2. Angebotslücken

Die Angebote von (spezialisierten) Fachstellen unterscheiden sich je nach Kanton stark voneinander. Gerade in kleineren Kantonen stellt sich oft die Herausforderung, dass entsprechende Angebote erst in angrenzenden grösseren Kantonen bestehen und Triagen dorthin oftmals nicht oder kaum vorgenommen werden. Doch nicht nur die Abwesenheit spezialisierter Angebote

¹⁸⁶ Zu transkulturellen Dolmetschdiensten s. Kapitel 7.3.2.3. sowie 7.3.3.3.

¹⁸⁷ Fachpersonen/Fachstellen/Angebote werden im Rahmen dieser Studie dann als «spezialisiert» bezeichnet, wenn sie *sowohl* über spezialisiertes Wissen und Erfahrung im Asylbereich *als auch* über spezialisiertes Wissen und Erfahrung über frauen-/geschlechtsspezifische Themen und Problematiken verfügen (s. Begriffsdefinitionen, Kap. 2.2.). Mit dem Begriff «spezialisierte Angebote» ist deshalb vorsichtig umzugehen, da bestehende Angebote und zuständige Stellen oftmals entweder auf den Asylbereich oder auf frauen-/geschlechtsspezifische Themen spezialisiert sind, nicht jedoch über die notwendige Expertise zu beiden Themenbereichen und zu den spezifischen Herausforderungen an der Schnittstelle dieser Themenkomplexe verfügen. So sind beispielsweise Gynäkolog_innen oder Hebammen zwar spezialisiert im Hinblick auf frauenspezifische Gesundheitsfragen, in vielen Fällen fehlt ihnen jedoch die notwendige Sensibilisierung im Hinblick auf spezifische Herausforderungen hinsichtlich des Asylbereichs (z.B. Umgang mit FGM, Herausforderungen hinsichtlich Wochenbett und Säuglingspflege in Kollektivunterkünften etc.).

zeugt von Angebotslücken. Am Beispiel BE lässt sich aufzeigen, weshalb das Bestehen spezialisierter Angebote noch nicht darauf schliessen lässt, dass entsprechende Bedürfnisse von asylsuchenden Frauen dadurch auch tatsächlich gedeckt werden. So gibt es beispielsweise das *Zentrum für sexuelle Gesundheit (ZSG)* im Inselspital, ein Geburtsvorbereitungsprogramm für schwangere Frauen mit Migrationserfahrung (*Mamamundo*) sowie die *Aids Hilfe Bern*, die auch für Frauen im Asylbereich Weiterbildungen anbietet. Gleichzeitig sind aber diese Angebote stark ausgelastet und können längst nicht alle Personen mit entsprechenden Bedürfnissen behandeln, begleiten und beraten. In anderen Kantonen zeichnet sich ein ähnliches Bild. Viele dieser Stellen verzichten aufgrund fehlender Kapazitäten zurzeit darauf, aktiv auf ihr Angebot aufmerksam zu machen. Gleichzeitig sind es oftmals ebendiese Stellen, welche im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit eine wichtige Begleitungs- und Unterstützungsfunktion für Frauen aus dem Asylbereich übernehmen, die teilweise weit über die eigentlichen Angebotsziele hinausgehen. Damit decken solche spezialisierten Angebote oftmals mit eigenen personellen sowie finanziellen Ressourcen bestehende Angebotslücken im Bereich der Betreuung und Behandlung von Frauen aus dem Asylbereich. Auch NGOs springen teilweise – z.B. über Spenden- oder Stiftungsgelder – bei finanziellen Lücken im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit ein. In gewissen Fällen finanzieren zudem die Kantone über Umwege gewisse Angebote, beispielsweise via Leistungsaufträge von Spitälern. In diesen Fällen werden Leistungen teilweise ungeachtet des Aufenthaltsstatus erbracht.

Letzteres scheint insofern sinnvoll, als dass sich eine Versorgung durch bestehende spezialisierte (Regel-)Angebote als zielführend erweist. Auch der Bund empfiehlt im Rahmen der Integrationspolitik, von Sonderstrukturen abzusehen und Migrant_innen wo immer möglich den Zugang zu Regelangeboten zu ermöglichen. Dabei sind spezifische Unterstützungsleistungen etwa im Rahmen von Informationsvermittlung, Übernahme von Transportkosten oder Bereitstellung von Dolmetschdiensten zusätzlich vorzusehen. Solche Überbrückungshilfen sind prinzipiell auch in kleineren Kantonen denkbar, wo allenfalls die Zusammenarbeit mit medizinischen Privatpraxen zu suchen ist. Dabei sollte jedoch darauf geachtet werden, dass das Personal solcher Stellen auf geschlechtsspezifische wie auch asylspezifische Herausforderungen geschult wird.

7.3.2.3. Zugangshürden

Bei den bestehenden Angeboten zeigt sich zudem deutlich die Problematik hoher Zugangshürden. **Die meisten befragten Fachpersonen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit weisen darauf hin, dass ihre Fachstellen Frauen aus dem Asylbereich nicht systematisch, selten oder teilweise gar nicht erreichen.** Die Zugangshürden reichen von mangelnder Sensibilisierung des Unterkunfts- und medizinischen Personals über Probleme bei der Triage bis hin zu fehlenden transkulturellen Dolmetschdiensten. Weitere Zugangshürden können rechtlicher Art (statusbedingt) sein. Obwohl dies im Gesundheitswesen grundsätzlich seltener der Fall sein sollte, da alle Personen in den Strukturen des Asylbereichs (auch abgewiesene Asylsuchende) prinzipiell krankenversichert sind, weist der Zugang zur medizinischen Grundversorgung (insb. Hausärzt_innen, Gynäkolog_innen, Psychiater_innen, Hebammen) gerade bei Personen im laufenden Asylverfahren und bei abgewiesenen Asylsuchenden faktisch oftmals Lücken auf. So bestehen teilweise administrative (zu hoher administrativer Aufwand) und oftmals finanzielle Hürden (z.B. Transportkosten, Selbstbehalte etc.).

Der erschwerte Zugang trifft vielfach auch auf Angebote zu, welche die Zugänglichkeit möglichst niederschwellig zu gestalten versuchen. Am Beispiel des *Zentrums für sexuelle Gesundheit (ZSG)* in Bern zeigt sich, dass die Reduktion einer einzigen Zugangshürde nicht ausreicht: so ist das Angebot des Zentrums kostenlos für alle Frauen, unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus. Dennoch erreicht das Angebot nach eigenen Angaben zu wenige Frauen aus dem Asylbereich. Dazu beitragen kann unter anderem die Tatsache, dass Frauen aus den Kollektivunterkünften die Angebote des ZSG zu wenig kennen und selten zum Zentrum triagierte werden, da dessen Ange-

bote dem Personal in den Kollektivunterkünften sowie den medizinischen Grundversorger_innen nicht ausreichend bekannt sind. So werden Frauen aus dem Asylbereich zwar oft zu Verhütungs- und Schwangerschaftskonfliktberatungen geschickt, jedoch selten für andere Themen, obwohl die Angebotspalette des ZSG deutlich vielfältiger ist. Ausserdem bedeutet die Anreise zum Inselspital jeweils Fahrkosten, die nicht notwendigerweise durch die Unterkunft gedeckt werden können. Zudem ist das ZSG selbst stark ausgelastet und hat nicht die Kapazität, um beispielsweise in Kollektivunterkünften aktiv auf das Angebot aufmerksam zu machen.

Im Folgenden werden diejenigen Zugangshürden genauer beleuchtet, die sich bei den meisten Angeboten als besondere Herausforderungen herausstellten. Dabei gilt es zu beachten, dass dieselben Schwierigkeiten auch im Bereich der perinatalen Versorgung bestehen. Entsprechende Eigenheiten diesbezüglich werden im nachfolgenden Kapitel zur perinatalen Versorgung dargestellt (s. Kap. 7.3.3.3.).

Information und Sensibilisierung von Frauen aus dem Asylbereich

Wie bereits im Kapitel 6.3.2. ausgeführt, haben Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich oft eine andere **Wahrnehmung von Geschlechterverhältnissen und sexuellen Rechten** als die diesbezüglichen im Schweizer Recht verankerten Konzepte. Daraus wurde ein Informationsbedarf abgeleitet, damit geflüchtete Frauen und Mädchen ihre in der Schweiz geltenden Rechte kennen, sich auf sie beziehen und danach handeln können.

In Bezug auf Themen rund um sexuelle und reproduktive Gesundheit sind Frauen aus dem Asylbereich sehr unterschiedlich vorinformiert. Zudem sind starke Varianzen zwischen den Kantonen sowie den zentrumsbetreibenden Institutionen festzustellen, ob und wie die Bewohner_innen der Kollektivunterkünfte zu diesen Themen informiert werden. Spezialisierte Fachpersonen weisen jedoch darauf hin, dass Frauen aus dem Asylbereich schweizweit **nicht systematisch über Themen rund um sexuelle Gewalt und Ausbeutung und ihre sexuellen Rechte sensibilisiert und informiert** werden. Grundsätzlich betonen die befragten spezialisierten Fachpersonen deshalb einstimmig den **grossen Sensibilisierungs- und Informationsbedarf** von asylsuchenden Frauen im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte.

Gleichzeitig stellen Fachpersonen – wie bereits in Kapitel 6.3.3. ausgeführt – auch im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit und perinatale Versorgung ein **Informationsparadox** fest: einerseits beobachten sie grossen Informations- und Sensibilisierungsbedarf bei asylsuchenden Frauen, und vielfach sind diese gleich bei der Ankunft auf gewisse Angebote angewiesen (z.B. Verhütungsmittel, Schwangerschaftsuntersuchungen etc.). Andererseits werden asylsuchende Frauen nach Ankunft mit einer solchen Informationsflut (Organisatorisches, Asylfragen etc.) konfrontiert, dass eine vertiefte Auseinandersetzung mit bedarfsbezogenen Themen stark erschwert wird. Deshalb verweisen spezialisierte Fachpersonen darauf, dass Informationen zu Themen und Angeboten rund um sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte über längere Zeit und über verschiedene Kanäle vermittelt werden müssen, um wirksam zu werden. Dabei sollten die Informationen wiederholt in verschiedenen Phasen im Asyl- und Integrationsprozess sowie an verschiedenen Orten/durch verschiedene Stellen und mittels verschiedener Methoden (Workshops, Flyer etc.) vermittelt werden.

Aufgeklärte Einwilligung (informed consent)

In Bezug auf medizinische Behandlungen weisen Fachpersonen darauf hin, dass Gesundheitsverantwortliche und Ärzt_innen Frauen aus dem Asylbereich oftmals zu wenig informieren oder teilweise gar bevormunden, wenn diese die Vorgänge sprachlich nicht nachvollziehen können. Eine medizinische Behandlung setzt dabei die aufgeklärte Einwilligung (*informed consent*) der zu behandelnden Person voraus (s. Recher 2017, S. 96). Medizinisches Personal ist verpflichtet, im Rahmen eines Aufklärungsgesprächs die Patient_innen über die geplante Behandlung zu informieren. «Ziel der Aufklärung ist die Befähigung der Person, basierend auf der eigenen Werthal-

tung und selbstbestimmt zu entscheiden, ob und welche Behandlung durchgeführt werden soll. Entsprechend ist so aufzuklären, dass die Person die Informationen tatsächlich verstehen kann. Ist die aufzuklärende Person der lokalen Sprache nicht oder ungenügend mächtig, um die Aufklärung verstehen zu können, so ist eine Übersetzung sicherzustellen.» (Recher 2017, S. 96) Wie sich im Rahmen dieser Studie gezeigt hat, ist jedoch bei der medizinischen Versorgung von Frauen im Asylbereich ein systematischer Zugang zu Dolmetschdiensten nicht gewährleistet.¹⁸⁸ Dies führt immer wieder zu **Behandlungssituationen, in denen die aufgeklärte Einwilligung von Frauen aus dem Asylbereich nicht gewährleistet wird**. Besonders heikel sind dabei Notfallsituationen (wie z.B. Notfallkaiserschnitte, Verlegung des Säuglings auf die Neonatologie etc.), in denen Frauen oftmals während und teilweise auch nach dem Eingriff keine Erklärung für einschneidende Massnahmen erhalten.¹⁸⁹ Eine extreme Manifestation mangelnder Kommunikation und Information sind **Fälle von Zwangssterilisation und -abtreibung**, von denen eine hier befragte auf transkulturelle Psychotherapie spezialisierte Fachperson berichtet. In mehreren ihr bekannten Fällen wurde Frauen die Unterschrift zur Legitimation des Schwangerschaftsabbruchs oder auch der Sterilisation abgerungen, ohne dass der jeweilig betroffenen Patientin die Vorgänge im Vorfeld adäquat übersetzt und inhaltlich zugänglich gemacht wurden. Dies mit dem Resultat, dass Schwangerschaftsabbrüche/Sterilisationen bei Frauen vorgenommen wurden, die ihre Kinder bekommen wollten oder weiterhin einen Kinderwunsch hegten.

Fallbeispiele zu Informationsangeboten:

Eine Familienplanungsstelle in NE bietet regelmässig Austauschtage in Kollektivunterkünften an, bei denen sich interessierte Frauen mit Fachpersonen über Themen wie sexuelle Gesundheit, Gleichstellungsfragen, Verhütung etc. unterhalten können.

In GE wiederum ist der Zugang zu Informationen rund um Sexualität und sexuell übertragbare Krankheiten in das medizinische Eintrittsgespräch eingebunden, welches gleich nach Ankunft im Kanton durch das *Programme Santé Migrants (PSM)* durchgeführt wird.

Information und Sensibilisierung des Personals

In vielen Fällen erschwert die **mangelnde Sensibilisierung des Personals (Kollektivunterkünfte und medizinisches Grundversorgungspersonal)** den Umgang mit den vielfältigen Herausforderungen in Bezug auf sexuelle und reproduktive Gesundheit. Angestellte der Kollektivunterkünfte sind meist erste Ansprechpersonen bei Gesundheitsproblemen, obwohl sie nur in seltenen Fällen medizinisch ausgebildet sind. Die erhobenen Daten bestätigen somit die Erkenntnis der REFUGEE-Studie, wonach das Wissen von Betreuungspersonen in den Kollektivunterkünften in Bezug auf besondere Bedürfnisse hinsichtlich sexueller und reproduktiver Gesundheit teilweise marginal ist. Zudem sind die Perspektiven vieler Zentrumsangestellter wie auch des medizinischen Personals auf Sexualität und Reproduktion eurozentrisch geprägt. **Fehlende transkulturelle Expertise** und fehlende Sensibilisierung auf unterschiedliche Erfahrungswelten von Frauen aus dem Asylbereich werden durch das Fehlen von (transkulturellen) Dolmetschdiensten (siehe dazu nächsten Abschnitt) weiter verstärkt. Aufgrund mangelnder Sensibilisierung werden frauenspezifische gesundheitliche Anliegen von Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich oftmals ungenügend beachtet und als Folge davon auch nicht oder mangelhaft triagiert. So fühlen sich Angestellte in den Kollektivunterkünften teilweise nicht zuständig, oder die Thematik kann aufgrund fehlender Expertise und/oder der hohen Arbeitsbelastung nicht adäquat vermittelt werden. Hier weisen Fachpersonen auf die Bedeutung von Schulungen und Weiterbildungen der

¹⁸⁸ Zu sexueller/reproduktiver Gesundheit im Allgemeinen s. dieses Kapitel unter «transkulturelle Dolmetschdienste», zum Schwerpunkt perinatale Versorgung s. Kapitel 7.3.3.3.

¹⁸⁹ Siehe dazu u.a. BRIDGE 2017, S. 11 oder Goguikian 2014, S. 31.

Zentrumsleitung/Zentrumsangestellten wie auch des medizinischen Grundversorgungspersonals (z.B. Gynäkolog_innen und Hebammen) hin.

Teilweise geben spezialisierte Fachstellen Workshops zu solchen Themen; hier ist jedoch die teilweise fehlende Kooperationsbereitschaft durch die Kollektivunterkünfte eine Hürde. Positiv werten Fachpersonen aufsuchende Angebote, bei denen spezialisierte Stellen ihre Arbeit zum Beispiel in die Kollektivunterkünfte verlagern.

Transkulturelle Dolmetschdienste

Eine bedeutende Schwierigkeit stellen die vielerorts **mangelnden transkulturellen Dolmetschdienste in den Kollektivunterkünften und in der medizinischen Versorgung** dar. Mangelnder Zugang zu Dolmetschangeboten erschwert den hürdenfreien Zugang zu Angeboten sowie den Umgang zwischen Personal und Frauen aus dem Asylbereich erheblich. In keiner der untersuchten Kollektivunterkünfte gibt es systematische transkulturelle Dolmetschdienste, und mit Ausnahme von einem Kanton fehlt der Zugang zu systematischen Dolmetschdiensten auch im Bereich der medizinischen Erstversorgung gänzlich. So fehlt unter anderem bei den Abklärungen durch Gesundheitsverantwortliche in den kantonalen Unterkünften sowie bei der Triage von den Unterkünften zu erstversorgenden Hausärzt_innen oder Gynäkolog_innen ein systematisiertes Dolmetschangebot. Es bestätigt sich dabei das Ergebnis der REFUGEE-Studie, wonach fehlende Finanzierung von Dolmetschdiensten in der Regelversorgung Versorgungslücken und -brüche begünstigt. Auch bei vielen spezialisierten Angeboten sind Dolmetschdienste oftmals nicht automatisch gewährleistet. Dies steht im Gegensatz zur Beobachtung von Fachpersonen, dass systematische transkulturelle Dolmetschdienste – mit bewusstem Einsatz von weiblicher Dolmetscherinnen – eine zentrale Voraussetzung für den Zugang zu bestehenden Angeboten sind.

Fallbeispiel zum Thema Sanktion von Dolmetschdiensten:

In einem untersuchten Kanton wurden Fälle bekannt, in denen Personen im laufenden Asylverfahren als Sanktion Dolmetschdienste für den Austausch mit einer spezialisierten Fachstelle gestrichen worden sind. Im entsprechenden Fall entschied sich die Fachstelle die Dolmetschdienste selbst zu finanzieren, weil eine Weiterführung der Betreuung sonst nicht möglich gewesen wäre.

Brüche bei Triagen und Übergängen

Da sich die meisten Angebote im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit ausserhalb der Kollektivunterkünfte befinden, sind Triagen von den Kollektivunterkünften zu externen Angeboten (z.B. medizinische Erstversorgung, spezialisierte Stellen etc.) regelmässig notwendig. Solche Triagen stellen oftmals Hürden im Zugang zu den Angeboten dar. Eine Schwierigkeit sind dabei beispielsweise fehlende oder mangelhafte Triagen aufgrund mangelnder Sensibilisierung oder Ausbildung des Personals. Aus den Ergebnissen des *Interface*-Berichts zur Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden geht hervor, dass in Fragen rund um gesundheitliche Belange medizinische Fachpersonen «für eine pragmatische und gleichzeitig korrekte Triage unabdingbar» seien (Müller et al. 2017, S. 34). Dies steht gerade bei Kollektivunterkünften in einem Widerspruch zur Tatsache, dass oftmals kein medizinisch ausgebildetes Personal in den Unterkünften arbeitet. Bei **Übergängen zwischen verschiedenen Stellen** besteht ausserdem die Schwierigkeit, dass Frauen das Angebot schliesslich nicht wahrnehmen. Werden Frauen aus dem Asylbereich zu einer Fachstelle triagierte, geschieht dies oftmals lediglich durch den Hinweis auf die Stelle, zum Beispiel in Form eines Flyers. Fachpersonen betonen jedoch, dass gerade bei intimen und ggf. schambehafteten Themen ein Dolmetschdienst und allfällige Begleitung die Zugangshürden deutlich verringern könnte. Ebenfalls von Bedeutung ist die **Vernetzung von Ak-**

teur_innen, die innerhalb des gleichen Bereichs tätig sind. Dadurch können beispielsweise Informationen um die jeweiligen Angebote verbreitet sowie gemeinsame Strategien im Umgang mit Triagen erarbeitet werden.

Fallbeispiel zum Thema fehlende Vernetzung:

In einem der untersuchten Kantone gibt es zwar sowohl eine Fachstelle im Bereich sexuelle Gesundheit wie auch eine im Bereich der perinatalen Versorgung. Dennoch organisiert die Zentrumsleitung interne Weiterbildungen zum Thema Sexualität und Verhütung, die durch Zentrumsangestellte ohne spezifische Zusatzausbildung durchgeführt werden. Ausserdem werden in diesem Kanton Frauen aus dem Asylbereich kaum zu den entsprechenden Stellen triagiert.

Heikle Übergänge sind gerade in der Gesundheitsversorgung unter anderem erkennbar beim Transfer von Erstaufnahmezentren des Bundes zu kantonalen Unterkünften sowie in eine eigene Wohnung in den Gemeinden. So ist die Informationsübergabe bei **Übergängen von Erstaufnahmezentren zu kantonalen Unterkünften** zwar standardisiert, aber dennoch lückenhaft (siehe dazu auch: Cignacco et al. 2017, S. 70 ff. sowie Müller et al. 2017). Eine kantonal angestellte Person weist im Interview darauf hin, dass die Informationen aus den Erstaufnahmezentren oftmals spärlich seien und es unter anderem an Hinweisen in Bezug auf psychologische/psychiatrische und frauenspezifische Gesundheitsaspekte mangle (siehe dazu auch Müller et al. 2017, S. 12 f. / S. 24 f.). Nach dem Transfer in die kantonalen Unterkünfte kann es je nach Kanton erneut einige Wochen oder sogar Monate dauern, bis diesbezüglich Abklärungen durchgeführt werden. Dies führt teilweise zu sehr langen Zeitspannen zwischen der Ankunft in der Schweiz bis zum Beginn einer Behandlung. Ein zusätzliches Problem sind Behandlungsunterbrüche durch den Transfer in eine kantonale Unterkunft, wodurch die Betreuungskontinuität nicht gewährleistet wird.

Ein weiterer Übergang, auf den besonderes Augenmerk gelegt werden muss, ist der **Transfer von kantonalen Unterkünften in die Gemeinden**. So fallen bei einem entsprechenden Wechsel die formellen und informellen Netzwerke von Asylsuchenden weg. Laut Ergebnissen der REFUGEE-Studie ist davon auszugehen, dass kantonale Unterkünfte eher selten die Kapazität haben, um in solchen Fällen Betreuungskontinuität zu gewährleisten. Dies kann aufwändige Folgen haben: «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 selber aufsuchen und mit dem Informationsgewinn wieder von vorne beginnen» (Cignacco et al. 2017, S. 75).

Zeitliche und materielle Ressourcen

Dem Personal der Kollektivunterkünfte als auch der medizinischen Erstversorgung fehlen oftmals die **zeitlichen Ressourcen**, um auf individuelle Bedürfnisse eingehen zu können. Weiter fehlt in vielen Zentren die Möglichkeit, ein Anliegen bei Bedarf direkt mit einer weiblichen persönlichen Ansprechperson zu besprechen. Auch bei sensibilisiertem Personal stellt sich zudem die Herausforderung der unterschiedlichen Aufgaben der Zentrumsangestellten. Das Personal ist für die Organisation des Alltags zuständig und dabei unter anderem für die Durchsetzung von Sanktionen. Gleichzeitig sind die Angestellten Ansprechpersonen für alle möglichen Fragen, auch intimer Art. Diese Doppelfunktion der Zentrumsangestellten kann, wie bereits in Kapitel 5.3.4.3. dargelegt, den **Aufbau von Vertrauensverhältnissen** erschweren. Deshalb betonen Fachpersonen die Bedeutung von spezialisierten Stellen, bei denen sich Frauen aus dem Asylbereich von externen, unabhängigen Personen beraten und betreuen lassen können. Für die Frauen besteht jedoch in

einem Grossteil der untersuchten Kantone kein systematischer hürdenfreier Zugang zu solchen Fachstellen, wie z.B. Familienplanungsstellen.

Eine weitere Herausforderung sind zudem knappe **finanzielle Ressourcen** innerhalb der Kollektivunterkünfte mit der Folge, dass beispielsweise die Fahrkosten zu spezialisierten Angeboten nicht immer gedeckt werden können. Insbesondere bei geographisch abgelegenen Zentren können nicht finanzierte Transportkosten eine kaum überwindbare Hürde werden. So ist gerade bei externen Angeboten die Abdeckung der Kosten ein wichtiger Faktor dafür, ob Personen im Asylbereich erreicht werden können. In BE bietet z.B. die *Aids Hilfe Bern* für alle Personen im Asylbereich regelmässig Workshops zum Thema Sexualität an. Die Inhalte orientieren sich dabei grösstenteils an den Interessen der Teilnehmer_innen. Wiederkehrende Themen sind unter anderem sexuelle Rechte und Pflichten, Verhütung und Verhütungsmythen, Familienplanung und Körperwissen. Für die Teilnahme an einem solchen Workshop bezahlt die *Aids Hilfe Bern* den Teilnehmer_innen die Reisekosten. Die untersuchten Unterkünfte in BE bemühen sich, alle Zentrumsbewohner_innen in diese Kurse zu schicken, was teilweise jedoch aus Mangel an Zeitressourcen nicht vollständig umgesetzt werden kann.

7.3.2.4. Exkurs zu Verhütung

Spezialisierte Fachpersonen halten übereinstimmend fest, dass Frauen aus dem Asylbereich **keinen vollwertigen Zugang zu Verhütungsmitteln** haben. Damit bestätigt sich die Erkenntnis der REFUGEE-Studie, wonach der Zugang zu sicheren Verhütungsmitteln für Frauen aus dem Asylbereich oft durch hohe Zugangshürden erschwert wird, auch für die zusätzlich untersuchten Kantone. Verhütungsmittel werden in der Schweiz grundsätzlich nicht staatlich finanziert, was sich im Asylbereich aufgrund der knappen finanziellen Ressourcen der Frauen besonders gravierend auswirkt. In den meisten Kollektivunterkünften werden zwar gratis Kondome abgegeben, davon wird jedoch oftmals kein Gebrauch gemacht. Der Zugang zu gewissen, insbesondere längerfristigen, Verhütungsmitteln ist hingegen stark eingeschränkt. So bezahlen gewisse Kantone keine oder kaum längerfristige Verhütungsmittel, wie z.B. Spiralen. Andere Kantone übernehmen lediglich einen Teilbetrag der Verhütungskosten, oder spezialisierte Fachstellen müssen einen Zusatzaufwand betreiben, um den Kanton jeweils von einer Finanzierung zu überzeugen. Familienplanungsstellen und Kollektivunterkünfte betreiben teilweise einen sehr hohen bürokratischen Aufwand, um über z.B. über private Fonds die gewünschte und gesundheitlich verträgliche Verhütungsmethode finanzieren zu können. In einem der untersuchten Kantone finanziert sogar eine Fachstelle für sexuelle Gesundheit längerfristige Verhütungsmittel für Frauen aus dem Asylbereich, da die Frauen ansonsten keinen Zugang zu diesen Verhütungsmethoden hätten.

Diese Ergebnisse decken sich mit der Erkenntnis einer Umfrage der Stiftung *Sexuelle Gesundheit Schweiz*, die gezeigt hat, dass die Finanzierung der Verhütung bei Frauen aus dem Asylbereich kantonale äusserst unterschiedlich ausgestaltet ist und eine unbefriedigende Situation darstellt.¹⁹⁰ Da die Kosten von Abtreibungen im Gegensatz zur Verhütung von der Krankenkasse gedeckt werden, stellt eine befragte Fachperson dezidiert fest: «Das aktuelle Finanzierungssystem fördert Abtreibungen statt Verhütung». Spezialisierte Stellen beobachten immer wieder Fälle, in denen Abtreibungen aufgrund fehlender Verhütung notwendig werden. Wie bereits in der REFUGEE-Studie erwähnt, steht die verbreitete Anwendung der Pille danach sowie Schwangerschaftsabbrüche als Methode der Notfallverhütung im Asylbereich «primär für einen ungenügenden Zugang zu familienplanerischen Massnahmen» (Cignacco et al. 2017, S. 56).

Neben lückenhafter Finanzierung von Verhütungsmitteln ist die **umfassende Information über unterschiedliche Verhütungsmethoden nicht systematisch gewährleistet**. So wurden Fälle bekannt, in denen junge Frauen bestimmte Verhütungsmittel verordnet bekommen haben, ohne

¹⁹⁰ Schwangerschaftsverhütung: Welchen Zugang haben Asylsuchende? Bericht zur Umfrage im September 2016 bei den Kantonen und beim Staatssekretariat für Migration SEM (2017): https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2017/05/2017_Bericht_Asylsuchende_Zugang_Verhuetung.pdf

dass ihnen deren Nutzen und Risiken ausreichend verständlich gemacht worden sind. Spezialisierte Fachpersonen warnen zudem in diesem Zusammenhang, dass Beratung zu Schwangerschaftsverhütung nicht als Kontrollinstrument verwendet werden darf, um die Geburtenrate von Frauen aus dem Asylbereich zu beeinflussen. Wie bereits im Kapitel zu *informed consent* (s. Kap. 7.3.2.3.) ausgeführt, haben Frauen aus dem Asylbereich ein Recht auf Information, welches ihnen selbstbestimmte Entscheidungen ermöglichen soll (z.B. ob und welche Verhütung sie wählen möchten, welche Unterstützungsangebote zur Verfügung stehen und ob sie diese in Anspruch nehmen möchten etc.).

7.3.3. Schwerpunkt perinatale Versorgung: Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

7.3.3.1. Angebote

Bei der perinatalen Versorgung¹⁹¹ unterscheiden sich die bestehenden Angebote je nach Kanton stark voneinander. Grundsätzlich kommt Gynäkolog_innen auch in diesem Bereich eine wichtige Stellung zu, da schwangere Frauen für die Schwangerschaftsvorsorge in der Regel von der kantonalen Unterkunft direkt an Gynäkolog_innen triagiert werden und diese einen Grossteil der Schwangerschaftsvorsorge übernehmen. In den untersuchten Deutschschweizer Kantonen erfolgt diese Triage durch Angestellte der Kollektivunterkünfte (Gesundheitsverantwortliche oder Betreuungspersonal) oder Angestellte des kantonalen Migrationsamts.¹⁹² In den untersuchten französischsprachigen Kantonen ist das gynäkologische Angebot über die zentralisierten, auf den Asylbereich spezialisierten, Gesundheitszentren erreichbar. In gewissen Kantonen gibt es regelmässige Zusammenarbeit zwischen den kantonalen Unterkünften und Gynäkolog_innen (niedergelassen oder Spital).

Weitere Angebote im Bereich der perinatalen Versorgung reichen von Schwangerschaftsberatungsstellen, gedolmetschten Geburtsvorbereitungskursen und Betreuung nach der Geburt bis zu Mütter-/Väterberatung und aufsuchender Familienarbeit. Triagen zu Schwangerschaftsberatungsstellen und – falls vorhanden – gedolmetschten Geburtsvorbereitungskursen erfolgen in der Regel durch das Zentrumspersonal in den kantonalen Unterkünften. Die Betreuungsmöglichkeiten durch Hebammen unterscheidet sich je nach Kanton stark. In gewissen Kantonen ist eine solche Betreuung standardisiert aufgegleist, in anderen Kantonen steht Frauen im Wochenbett keine standardisierte Betreuung durch Hebammen zur Verfügung. Triagen zu Angeboten nach dem Wochenbett wie z.B. Mütter-/Väterberatung, aufsuchende Familienarbeit oder Rückbildungsangebote sind ebenfalls je nach Kanton unterschiedlich geregelt. In gewissen Kantonen wird die Triage von den betreuenden Hebammen übernommen und es besteht eine enge Zusammenarbeit zwischen den Hebammen sowie den Sozialarbeiter_innen der Mütter-/Väterberatung und der aufsuchenden Familienarbeit. Ob überhaupt eine solche Triage vorgenommen wird, hängt hingegen wiederum stark davon ab, inwiefern die entsprechenden Angebote im jeweiligen Kanton überhaupt ausgestaltet und für Frauen aus dem Asylbereich zugänglich sind (Angebotslücken s. Kap. 7.3.3.2.; Zugangshürden s. Kap. 7.3.3.3.).

Von Fachpersonen sehr positiv gewertete Angebote sind bestehende Formate, die einen niederschweligen Zugang in Bezug auf Information und Begleitung während der Schwangerschaft und/oder nach der Geburt zum Ziel haben (wie z.B. die aufsuchende Familienarbeit). Solche Angebote orientieren sich an den Bedürfnissen der Familien und ermöglichen je nach Bedarf eine individuell zugeschnittene, engere und längerfristige Betreuung. Fachpersonen betonen einstimmig, dass es für Frauen aus dem Asylbereich vermehrt solche Angebote braucht, die individuell auf die jeweiligen Bedürfnisse eingehen und zugeschnitten werden können.

¹⁹¹ Bei der perinatalen Versorgung handelt es sich um einen Schwerpunkt innerhalb des Themenkomplexes der sexuellen und reproduktiven Gesundheit.

¹⁹² Zu einer Übersicht bzgl. Zugang zur Gesundheitsversorgung siehe auch Kapitel 5.3.9..

Zwei Beispiele spezialisierter Angebote

In BE gibt es das Angebot *Mamamundo*, das Geburtsvorbereitungskurse für Frauen mit Migrationshintergrund anbietet. Diese Kurse stehen auch für Frauen aus dem Asylbereich offen und wurden von verschiedenen Interviewpartner_innen als *Good Practice* bezeichnet. Dieses Angebot wird in den untersuchten Zentren in BE standardmässig vermittelt, und die befragten Zentrumsleitungen erhalten jeweils sehr gute Rückmeldungen von den Frauen. Wenn Frauen erst im späten Stadium der Schwangerschaft in ein Zentrum kommen, werden sie in ihrer Sprache von einer Mitarbeiterin von *Mamamundo* telefonisch kontaktiert, zu einem geburtsvorbereitenden Gespräch eingeladen und auf Wunsch durchs Spital geführt. Die Kurse von *Mamamundo* sind grundsätzlich sehr stark frequentiert, die Nachfrage übertrifft das Angebot deutlich. Obwohl *Mamamundo* derzeit lediglich Geburtsvorbereitungskurse anbietet, weist die Leitung darauf hin, dass sie immer wieder Anfragen bezüglich weiterführender gynäkologischer Angebote, Schwangerschaftsbegleitung etc. erhalten. Das Angebot von *Mamamundo* schafft einen Vertrauensraum für schwangere Frauen aus dem Asylbereich, in welchem sie Fragen stellen können. Oftmals übernehmen die Mitarbeiterinnen dadurch Aufgaben, die über die Geburtsvorbereitung hinausgehen und vielmehr einer psychosozialen Betreuung entsprechen, welche anderweitig im Asylbereich zu kurz kommt.

Auch in GE zeigt sich die Bedeutung von engagiertem Pflegepersonal im Bereich der perinatalen Versorgung. Die Hebammen des Hebammenverbands *Arcades* in GE bieten unter anderem Geburtsvorbereitungskurse inkl. Dolmetschdienste für Frauen aus dem Asylbereich an, in Zusammenarbeit mit Fachpersonen für psychologische und psychiatrische Fragen der Organisation *Appartenances*. Auch nach der Geburt übernehmen die Hebammen die Wochenbettbetreuung in den Asylunterkünften des Kantons, wobei diese Betreuung oftmals weitergehende psychosoziale Begleitung beinhaltet. So organisieren die zuständigen Hebammen immer wieder Begleitungen, Dolmetschdienste und Termine bei Ärzt_innen, verfassen Schreiben etc. Diese Leistungen erbringen sie jeweils ausserhalb ihrer regulären Aufgaben im Rahmen von unentgeltlichem Engagement.

Sowohl in GE wie auch in BE besteht eine gute Zusammenarbeit zwischen den Geburtsvorbereitungsangeboten (*Arcades*, *Mamamundo*) und den untersuchten Kollektivunterkünften. Schwangere Frauen werden durch das Zentrumspersonal systematisch auf die beiden Angebote aufmerksam gemacht.

7.3.3.2. Angebotslücken

Wie bereits in Kapitel 7.3.2.2. dargelegt, zeigt sich die Notwendigkeit bestehender Angebote auch im Bereich perinatale Versorgung unter anderem durch deren **starke Aus- und Überlastung**. So übernehmen Mitarbeiter_innen der Angebote immer wieder Aufgaben, die über die eigentlichen Leistungen hinausgehen und versuchen damit, bestehende Angebotslücken zu überbrücken. Die Analyse der Angebote lässt zudem darauf schliessen, dass eine **adäquate Betreuung und Behandlung von schwangeren Frauen und Müttern mit Säuglingen im Asylbereich nicht systematisch gewährleistet ist**. Zwar bestehen in den Kantonen grundsätzliche Angebote im Bereich der perinatalen Versorgung. So sind beispielsweise alle Kantone zu einer offiziellen Schwangerschaftsberatungsstelle verpflichtet¹⁹³ und es gibt in allen untersuchten Kantonen die Möglichkeit von Schwangerschaftsbegleitungskursen oder Rückbildungsangebote. Faktisch bleiben Frauen aus dem Asylbereich solche Angebote jedoch verschlossen. Beispielsweise befindet sich in einem untersuchten Kanton die Schwangerschaftsberatungsstelle im benachbarten Kanton und wird von Frauen im Asylbereich kaum konsultiert. Schwangerschaftsbegleitungskurse wiederum gibt es in vielen Kantonen nur ohne (transkulturelle) Dolmetschangebote, wodurch diese für Frauen aus dem Asylbereich verschlossen bleiben. Auch Rückbildungsange-

¹⁹³ Siehe Bundesgesetz über die Schwangerschaftsberatungsstellen vom 9. Oktober 1981 (SR 857.5).

bote können nur in wenigen Fällen in Anspruch genommen werden, da hier oftmals die Finanzierung nicht geregelt ist. Angebotslücken im Bereich der perinatalen Versorgung entstehen somit unter anderem durch vielfältige Hürden im Zugang zu diesen Angeboten, welche im nachfolgenden Kapitel (s. 7.3.3.3.) nochmals genauer beleuchtet werden.¹⁹⁴

Geburtsvorbereitung und Geburt

Gerade kleinere Kantone sind mit der Herausforderung konfrontiert, spezifische Angebote aufzubauen. Am Beispiel von Geburtsvorbereitungskursen mit transkulturellen Dolmetschdiensten zeigt sich: Während in grösseren Kantonen Angebote wie das *Mamamundo* in BE bestehen, fehlen in kleineren Kantonen oftmals die notwendigen Ressourcen dazu. Dass die Anzahl schwangerer Frauen dort eher tief ist und die wenigen Frauen zudem oft unterschiedliche Sprachen sprechen, erschwert zusätzlich den Ausbau eines entsprechenden Angebots. In NE beispielsweise wurde kürzlich ein staatliches Geburtsvorbereitungsangebot umgesetzt, das sich am Konzept von *Mamamundo* orientiert. Da die Anfrage nicht gross genug sei, ist das Angebot jedoch zeitlich eingeschränkter und kann aktuell nur in drei Sprachen durchgeführt werden. Dieses Beispiel zeigt jedoch, dass auch in kleinen Kantonen gewisse spezialisierte Angebote erfolgreich aufgebaut werden können.

Die vorliegende Untersuchung bestätigt zudem auch für die zusätzlich untersuchten Kantone die Resultate der REFUGEE-Studie, dass Frauen aus dem Asylbereich kaum **alternative Geburtsmethoden** aufgezeigt werden (z.B. Hausgeburt, Geburtshaus, Wassergeburt etc.). Einige hier befragte spezialisierte Fachpersonen weisen diesbezüglich darauf hin, dass die Geburt im Spital von medizinischem Personal (u.a. Gynäkolog_innen) meist bevorzugt wird, da Frauen aus dem Asylbereich einem deutlich höheren Komplikationsrisiko ausgesetzt seien (z.B. durch FGM/Gewalterfahrungen). Ausserdem stünden bei Hausgeburten oder Geburten im Geburtshaus meist noch weniger Dolmetschdienste und transkulturelle Betreuung zur Verfügung als bei Spitalgeburten. Zudem sind Hausgeburten innerhalb der Kollektivunterkünfte aufgrund der Enge und der Ringhörigkeit in den Unterkünften in der Praxis nicht umsetzbar.

Wochenbett und Zeit danach

Die **Wochenbettbetreuung** ist auch für Frauen aus dem Asylbereich durch die Grundversicherung gedeckt. Wie jedoch bereits aus der REFUGEE-Studie hervorgeht, ist die hebammengeleitete Nachsorge von Wöchnerinnen in den Kollektivzentren sowie eine Betreuung durch weitere Angebote wie z.B. die Mütter- und Väterberatung in vielen Fällen nicht standardisiert gewährleistet. Dies obwohl die Betreuung von Wöchnerinnen durch eine Hebamme zur Regelversorgung gehören, und zwar unabhängig davon, ob die Frau Komplikationen hat oder nicht. Frauen im Asylbereich haben somit faktisch nicht in allen Fällen die Möglichkeit einer Wochenbettbetreuung. Ist ihnen eine solche zugänglich, dann nicht immer in adäquater Form, da in den meisten Fällen keinerlei Dolmetschdienste vorhanden sind (s. Kap. 7.3.3.3.).

Durch diese fehlende Gewährleistung systematischer Betreuung wird unter anderem auch die Diagnose von **postnataler Depression** erschwert. In der REFUGEE-Studie bleibt die Frage nach systematischen Screenings in Bezug auf mögliche psychische Erkrankungen (z.B. Wochenbettdepressionen) offen. Die Daten der vorliegenden Studie weisen jedoch auf eine auffallende Lücke im Bereich solcher systematischen Erfassungen hin. So werden in einem Grossteil der untersuchten Unterkünfte in der Regel keine systematischen Screenings durchgeführt. Dies, obwohl

¹⁹⁴ Wie im Kapitel zu den bestehenden Angeboten (7.3.3.1.) aufgezeigt, kommt gerade den Gynäkolog_innen im Bereich der Schwangerschaftsvorsorge eine wichtige Stellung zu. Solche Vorsorgeuntersuchungen sind laut den Ergebnissen dieser Studie in allen untersuchten Kantonen in der Regel vorgesehen. Ob bezüglich dieser Vorsorgeuntersuchungen Angebotslücken bestehen und in welchem Ausmass die Vorsorgeuntersuchungen durch Frauen aus dem Asylbereich tatsächlich in Anspruch genommen werden, konnte im Rahmen dieser Studie nicht abschliessend beantwortet werden. Ebenfalls nicht bekannt ist, ob beim Auftreten von Komplikationen bei gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen Angebotslücken hinsichtlich notwendiger Folgebehandlungen bestehen.

Fachpersonen einstimmig darauf hinweisen, dass sie bei Frauen aus dem Asylbereich eine deutlich höhere Zahl an Vorfällen von postnataler Depression beobachten.¹⁹⁵ Da die psychologische/psychiatrische Grundversorgung für Frauen aus dem Asylbereich de facto nicht garantiert ist (s. Kap. 6.3.4.), stellt sich hier zudem die Folgefrage nach Möglichkeiten psychologischer/psychiatrischer Betreuung, falls bei einer Frau eine postnatale Depression diagnostiziert wird.

Die **Betreuung nach dem Spitalaufenthalt** gestaltet sich je nach Kanton und Zentrum unterschiedlich, es gibt hierzu keine kantonsübergreifenden Vorgaben. In gewissen Zentren übernehmen immer dieselben Hebammen die Betreuung vor Ort, die mit der Versorgung von Säuglingen in einfachen Verhältnissen und mit wenig Ressourcen vertraut sind. Bei der Zuteilung der betreuenden Hebammen wird jedoch nicht überall darauf geachtet, dass diese genügend auf solche spezifischen Herausforderungen sensibilisiert sind. Hier wären laut Fachpersonen Schulungen von involvierten Hebammen sowie Mütter-/Väterberatungsstellen zentral. Aus der REFUGEE-Studie geht zudem hervor, dass in den wenigsten Unterkünften zugängliches Informationsmaterial zu Fragen im Rahmen des Wochenbetts und der Säuglingspflege vorhanden ist (z.B. Broschüren in verschiedenen Sprachen und/oder mit Bilderklärungen).

Weiter besteht **nach der Wochenbettbetreuung** eine besonders grosse Versorgungs- und Betreuungslücke. So zeigen Resultate der REFUGEE-Studie auf, dass zum Beispiel alleinstehende Mütter oftmals keine Unterstützung für die Säuglingspflege sowie zusätzlich anstehende hauswirtschaftliche Aufgaben erhalten und stark auf hausinterne «Frauennetzwerke» angewiesen sind. Weiter zeigt sich aus den erhobenen Daten der vorliegenden Studie, dass für Frauen in den Kollektivunterkünften in fast allen untersuchten Kantonen die Möglichkeit fehlt, Rückbildungsangebote zu besuchen. Hebammen weisen die Frauen oftmals bewusst nicht auf Rückbildungsangebote hin, weil sie wissen, dass das Angebot finanziell nicht (vollständig) übernommen und keine Dolmetschdienste zur Verfügung gestellt würden. Grundsätzlich stellen die hier befragten Fachpersonen einstimmig fest, dass Eltern mit Säuglingen oft sehr auf sich allein gestellt sind. Dieser Mangel an (gedolmetschten) Angeboten führt gerade bei alleinstehenden Frauen oftmals zu einer sozialen Isolation, die sich besonders stark bei Frauen in privater Unterbringung, aber auch in den Kollektivunterkünften zeigt.

Fallbeispiel zum Thema Isolation nach dem Wochenbett:

Der Genfer Hebammenverband *Arcades* versucht der Gefahr einer solchen Isolation mit dem Treffpunkt *Espace Parents-Enfants* für Eltern von Kindern unter einem Jahr entgegenzuwirken. Dieser Treffpunkt findet zweimal wöchentlich ohne Voranmeldung statt und ist kostenlos. Das Angebot bietet einen Raum für Austausch zwischen jungen Müttern/Eltern, zudem werden unter anderem Kurse für Baby-Massagen angeboten, und einmal wöchentlich steht eine Psychomotorik-Therapeutin für Fragen zur Verfügung.

7.3.3.3. Zugangshürden

Im Bereich der perinatalen Versorgung unterscheiden sich die bestehenden Angebote und der Zugang zu denselben je nach Kanton stark voneinander. Während Frauen aus dem Asylbereich in gewissen Regionen spezifische Angebote rund um die Schwangerschaft offenstehen, haben sie in anderen Kantonen kaum oder nur partiellen Zugang zu (gedolmetschten) Angeboten. Die Hürden im Zugang zu bestehenden Angeboten sind aktuell immer noch vielfältig und teilweise sehr hoch. Dabei decken sich viele grundlegende Schwierigkeiten im Zugang mit den Ergebnissen aus dem vorhergehenden Kapitel 7.3.2.3. Nachfolgend werden diese deshalb lediglich kurz

¹⁹⁵ Siehe dazu u.a. auch Goguikian 2014 oder Merten 2013.

angesprochen und jeweils durch spezifische Herausforderungen bezüglich perinataler Versorgung ergänzt.

Information und Sensibilisierung von Frauen aus dem Asylbereich

Auch im Bereich der perinatalen Versorgung stellen Fachpersonen fest, dass die Zugangshürden zu grundlegenden Informationen vielfach zu hoch sind oder Informationen ganz fehlen. So sind beispielsweise gewisse Konzepte wie Vorsorgeuntersuchungen oder unterstützende Angebote wie Geburtsvorbereitungskurse vielen Frauen aus dem Asylbereich nicht bekannt.

Information und Sensibilisierung des Personals

Es zeigt sich zudem eine Tendenz hinsichtlich **mangelnder Sensibilisierung des Personals** der Kollektivunterkünfte wie auch in der medizinischen Grundversorgung. Sowohl bei Hausärzt_innen, Gynäkolog_innen sowie zB. auch Hebammen fehlt teilweise eine ausreichende Sensibilisierung für die spezifischen Bedürfnisse von schwangeren Frauen im Asylbereich sowie entsprechende Herausforderungen, die in der Behandlung und Betreuung auftauchen können. Ein Beispiel für eine Thematik, zu der bei Personal in den Kollektivunterkünften angesichts der anzunehmenden hohen Betroffenenrate¹⁹⁶ oftmals wenig Sensibilisierung besteht, sind Schwangerschaften nach sexueller Gewalt wie z.B. FGM¹⁹⁷ oder Vergewaltigungen und mögliche Folgen davon (während der Schwangerschaft sowie bei/nach der Geburt und in der Erziehung der Kinder).

Transkulturelle Dolmetschangebote

Am Beispiel der Schwangerschaft zeigt sich das mangelhafte Angebot von Dolmetschdiensten deutlich. So besteht bei Untersuchungen durch Hausärzt_innen oder Gynäkolog_innen in der Regel kein Anspruch auf Dolmetschdienste. Aktuell werden bei der Schwangerschaftsbegleitung keine systematischen transkulturellen Dolmetschdienste gewährleistet; beispielsweise gedolmetschte **Geburtsvorbereitungskurse** sind für Frauen aus dem Asylbereich nicht flächendeckend zugänglich. Auch Schwangerschaftskontrollen und die Betreuung am Wochenbett werden in den meisten Fällen ohne Dolmetschdienste durchgeführt. Ob bei den **gynäkologischen Untersuchungen** oder bei der **Geburt** Dolmetschdienste zugänglich sind, scheint oftmals beinahe zufällig. Es sind Fälle bekannt, in denen niedergelassene Gynäkolog_innen punktuell selbst Dolmetschdienste organisieren und finanzieren, um eine adäquate Behandlung gewährleisten zu können. Gewisse Spitäler wiederum versuchen die notwendigen Dolmetschdienste wenn möglich intern durch Personal zu decken. Immer wieder wird von Familienangehörigen oder Bekannten der Patientinnen gedolmetscht. Gerade in intimen und schambehafteten Situationen wie einer gynäkologischen Untersuchung sind solche persönlichen Arrangements laut Fachpersonen jedoch sehr heikel und können eine vertrauensvolle Betreuung oder Behandlung erschweren oder verunmöglichen (s. Kap. 5.3.7.).

Vertrauensverhältnis und Betreuungskontinuität

Die fehlenden Dolmetschdienste stehen im Gegensatz zur einheitlichen Beobachtung von Fachpersonen, dass gerade eine **Schwangerschaftsbegleitung** viel mehr sein kann als eine rein medizinische Abklärung. In solchen Kontexten ergibt sich die Möglichkeit, Vertrauensverhältnisse aufzubauen und Raum für Fragen und Unsicherheiten zu öffnen. So kommt es immer wieder vor, dass beispielsweise Gynäkolog_innen im Rahmen der Schwangerschaftsbegleitung von sexuellen Übergriffen und Gewalt erfahren, Fälle von FGM entdecken, oder andere sehr sensible Themen angesprochen werden.

¹⁹⁶ Zur Einschätzung der Opferzahlen im Bereich sexuelle Gewalt und Ausbeutung siehe Kapitel 6.3.1..

¹⁹⁷ Siehe dazu u.a.: Bericht des Bundesrats in Erfüllung des Postulats Maury Pasquier (12.3966), S. 17; WHO: Health Complications of FGM, https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/health_consequences_fgm/en/, Zugriff am 15.03.2019.

Die erhobenen Daten dieser Studie bestätigen die Ergebnisse der REFUGEE-Studie, wonach Frauen im Asylbereich ein Vertrauensverhältnis sowie eine Betreuungskontinuität brauchen, um offen über Gesundheitsanliegen sprechen zu können. Gerade in Bezug auf Schwangerschaften sind dies wichtige Voraussetzungen, welche jedoch ebenso für den gesamten Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit gelten. Fehlende Möglichkeiten zum Aufbau eines Vertrauensverhältnisses stellen eine hohe Hürde im Zugang zu adäquater Betreuung und Beratung dar. In vielen der untersuchten Kollektivunterkünfte haben die Bewohner_innen keine persönlichen Betreuungspersonen (ausgebildete Sozialarbeiter_innen) oder generell Betreuungspersonen, die Kapazität für eine individuelle Betreuung haben. Auch hat ein Grossteil der untersuchten Kollektivunterkünfte keine medizinisch ausgebildeten Fachpersonen (Pflegefachpersonen, Hebammen etc.) vor Ort oder an einem Ort in gut erreichbarer Distanz, die regelmässig für Fragen und Behandlungen zur Verfügung stehen würde.

Brüche bei Triagen und Übergängen

Lückenhafte Übergänge und fehlende Begleitungsangebote stellen in der perinatalen Versorgung ebenfalls eine grosse Herausforderung dar. Besonders bei Übergängen zwischen verschiedenen Betreuungsangeboten besteht die Gefahr, dass keine lückenlose Betreuung gewährleistet werden kann. Dies insbesondere dadurch, dass Frauen in solchen Phasen des Übergangs zu wenig informiert und/oder begleitet werden. Ein Beispiel dazu wäre der Übergang der Betreuung vom Wochenbett zur aufsuchenden Familienarbeit. Hier beschreiben Fachpersonen die Notwendigkeit eines sorgfältig organisierten Übergangs mit Dolmetschangebot, damit Frauen nach Abschluss des Wochenbetts bei Bedarf tatsächlich das bestehende Angebot in Anspruch nehmen können. In GE achten die Hebammen des Verbands *Arcades* nach der Geburt besonders auf eine individuelle Begleitung, indem sie Frauen aus dem Asylbereich beispielsweise beim ersten Besuch persönlich zum Unterstützungsangebot *Espace Parents-Enfants* begleiten.

Auch im Bereich der perinatalen Versorgung haben mehrere Beispiele gezeigt, wie eine **Vernetzung von involvierten Akteur_innen** dazu beitragen kann, mangelhafte Triagen und bruchhafte Übergänge anzugehen.

Fallbeispiel zum Thema Vernetzung:

In NW gibt es eine Fachgruppe *Frühe Kindheit*, zu der unter anderem Hebammen, Kantonsangestellte, Spielgruppenleiter_innen, Kinderärzt_innen, Mitarbeiter_innen von zuständigen Ämtern (darunter auch das Amt für Asyl und Flüchtlinge) etc. gehören. Eine teilnehmende Person dieser Gruppe wertet es als positiv, dass sich durch dieses Netzwerk viele involvierte Personen «nun mal persönlich gesehen haben. Wenn man sich kennt und weiss, wer wo zuständig ist, dann läuft das sehr gut».

Materielle Ressourcen

Im Bereich perinatale Versorgung ist nebst bereits erwähnten Schwierigkeiten hinsichtlich fehlender finanzieller Ressourcen (s. Kap. 7.3.2.3.) ein weiteres spezifisches Problem festzustellen: der **mangelhafte Zugang zu geeignetem Material**. Oft ist in den Kollektivunterkünften zwar eine gewisse Grundausrüstung zugänglich, diese ist jedoch vielfach unvollständig. So sind beispielsweise fast immer Babykleider vorhanden, aber selten Still-BHs. Meistens erhalten Mütter nach der Geburt des Kindes einen Pauschalbeitrag für materielle Anschaffungen, wobei sich dieser Betrag je nach Kanton unterscheidet. Im untersuchten Zentrum in GE wird den Müttern zudem ein «Geburtskit» mit einer Säuglingsbadewanne, Windeln, Schoppen etc. zur Verfügung gestellt. Nach der Geburt wird für das Kind zudem ein Nothilfe-/Sozialhilfebetrag ausbezahlt. Mit diesem Betrag müssen Familien für alle zusätzlichen Kosten wie Windeln, Schoppenpulver etc. aufkom-

men. Fachpersonen stellen jedoch fest, dass der finanzielle Beitrag für die gesamtheitliche Versorgung eines Säuglings zu knapp berechnet ist. Oftmals springen spezialisierte Stellen, NGOs oder Kirchen ein und decken mit materieller oder finanzieller Unterstützung Bedürfnisse wie Kinderkleider, Spielzeug, Pflegematerial etc. Wie bereits in Kapitel 6 ausgeführt, besteht im Hinblick auf solche Angebote eine gewisse Zweischnidigkeit. Einerseits werden solche Initiativen von spezialisierten Fachpersonen grundsätzlich begrüsst. Andererseits handelt es sich dabei oftmals von Rechts wegen um staatliche Aufgaben. Ausserdem besteht durch eine Auslagerung die Gefahr, dass die Kontinuität und Qualität der Angebote nicht gewährleistet werden kann.

Fallbeispiel zu fehlenden Ressourcen:

In einem untersuchten Kanton wurde ein Fall von mehreren Müttern bekannt, die aus Mangel an finanziellen Ressourcen das Babymilchpulver mit Maizena streckten.

7.3.4. Verflechtung mit dem Thema Unterbringung im Asylbereich

Wie bereits in früheren Kapiteln dargelegt, ist die gendersensible Unterbringung in den Kollektivunterkünften keinesfalls systematisch gewährleistet. Gerade auf schwangere Frauen und Mütter während und nach dem Wochenbett hat die **Unterbringungssituation** grosse Auswirkungen. Fachpersonen kritisieren dabei die oftmals problematischen Unterbringungsverhältnisse, wie z.B. schlechte hygienische Bedingungen, zu wenig sanitäre Anlagen (die zum Teil nicht geschlechtergetrennt sind) oder schmutzige Küchen. Insbesondere bei Beschwerden, Komplikationen oder besonderen Bedürfnissen kann die Situation in den Unterkünften für Frauen äusserst mühselig sein und Hygienestandards stellen eine grosse Herausforderung dar. Eine Hebamme zog dabei folgenden Vergleich: «Stellen Sie sich vor, Sie müssten sich auf einem Campingplatz regelmässig Kamillenwickel auf ihre entzündeten Brüste legen». Auch von Zentrumsleiter_innen selber gab es mehrfach kritische Äusserungen zu den Zuständen in den Kollektivunterkünften. Eine Leitungsperson stellte fest, dass die Unterbringung von Kindern in ihrem Asylzentrum aufgrund der hygienischen Zustände nicht zumutbar sei. Im entsprechenden Kanton gilt denn auch die Regel, dass Familien mit kleinen Kindern nicht in den Kollektivunterkünften untergebracht werden. Fachpersonen weisen jedoch darauf hin, dass im Widerspruch zu dieser Direktive trotzdem immer wieder Familien im Zentrum untergebracht sind, teilweise über die Dauer von mehreren Jahren.

Fallbeispiel zur Unterbringungssituation:

In einem Kanton verweigert eine Grosszahl von Hebammen aufgrund der Unterbringungsbedingungen (u.a. Fälle von Bettwanzen) die Betreuung von Frauen in den Kollektivunterkünften.

Ein weiteres Problem, das von Seiten einer Zentrumsleitung in Bezug auf die Unterbringung als «die grösste Herausforderung überhaupt» bezeichnet wurde, ist der **Platzmangel** in den Kollektivunterkünften. Dieser wirkt sich unter anderem negativ auf schwangere Frauen und Mütter/Familien mit Säuglingen aus. So fehlen in den Zentren sichere Rückzugsorte: hat eine Person das Bedürfnis nach Ruhe und Rückzug, bleibt ihr lediglich das eigene Zimmer. Familienzimmer sind in der Regel jedoch enorm eng, in einem Fall wurde nach Geburt des zweiten Kindes einfach eine zusätzliche Matratze auf den Boden gelegt. Auch alleinstehende Mütter haben nach der Geburt in gewissen Zentren kein grundsätzliches Anrecht auf ein Einzelzimmer, sondern müssen sich je nach Auslastung das Zimmer mit anderen Frauen teilen. Dabei werden zumindest man-

cherorts die Wünsche der Frauen in Bezug auf die Frage, mit wem sie das Zimmer teilen, berücksichtigt. Zudem fehlt in den Zentren oftmals der Platz für kinderspezifische Bedürfnisse, wie beispielsweise ein Spielzimmer, und es bestehen keine Möglichkeiten zu altersgerechter Beschäftigung. Starre Hausregeln erschweren dies teilweise zusätzlich.

Eine weitere Schwierigkeit stellt das **Zusammenleben als Familie** dar, wenn ein Paar nicht von Beginn an im gleichen Zentrum untergebracht ist. In solchen Fällen wird, auch wenn das Paar ein Kind erwartet, das familiäre Zusammenleben durch die Mechanismen des Asylsystems oftmals erschwert bis verunmöglicht. Zentrumsverantwortliche erzählen unter anderem von Fällen, in denen der Vater den Kanton erst nach der Geburt des Kindes wechseln durfte oder in denen ein Zentrumswechsel zwecks Zusammenleben abgelehnt wurde, weil das Paar nicht verheiratet war.

Auch das Thema **Sexualität** ist ein wiederkehrendes Thema und eine schwierige Frage in der Unterbringung. Durch die engen Unterbringungsverhältnisse und die Tatsache, dass jeweils mehrere Personen in kleinen Zimmern untergebracht sind, wird das Ausleben von (partnerschaftlicher) Sexualität enorm erschwert. Ein Zentrum hat ein sogenanntes «Begegnungszimmer» getestet; dieses wurde jedoch wieder abgeschafft, da Komplikationen auftraten (z.B. wusste jeweils das ganze Zentrum darüber Bescheid, wer dieses Zimmer nutzte).

7.3.5. Verflechtung mit dem Thema sexuelle Gewalt und Ausbeutung

Die Themenbereiche sexuelle und reproduktive Gesundheit und damit auch perinatale Versorgung eignen sich laut den befragten Fachpersonen sehr gut dafür, Gewaltprävention zu betreiben, Frauen auf ihre sexuellen Rechte zu sensibilisieren und Gleichstellungsthemen bekannt zu machen. So bieten gedolmetschte Angebote in diesem Bereich wichtige Räume, in deren Rahmen gewaltbetroffene Frauen aus dem Asylbereich identifiziert und sachgerechte Abklärungen aufgegleist werden können. Dies unter anderem deshalb, weil es sich dabei oft um längerfristige respektive mehrteilige Beratungen/Kursangebote durch weibliche Fachpersonen handelt, was die ansonsten seltene Möglichkeit zum **Aufbau eines Vertrauensverhältnisses** bietet. Weiter verfügen solche Angebote über spezialisierte Fachpersonen und sind meist unabhängige Stellen, die von den asylsuchenden Frauen weniger mit dem Asylverfahren in Verbindung gebracht werden als beispielsweise das Personal der Kollektivunterkünfte. Zudem befinden sie sich in der Regel in räumlicher Distanz zur Kollektivunterkunft. Transkulturelle Dolmetscherinnen schliesslich ermöglichen Verständigung und Verständnis, die für den Aufbau von Vertrauensverhältnissen unabdinglich sind. Dies sind genau die Eigenschaften, welche laut Ergebnissen dieser Studie massgebend sind für den Aufbau von sicheren Räumen. Solche Vertrauensräume können es Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich ermöglichen, ihre Gewalterfahrungen zu erkennen, zu verbalisieren sowie Unterstützung einzufordern oder anzunehmen (s. Kap. 6.3.4.1.).

7.4. ZWISCHENSYNTHESE

Das Kapitel zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit befasst sich mit Fragen rund um Angebote, Angebotslücken und Zugangshürden in diesem Bereich. Die Auswertung und Analyse der qualitativen und quantitativen Daten hat zusammenfassend folgende Ergebnisse hervorgebracht:

Angebote und Angebotslücken

- Die bestehenden Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten unterscheiden sich je nach Kanton und dort wiederum je nach Themengebiet stark. In gewissen Kantonen und je nach Bereich stehen Frauen aus dem Asylbereich spezialisierte Angebote und Fachpersonen¹⁹⁸ hinsichtlich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zur Verfügung (z.B. auf asyl-

¹⁹⁸ Als *spezialisiert* werden dabei Fachstellen/Fachpersonen/Angebote bezeichnet, wenn diese *sowohl* über spezialisiertes Wissen und Erfahrung im Asylbereich *als auch* über spezialisiertes Wissen und Erfahrung über frauen-/geschlechterspezifische Themen und Problematiken verfügen.

spezifische Fragen sensibilisierte Familienberatungsstellen, Geburtsvorbereitungskurse mit transkulturellen Dolmetschdiensten oder niederschwellige Angebote zur Unterstützung von asylsuchenden Müttern mit Säuglingen). Dabei zeigt sich, dass auch kleinere Kantone trotz spezifischen Herausforderungen durchaus (spezialisierte) Angebote aufbauen konnten. Verschiedene der untersuchten spezialisierten Stellen (z.B. *Mamamundo* in BE oder *Arcades* in GE) können dabei als *Good Practice* bezeichnet werden.

- Grundsätzlich braucht es im Bereich Asyl im Vergleich zur Versorgung von anderen Personen einen Zusatzeffort, um eine adäquate Grundversorgung gewährleisten zu können. Trotz einer gewissen Palette an bestehenden Angeboten wird den spezifischen Bedürfnissen von Frauen im Asylbereich hinsichtlich sexueller und reproduktiver Gesundheit in keinem der untersuchten Kantone ausreichend Rechnung getragen. So gibt es in gewissen Kantonen keine oder kaum spezialisierte Angebote. Auch in den Kantonen mit spezialisierten Angeboten können jedoch entsprechende Bedürfnisse oftmals nicht angemessen aufgefangen und abgedeckt werden (hohe Zugangshürden, Überlastung der Stellen etc.). In mehreren untersuchten Zentren gibt es zudem keine medizinisch ausgebildeten Fachpersonen, die regelmässig in den kantonalen Unterkünften als Ansprechpersonen zur Verfügung stehen.

Zugangshürden

Die Zugangshürden zu Angeboten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit (und damit auch im untersuchten Schwerpunkt der perinatalen Versorgung) sind in den meisten untersuchten Fällen sehr hoch und beinhalten u.a. folgende Herausforderungen:

- *Sensibilisierung und Information:* Frauen aus dem Asylbereich werden schweizweit nicht systematisch zu Themen rund um sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie ihre sexuellen und reproduktiven Rechte informiert und es fehlt ein systematisierter Zugang zu Informationen hinsichtlich bestehender Angebote und deren Leistungen. In diesem Bereich besteht ein grosser Sensibilisierungs- und Informationsbedarf. Gerade in medizinischen Betreuungssettings werden Frauen aus dem Asylbereich teilweise die Informationen nicht genügend zugänglich gemacht (inhaltlich, sprachlich etc.), wodurch es immer wieder zu Behandlungssituationen kommt, in denen die Frauen keine aufgeklärte Einwilligung geben konnten (fehlender *informed consent*).

Weiter ist das Personal in den Kollektivunterkünften nicht systematisch zu den Themenbereichen sexuelle und reproduktive Gesundheit sensibilisiert. Auch dem externen Gesundheitspersonal (z.B. Hausärzt_innen, Gynäkolog_innen, Hebammen) fehlt vielfach vertieftes Wissen rund um spezifische Herausforderungen im Asylbereich (z.B. Identifikation von Gewaltbetroffenen während gynäkologischer Untersuchung, Betreuung von Müttern mit ihren Säuglingen in Kollektivunterkünften etc.).

- *Transkulturelle Dolmetschdienste:* In allen untersuchten Kollektivunterkünften und vielfach auch in der medizinischen Erstversorgung sowie in weiteren Betreuungssettings (z.B. Hebammen während Wochenbett, aufsuchende Familienarbeit etc.) fehlt der systematische Einsatz von unabhängigen transkulturellen Dolmetschdiensten.
- *Brüche bei Triagen und Übergängen:* Zwischen den unterschiedlichen Stellen/Angeboten gibt es immer wieder bruchhafte Übergänge, bei denen Frauen mit Unterstützungsbedarf aufgrund fehlender oder mangelhafter Triage 'verloren' gehen, z.B. von den kantonalen Unterkünften zu erstversorgenden Gynäkolog_innen oder nach dem Spitalaufenthalt zu hebammengeleiteter Nachsorge/weiterführenden aufsuchenden Angeboten. Auch bei Übergängen zwischen Bundeszentren, kantonalen Unterkünften und der Unterbringung in der Gemeinde besteht die Gefahr von Brüchen in der Gesundheitsversorgung. Ferner werden Triagen zwischen Kollektivunterkünften/medizinischer Erstversorgung und spezialisierten Stellen erschwert, unter anderem durch mangelnde Sensibilisierung des Zentrums- und Erstversor-

gungspersonals, mangelnde zeitliche/finanzielle Ressourcen sowie fehlende Dolmetschmöglichkeiten.

- *Unzureichende Begleitung und Finanzierung:* Im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sowie spezifisch bei der perinatalen Versorgung fehlt in den meisten Fällen eine konsequente psychosoziale Begleitung. Zudem besteht eine Vielzahl an direkten oder indirekten finanziellen Hürden, z.B. durch fehlende Abdeckung der Kosten für Verhütungsmittel oder fehlende Übernahme von Fahrkosten. Eine weitere Hürde kann durch hohen administrativen Aufwand des Zentrumspersonals oder spezialisierter Angebote entstehen, z.B. bei der Organisation von Verhütungsmitteln.

Verhütung

- Am Beispiel Verhütung zeigt sich besonders deutlich, dass eine differenzierte Information zum Thema Familienplanung für Frauen aus dem Asylbereich oftmals nicht gewährleistet ist. Dadurch wird faktisch in vielen Fällen ein *informed consent* verunmöglicht (z.B. Verabreichung von Verhütungsmitteln, ohne dass die Patientin die genaue Anwendung/allfällige Nebenwirkungen etc. verstanden hat). Zudem stellt der Zugang zu Verhütungsmitteln in vielen Fällen eine besondere Herausforderung dar, da deren Finanzierung nicht gewährleistet ist. Da die Kosten von Abtreibungen im Gegensatz zur Verhütung von der Krankenkasse gedeckt werden, beobachten spezialisierte Stellen immer wieder Fälle, in denen die Pille danach oder Abtreibungen aufgrund fehlender Verhütung notwendig werden.

Perinatale Versorgung

- Im Bereich der perinatalen Versorgung zeigt sich der grosse Bedarf an Aufbau sowie dem Ausbau von spezialisierten Angeboten. Alle bestehenden Angebote wie beispielsweise Geburtsvorbereitungskurse mit transkulturellen Dolmetschdiensten sind zwar *Good Practices*, aber stark ausgelastet und/oder können wegen Zugangshürden nicht von allen schwangeren Frauen genutzt werden. Gleichzeitig übernehmen Mitarbeiter_innen dieser Angebote immer wieder Aufgaben, die über die eigentlichen Leistungen hinausgehen, um Angebotslücken zu decken.
- Angebotslücken gibt es im gesamten Verlauf einer Schwangerschaft: In den meisten Fällen fehlen systematische Dolmetschdienste, z.B. bei Schwangerschaftsuntersuchungen, Geburtsvorbereitung, Geburt und Wochenbett. Nicht in allen untersuchten Kantonen gibt es auf die Bedürfnisse von Frauen in Kollektivunterkünften angepasste Geburtsvorbereitungskurse oder Betreuungsmöglichkeiten im Wochenbett. Nach dem Wochenbett wiederum fehlen für Frauen aus dem Asylbereich oftmals spezifische Angebote, weshalb viele Mütter auf persönliche Netzwerke zurückgeworfen werden und, wo ein solches fehlt, unter Isolation leiden. In keinem der untersuchten Kantone werden systematisierte Instrumente zur Identifikation von psychischen Krankheiten im Wochenbett eingesetzt. Auch in materieller Hinsicht fehlt es Familien mit Neugeborenen oftmals an Unterstützung, weshalb NGOs, Kirchen und Private immer wieder durch materielle Unterstützung, das Verfassen von Gesuchen etc. einspringen.

Verflechtung mit dem Thema Unterbringung im Asylbereich

- Die Unterbringungssituation in den Kollektivunterkünften hat grosse Auswirkungen auf Frauen aus dem Asylbereich, insbesondere während und nach der Schwangerschaft. Schlechte hygienische Bedingungen, zu wenig oder keine geschlechtergetrennten sanitären Anlagen, fehlende Rückzugsmöglichkeiten und Privatsphäre erschweren oder verhindern eine angemessene Unterbringung während der Schwangerschaft und nach der Geburt. Zudem wird ein selbstbestimmtes Ausleben der Sexualität je nach Unterbringungssituation eingeschränkt.

Verflechtung mit dem Thema sexuelle Gewalt und Ausbeutung

- Der Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit eignet sich ausgezeichnet für eine vertiefte Information und Sensibilisierung in Bezug auf die Themen sexuelle Gewalt und Ausbeutung (z.B. Gewaltprävention, Sensibilisierung auf sexuelle Rechte, Behandlung von Gleichstellungsthemen, Identifikation und Triage von gewaltbetroffenen Frauen). Gerade spezialisierte Stellen und Fachpersonen (Familienplanungsstellen, spezialisierte Geburtsvorbereitungskurse, engagierte Hebammen, aufsuchende Familienarbeit etc.) legen besonderes Augenmerk auf transkulturelle Dolmetschdienste, den Aufbau von Vertrauensverhältnissen, eine gewisse Kontinuität der Behandlung/Betreuung sowie die psychosozialen Bedürfnisse von Frauen aus dem Asylbereich. Dies sind genau die Eigenschaften, welche laut Ergebnissen dieser Studie massgebend sind für den Aufbau von sicheren Räumen und von Vertrauensverhältnissen. Solche Vertrauensräume können es Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich ermöglichen, ihre Gewalterfahrungen zu erkennen, zu verbalisieren sowie Unterstützung einzufordern oder anzunehmen (s. Kap. 6.3.4.1.).

8. SYNTHESE UND HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

8.1. GENDERSENSIBLE UNTERBRINGUNG

8.1.1. Allgemeine Lage

In den kantonalen Kollektivunterkünften führen die hohen Anforderungen an das Personal, ungenügende Schulung des Personals, fehlende Abläufe sowie räumliche Einschränkungen zu Defiziten in Bezug auf die Unterbringung und Betreuung von Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich. Diese Defizite betreffen neben der Gestaltung und Nutzung der Räumlichkeiten insbesondere den Umgang mit den komplexen und sensiblen Themen sexuelle Gewalt und Ausbeutung sowie sexuelle und reproduktive Gesundheit. Dies ist vor allem auch auf die grundsätzliche Ressourcenknappheit zurückzuführen, die es auch engagiertem Zentrumspersonal nicht erlaubt, diese Themen in den Unterkünften adäquat zu bearbeiten, sowie auf das Fehlen von unabhängigen transkulturellen Dolmetschleistungen.

8.1.2. Konzepte und Richtlinien

Auf kantonaler Ebene existieren **keine Gewaltschutz- oder Unterbringungskonzepte und -richtlinien** im Hinblick auf die Unterbringung, Sicherheit und Versorgung von Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich. Solche Konzepte können die Einrichtung und Einhaltung von Mindeststandards vorantreiben und dazu beitragen, die derzeit markante Ungleichbehandlung von Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich in Abhängigkeit des Aufenthaltskantons und der einzelnen Unterkunft auszugleichen. Das Fehlen solcher Konzepte widerspricht weiter dem Artikel 60, Absatz 3 der Istanbul-Konvention (s. Kap. 4.2.1.1.).

- ❖ HE1: Wir empfehlen den Kantonen die Entwicklung von **kantonalen Gewaltschutz- und Unterbringungskonzepten und -richtlinien** mit geschlechtsspezifischer Perspektive. Die Konzepte sollten verbindlich sein und Kontrollmechanismen beinhalten.
- ❖ HE1 a): Da es bisher kaum entsprechende kantonale Vorstösse gibt, könnte es hilfreich sein, wenn sich Kantone auf Empfehlungen stützen könnten, die in Zusammenarbeit mit den kompetenten Kantonskonferenzen (SODK), Fachverbänden (SKOS), dem SEM (Zentren des Bundes), dem BAG, nichtstaatlichen Fachorganisationen und allenfalls weiteren Akteur_innen zu erarbeiten wären.
- ❖ HE1 b): In der Erarbeitung dieser Konzepte sollten den verschiedenen Arten von sexueller Gewalt und Ausbeutung (häusliche Gewalt, Zwangsheirat etc.) mit spezifischen Massnahmen Rechnung getragen werden.
- ❖ HE1 c): Die kantonalen Konzepte/Richtlinien sollten **konkrete Massnahmen und Abläufe** im Hinblick auf eine gendersensible Unterbringung, Behandlung und Betreuung von Frauen aus dem Asylbereich beinhalten sowie die **Rollen und Verantwortlichkeiten** von allen involvierten staatlichen, nichtstaatlichen und privaten Akteur_innen klären.
- ❖ HE2: Wir empfehlen den Kantonen, Konzepte zum Thema sexuelle Gewalt und Ausbeutung sowie zum Thema sexuelle und reproduktive Gesundheit (inkl. perinatale Versorgung) als gewichtiges **Kriterium bei der Auswahl** externer privater oder nichtstaatlicher **zentrationbetreibender Organisationen** festzulegen. Dieses Auswahlkriterium sollte in Richtlinien des Kantons festgehalten werden.

8.1.3. Räumlichkeiten

Die räumlichen Strukturen und die Raumnutzung in den Kollektivunterkünften weisen im Hinblick auf die Unterbringung, Sicherheit und Versorgung von Frauen und Mädchen **teilweise erhebliche Mängel auf**. Dazu gehören insbesondere fehlende geschlechtergetrennte Etagen und/oder Unterkünfte; fehlende geschlechtergetrennte Toiletten/Sanitärbereiche sowie fehlende getrennte/sichere Zugänge zu diesen Anlagen; knappes Angebot an frauenspezifischen Toiletten/Sanitärbereichen; fehlende Einzelzimmer für alleinstehende Frauen mit Neugeborenen; Männer, die designierte Frauentoiletten benutzen; oder fehlende Hygiene. Diese Mängel bestätigen, dass in den Kantonen entgegen der im Rahmen der Istanbul-Konvention eingegangenen Verpflichtungen (Artikel 60, Absatz 3) auch ungeschrieben keine geschlechtsspezifischen Aufnahmekonzepte oder standardisierte Praxen vorliegen.

- ❖ HE3: Wir empfehlen den Kantonen die **Umsetzung und Kontrolle der internationalen Vorgaben und Empfehlungen hinsichtlich der räumlichen Strukturen und der Raumnutzung** in den Unterkünften für eine gendersensible Unterbringung von Frauen und Mädchen. Dabei sollten insbesondere die im Rahmen dieser Studie festgestellten, in der Praxis bestehenden, Mängel (siehe oben) behoben werden.

Besonders vulnerable Personengruppen aus dem Asylbereich wie z.B. Frauen oder Mädchen mit PTBS, alleinstehende Frauen, schwangere Frauen/Mütter mit Kindern, weibliche UMA oder LGBTIQ⁺ stellen oftmals eine **zahlenmässige Minderheit dar, deren spezifischen Bedürfnisse und Gefährdungen in den Kollektivunterkünften zu wenig berücksichtigt werden**. Deshalb ist allgemein zu beachten, dass das neue Asylverfahren und die Integrationsagenda eine Gelegenheit bieten, Konzepte für eine geeignete Unterbringung dieser Personengruppen zu erstellen. Dabei sind einerseits private Unterbringung oder betreute WG's und andererseits kantonsübergreifenden Strukturen oder Unterbringungsmodalitäten ins Auge zu fassen. Diese Personengruppen haben Rechte, die statusunabhängig gelten (z.B. durch die Istanbul-Konvention, die Kinderrechtskonvention oder die Behindertenkonvention) und gegebenenfalls eine Zusammenarbeit mit zuständigen Fachleuten aus den Regelstrukturen und eine flexible Umsetzung je nach kantonaler Situation erfordern. In Bezug auf die oben genannten besonders vulnerablen Personengruppen bedeutet dies, dass diese privat oder ansonsten in geschlechtergetrennten kollektiven Unterkünften untergebracht werden sollten.

- ❖ HE4: Wir empfehlen nach Möglichkeit die **private Unterbringung** oder **betreute WG's** für Angehörige vulnerabler Personengruppen, sowie eine obligatorische private Unterbringung für alle besonders vulnerablen Personengruppen wie z.B. Frauen oder Mädchen mit PTBS, alleinstehende Frauen, schwangere Frauen/Mütter mit Kindern, weibliche UMA oder LGBTIQ⁺.
- ❖ HE4 a): Zur Umsetzung dieser Empfehlung empfehlen wir die Definition eines *Referral Mechanisms*, der sowohl die Zielgruppen als auch die spezifisch für diese Zielgruppen zu ergreifenden Unterbringungsmassnahmen sowie die diesbezüglichen Zuständigkeiten im Detail definiert.
- ❖ HE4 b): Falls eine private Unterbringung von Frauen und Mädchen nicht möglich ist, empfehlen wir die Einrichtung **separater Kollektivunterkünfte für Frauen und/oder Mädchen**. Dies sollten separate Kollektivunterkünfte, eigene Gebäude oder ganz abgetrennte Gebäudeteile sein (und nicht z.B. lediglich geschlechtergetrennte Etagen). Zudem könnte die Einrichtung von – allenfalls

kantonsübergreifend betriebenen – Unterkünften spezifisch für **LGBTIQ+** (z.B. nach dem Berliner Modell¹⁹⁹) geprüft werden.

8.1.4. Strukturen

In den Unterkünften fehlen oft gendersensible Strukturen. Viele bestehende Angebote der **Tagesstruktur** (Freizeit- und Beschäftigungsangebote) sind vornehmlich auf Männer ausgerichtet oder für Frauen nicht niederschwellig erreichbar. Niederschwellige Angebote sind jedoch zentral zur Stärkung der Resilienz sowie zur Unterstützung von therapeutischen Massnahmen für gewaltbetroffene Frauen und Mädchen. Weiter fehlt es an Angeboten zur **Kinderbetreuung**, dieses Müttern erlaubt, Behandlungs- und Unterstützungsangebote wahrzunehmen oder an Freizeitangeboten teilzunehmen.

- ❖ HE5: Wir empfehlen die Einrichtung von **Tagesstrukturen** (Freizeit- und Beschäftigungsangebote) unter Berücksichtigung der Wünsche, Bedürfnisse und Ressourcen der anwesenden Frauen und Mädchen, sowie bei bestehenden Angeboten einen verbesserten Zugang für Frauen und Mädchen.
- ❖ HE6: Wir empfehlen die Einrichtung von **Kinderbetreuung** in den Unterkünften, um den Müttern den Zugang zu Tagesstrukturen zu ermöglichen/erleichtern. Wo die Einrichtung solcher Strukturen nicht möglich ist, sollten keine Eltern mit Kindern untergebracht werden.

8.1.5. Sicherheit

Die hier erhobenen Daten weisen darauf hin, dass die Gewährleistung sowohl der objektiven Sicherheit als auch des subjektiven Sicherheitsempfindens in den Kollektivunterkünften eine grosse Herausforderung bleibt.

Im Verlaufe der Untersuchungen wurden verschiedene **Tatbestände** in Unterkünften bekannt, die von sexueller Belästigung und häuslicher Gewalt (häufig) bis zu Menschenhandel und Vergewaltigung (selten) reichten. Täter_innen sind unter anderem Familienmitglieder und Zentrumsmitbewohner_innen, aber auch Betreuungspersonal, Sicherheitspersonal und medizinisches Personal. Gewalttaten in den Kollektivunterkünften werden vom Betreuungspersonal oft nicht bemerkt, oder es wird aus Mangel an Beweisen oder aus Überforderung des oft nicht genügend qualifizierten und/oder unterstützten Betreuungspersonals nicht darauf reagiert. Eine Reaktion erfolgt meist erst in extremen Fällen, in welchen klar die Anzeige- oder Meldepflicht zur Anwendung kommen muss.

Zusammen mit den oben beschriebenen räumlichen und hygienischen Mängeln und dem weiter unten diskutierten Fehlen einer individuellen psychosozialen Begleitung vor Ort haben diese Gewaltvorkommnisse zur Folge, **dass sich Frauen und Mädchen in den Unterkünften subjektiv oftmals nicht sicher fühlen**. Gewaltbetroffene sind besonders von dieser Unsicherheit betroffen. Über das genaue Ausmass dieser Verunsicherung besteht jedoch kein systematisches Wissen. Hier besteht Forschungsbedarf unter Einbezug Direktbetroffener.

Aufgrund der oftmals fehlenden objektiven und subjektiven Sicherheit in Kollektivunterkünften können diese daher nicht generell als 'sichere Räume' bezeichnet werden. Gemäss den völkerrechtlichen Vorgaben müssen Opfer sexueller Gewalt oder Ausbeutung jedoch an einem Ort untergebracht werden, der ihre Sicherheit sowie ihre körperliche, psychische und soziale Genesung gewährleistet (s. Kap. 4.1.1.3.a).

¹⁹⁹ Siehe <https://queeramnesty.ch/eine-unterkunft-fuer-lgbti-fluechtlinge-in-berlin/>; https://www.schwulenberatungberlin.de/refugees-deutsch#paragraph_5, Zugriff am 20.1.2019.

Die Herstellung von Sicherheit in den Unterkünften ist ein sehr komplexer Prozess, der neben räumlichen Strukturen eng mit der Verfügbarkeit von Personalressourcen und Vertrauensbildung zusammenhängt, was andernorts in diesem Kapitel thematisiert wird. Gezielte Massnahmen könnten jedoch die folgenden sein:

- ❖ HE7: Wir empfehlen den Unterkünften die Ausformulierung eines **Verhaltenskodex** für alle Zentrumsbewohner_innen und -mitarbeiter_innen (Grundhaltungen und Verhaltensregeln für das Zusammenleben und für die Zusammenarbeit).
- ❖ HE8: Empfohlen wird zudem eine vertiefte **wissenschaftliche Untersuchung zur objektiven und subjektiven Sicherheit in Kollektivunterkünften** aus der Perspektive von Direktbetroffenen.

8.1.6. Ausbildung und Schulung des Unterkunftspersonals

Tendenziell werden in den untersuchten Unterkünften **immer weniger ausgebildete Sozialarbeiter_innen** beschäftigt. Betreuungspersonen sind meist **Quereinsteiger_innen** mit überwiegend niedrigerer Qualifikation für die Betreuung Asylsuchender und Gewaltbetroffener. Zudem ist die Ausbildung und Schulung des Personals in den Unterkünften zu den Themen sexuelle Gewalt und Ausbeutung sowie sexuelle und reproduktive Gesundheit in allen Kantonen inhaltlich beschränkt und deckt zudem nur gewisse Personalgruppen ab. Dies steht im Widerspruch zu den völkerrechtlichen Vorgaben (s. Kap. 4.1.1.3.b). Nur in zwei Kantonen sind entsprechende Schulungen obligatorisch, jedoch auch hier nur für das Betreuungspersonal. Das Nacht- oder Sicherheitspersonal wird zu diesen Themen nur in je einem Kanton geschult. Dies wäre jedoch laut Aussagen von Fachpersonen und einigen Zentrumsmitarbeitenden besonders wichtig, da viele Gewalttaten in der Nacht geschehen, und da Personal und Bewohner_innen am Abend mehr Zeit für den Austausch haben.

- ❖ HE9: Wir empfehlen die **obligatorische Qualifikation respektive Schulung des gesamten Zentrumspersonals** (Zentrumsleitung, Gesundheitsverantwortliche, Betreuungspersonal, Nachtpersonal, Sicherheitspersonal, Freiwillige, ev. Weitere) zu den verschiedenen hier angesprochenen Aspekten der Themenkomplexe sexuelle Gewalt und Ausbeutung sowie sexuelle und reproduktive Gesundheit.

Die Schulungen sollten durch **externe spezialisierte Fachpersonen** durchgeführt werden, namentlich durch spezialisierte Fachstellen sowie durch psychologische/psychiatrische Fachpersonen. Der Einsatz von externen Expert_innen ist zentral, damit die relevanten Themen nach dem neuesten Stand der Kenntnisse vermittelt werden, und damit auch Themen in die Schulungen einbezogen werden, welche relevant sind aber vielfach nicht berücksichtigt werden, wie z.B. die Unterbringung von LGBTIQ⁺ oder die Gewaltausübung durch Unterkunftspersonal.

Die Untersuchung hat ergeben, dass **Betreuungspersonen** in den Unterkünften von den oft widersprüchlichen und hohen Anforderungen, die an sie gestellt werden, vielfach **überfordert** sind. Vor allem fühlen sich Betreuungspersonen bei Vorkommnissen von sexueller Gewalt und Ausbeutung oft nicht befähigt, adäquat zu intervenieren bzw. zu (re)agieren. Ausserdem stellt sich angesichts der häufigen Konfrontation mit gewaltvollen persönlichen Erfahrungen der Zentrumsbewohner_innen oder Gewaltvorkommnissen in den Unterkünften oft eine Abstumpfung ein, die einen sachgerechten Umgang mit dem Thema unterminiert. Viele Betreuungspersonen wünschen sich Unterstützung im Umgang und mit der Verarbeitung solcher Situationen.

- ❖ HE10: Wir empfehlen die Einrichtung von **Supervisionsangeboten** für das Betreuungspersonal in den Unterkünften.

- ❖ HE11: Ferner empfehlen wir die bessere **Vernetzung** der Unterkünfte mit bestehenden spezialisierten Fachstellen und Angeboten, welche die Kollektivunterkünfte unterstützen können. Diese Vernetzung bedingt die Bereitstellung zusätzlicher personeller Ressourcen auf Seiten der Unterkünfte und der Angebote.

Die **Zentrumsleitenden** formen massgeblich die Kultur der Unterkünfte. Daher kommt ihnen eine zentrale Rolle zu hinsichtlich des Umgangs mit dem Thema sexuelle Gewalt und Ausbeutung sowie mit dem Thema sexuelle und reproduktive Gesundheit.

- ❖ HE12: Wir empfehlen den zentrumsbetreibenden Institutionen, bei der **Rekrutierung von Zentrumsleitenden Qualifikation (oder deren Willen zur Nachqualifikation) sowie deren Willen zu Weiterbildungen** zu den Themen sexuelle Gewalt und Ausbeutung sowie sexuelle und reproduktive Gesundheit (inkl. perinatale Versorgung) als **gewichtiges Auswahlkriterium** zu etablieren. Dieses Auswahlkriterium sollte in Konzepten oder Richtlinien des Kantons und der zentrumsbetreibenden Organisation festgehalten werden.

8.1.7. Schulung und Vernetzung des medizinischen Erstversorgungspersonals

Insbesondere in Versorgungsmodellen, in denen die medizinische Erstversorgung durch niedergelassene Hausärzt_innen und niedergelassene oder in Spitälern angestellte Gynäkolog_innen gewährleistet wird, ist eine sachgerechte Behandlung von Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich derzeit vom **persönlichen Engagement** der einzelnen Behandelnden abhängig. Die Istanbul-Konvention verpflichtet jedoch zur Schulung des Personals allgemeiner Unterstützungsdienste (alle öffentlich zugänglichen Dienste) zum Thema Gewalt gegen Frauen/geschlechtsspezifische Gewalt (s. Kap. 4.1.1.3.b).

- ❖ HE13: Wir empfehlen eine **obligatorische Schulung des medizinischen Erstversorgungspersonals** (Hausärzt_inn und Gynäkolog_innnen sowie Ärzt_innen und spezialisierte Pflegefachpersonen in Asyl-Gesundheitszentren) zu den Themenbereichen sexuelle Gewalt und Ausbeutung sowie sexuelle und reproduktive Gesundheit (inkl. perinatale Versorgung) im Asylbereich. Dies könnte durch Verträge mit den Erstversorgenden geregelt werden. Solche Verträge existieren teilweise bereits mit Hausärzt_innen. Sollte sich die Suche nach Ärzt_innen schwierig gestalten, sollte über alternative Strategien (z.B. Anreizsysteme) nachgedacht werden.
- ❖ HE14: Weiter empfehlen wir die bessere **Vernetzung** von niedergelassenen Ärzt_innen und Therapeut_innen in der Deutschschweiz, die Personen aus dem Asylbereich behandeln, mit spezialisierten Fachstellen (s. auch Müller et al. 2017, S. 33).

8.1.8. Geschlecht des Betreuungs- und Unterstützungspersonals sowie des medizinischen Personals

Obwohl in einigen Unterkünften die Tageteams bewusst geschlechtergemischt zusammengestellt werden, sind **weibliche Ansprechpersonen** in keiner der untersuchten Unterkünfte in einem verpflichtenden Sinn vorgesehen. Dies würde jedoch der auf internationaler Ebene angestrebten *Good Practice* im Hinblick auf eine gendersensible Unterbringung entsprechen (s. Kap. 4.2.1.1.). In der Nacht steht kaum weibliches Personal zur Verfügung. Während auch in der Nacht weibliche Ansprechpersonen wünschenswert sind, muss hier gleichzeitig die Sicherheit dieser Angestellten gewährleistet werden können.

- ❖ HE15: Wir empfehlen in den Unterkünften den obligatorischen Einsatz **weiblicher Ansprechpersonen** tagsüber sowie nach Möglichkeit nachts.

Auch der systematische Einsatz von **weiblichem medizinischem Personal** entspricht der international definierten *Good Practice* und begünstigt sowohl die Behandlung von Frauen und Mädchen generell als auch die Identifikation und Behandlung Gewaltbetroffener massgeblich.

- ❖ HE16: Wir empfehlen die aktive Gewährleistung von **weiblichem medizinischem Personal** insbesondere in medizinischen Eintrittsgesprächen (Allgemeinmedizinerinnen und allenfalls spezialisierte Pflegefachfrauen), in der medizinischen Erstversorgung (Hausärztinnen, Gynäkologinnen), in psychologischen/psychiatrischen oder perinatalen Konsultationen (Gynäkologinnen, Hebammen) sowie in der psychosozialen Begleitung.

Auch bei **Dolmetschdiensten** sollte auf weibliches Personal geachtet werden (siehe HE20).

8.1.9. Mitsprache der Zentrumsbewohner_innen

In der Umsetzung von Massnahmen betreffend gendersensibler Unterbringung sollten die in den Unterkünften wohnhaften Frauen und Mädchen konsultiert werden.

- ❖ HE17: Wir empfehlen die **Konsultation** der in den Unterkünften wohnhaften Frauen und Mädchen bei der Umsetzung von Massnahmen zur gendersensiblen Unterbringung und Unterstützung.

8.2. SENSIBILISIERUNG UND INFORMATION VON FRAUEN UND MÄDCHEN

Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich werden derzeit **nicht systematisch** über ihre sexuellen Rechte und über die Themenbereiche sexuelle Gewalt und Ausbeutung sowie sexuelle und reproduktive Gesundheit **informiert**. Sie haben jedoch ein **Recht auf Information** (s. Kap. 4.3.1.1.), welches Voraussetzung für selbstbestimmtes und informiertes Entscheiden ist, z.B. im Hinblick auf die Art der Verhütung, Einwilligung in den Geschlechtsverkehr etc.

- ❖ HE18: Wir empfehlen die **systematische Information von Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich** zu ihren sexuellen Rechten und über die Themenbereiche sexuelle Gewalt und Ausbeutung sowie sexuelle und reproduktive Gesundheit (inkl. perinatale Versorgung). Diese Information sollte zu verschiedenen Zeitpunkten (Beginn: bei Eintritt in die Unterkunft), mit unterschiedlichen Mitteln (Flyer, Informationsveranstaltungen, Workshops etc.) und Methoden (z.B. Peer-to-Peer, aufsuchende Arbeit etc.), durch verschiedene Personen und an verschiedenen Orten (z.B. Unterkunft, Geburtsvorbereitungskurs etc.) und über einen längeren Zeitraum hinweg stattfinden. Die Information sollte zudem in einer für die Frauen und Mädchen verständlichen Sprache vermittelt werden.
- ❖ HE18 a): Als Teil der Informierung empfehlen wir frühestmögliche **Psychoedukation** (s. Müller et al. 2017, S. 32). Dabei handelt es sich um die Aufklärung über typische psychische Krankheitsbilder und deren Symptome sowie über die Strukturen, Funktionsweisen und Abläufe der Akteur_innen des Schweizerischen Gesundheitssystems.
- ❖ HE18 b): Ferner empfehlen wir die systematische Information von **Männern** aus dem Asylbereich zu ihren sexuellen Rechten und Pflichten, über den The-

menbereich sexuelle Gewalt und Ausbeutung sowie über das Thema sexuelle und reproduktive Gesundheit.

8.3. TRANSKULTURELLE DOLMETSCHDIENSTE

Zugang zu unabhängigen transkulturellen Dolmetschdiensten in den Unterkünften, in der medizinischen Versorgung und in der perinatalen Versorgung wird von Fachpersonen übereinstimmend als grundlegend für eine sachgerechte Unterbringung, Behandlung und Unterstützung von Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich erachtet. Über die Notwendigkeit transkultureller Dolmetschdienste sind sich auch die befragten Leiter_innen und Betreuungspersonen in den Unterkünften einig. Solche Dienste fehlen jedoch in der Unterbringung und Versorgung weitestgehend. Die kantonalen Behörden sind sich des Problems bewusst, es fehlen aber bisher in den meisten Kantonen Lösungen zur Finanzierung solcher Dienste. Das Beispiel Kanton GE zeigt auf, wie durch eine gute Vernetzung staatlicher und nichtstaatlicher Angebote und der Unterstützung nichtstaatlicher Angebote durch den Kanton zumindest Teillösungen für dieses Problem gefunden werden können.

Zugang zu Dolmetschdiensten fehlt in **allen** untersuchten **Unterkünften** praktisch gänzlich. In der **medizinischen Erstversorgung** sind Dolmetschdienste nur in den Westschweizer Modellen mit zentralisierter Gesundheitsversorgung gewährleistet. Auch in der weiteren **medizinischen Grundversorgung** und in der **perinatalen Versorgung** sind solche Dienste nicht systematisch gewährleistet. Die Folgen dieser Versorgungslücke sind teilweise gravierend (z.B. nicht konsensuelle Sterilisationen und Abtreibungen, Fehl- oder Überversorgung etc.) und konfliktieren mit völkerrechtlichen Verpflichtungen in Bezug auf das Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie hinsichtlich des Zugangs zu Dienstleistungen für die physische, psychologische und soziale Genesung eines Opfers sexueller Gewalt oder Ausbeutung (s. Kap. 4.1.1.3.c und 4.3.1.1.).

Dabei sollten ferner **aktiv weibliche Dolmetschende** gewährleistet werden. So werden heute z.B. auch bei gynäkologischen Untersuchungen oftmals männliche Dolmetschende beigezogen. Laut den befragten Fachpersonen kann dies Frauen und insbesondere gewaltbetroffene Frauen noch stärker hemmen als männliches medizinisches Personal.

- ❖ HE19: Wir empfehlen die **aktive Gewährleistung unabhängiger transkultureller Dolmetschdienste** mindestens in folgenden Situationen:
 - In allen **Unterkünften** (telefonisch oder face-to-face). Dies gilt in besonderem Masse für die medizinischen Eintrittsgespräche sowie für Beratungsgespräche zu Gesundheitsfragen und weiteren sensiblen Themen wie Sexualität oder Gewalt.
 - In der **medizinischen Erstversorgung** (Allgemeinmedizin, Gynäkologie).
 - In der **psychologischen/psychiatrischen Versorgung**.
 - In der **psychosozialen Begleitung**.
 - In der **perinatalen Versorgung**, insbesondere bei der Schwangerschaftsbegleitung, der Geburtsvorbereitung, der Geburt und am Wochenbett.
- ❖ HE20: Wir empfehlen den **systematischen Einsatz weiblicher Dolmetscherinnen** in allen hier aufgeführten Behandlungs- und Unterstützungssituationen. Dies entspricht einer *Good Practice* laut Istanbul-Konvention.
- ❖ HE21: Wir empfehlen ferner, **keine Familienangehörige, Bekannten, Zentrumsmitbewohner_innen etc. für das Dolmetschen in Anspruch zu nehmen**. Dies gilt in besonderem Masse für medizinische Eintrittsgespräche, die medizinische Erstversorgung, psychologische/psychiatrische oder perinatale Konsultationen

sowie die psychosoziale Begleitung. Diese heute allgegenwärtige Vorgehensweise verunmöglicht es vielen gewaltbetroffenen Frauen, sich zu öffnen. Zudem ist die Qualität der Übersetzung nicht gewährleistet, und es besteht die Gefahr der sekundären Traumatisierung.

8.4. HOHE OPFERZAHLEN

Die Anzahl Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich, welche Opfer sexueller Gewalt und Ausbeutung geworden sind, ist nicht bekannt. Entsprechende Statistiken werden in den Kantonen nur in Ausnahmefällen erhoben und sind aufgrund der Dunkelziffer nur sehr beschränkt aussagekräftig. In der Umfrage können die kantonalen Behörden entweder keine Einschätzung zur Rate gewaltbetroffener Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich abgeben oder schätzen diese mehrheitlich niedrig ein. Die befragten spezialisierten Fachpersonen sowie verschiedene Zentrumsleitungs- und Betreuungspersonen gehen hingegen davon aus, dass anteilmässig viele bis sehr viele Frauen und Mädchen im Herkunftsland oder auf der Flucht sexuelle Gewalt und/oder Ausbeutung erfahren haben und oftmals in der Schweiz weiterhin erfahren. In Bezug auf bestimmte Gruppen von Frauen und Mädchen wird sogar davon ausgegangen, dass die meisten solche Gewalt erfahren haben, z.B. Frauen und Mädchen aus Ländern, in welchen FGM weit verbreitet ist, oder Frauen aus Ostafrika, die auf dem Landweg geflohen sind. Die Einschätzungen dieser Fachpersonen basieren auf ihren Praxiserfahrungen in der Betreuung, Behandlung und Unterstützung von Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich. Um diese Einschätzungen besser einordnen zu können, sollten Gewaltopfer in den Kantonen künftig so gut wie möglich statistisch erfasst werden.

- ❖ HE22: Wir empfehlen eine interkantonal und mit dem SEM koordinierte **systematische statistische Erfassung von Gewaltopfern** aus dem Asylbereich nach Geschlecht, Art und Ort der erfahrenen Gewalt sowie nach Täter_innenschaft.²⁰⁰

8.5. IDENTIFIKATION UND VERSORGUNG GEWALTBETROFFENER FRAUEN UND MÄDCHEN

8.5.1. Allgemeine Lage

Grundsätzlich werden in der Schweiz im Gegensatz zu den mutmasslich hohen Betroffenenraten **wenige Opfer sexueller Gewalt und Ausbeutung identifiziert respektive sachgerecht behandelt.** Der Zugang gewaltbetroffener Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich zu einer sachgerechten Behandlung und Unterstützung ist von Hindernissen geprägt. Die Identifikation Gewaltbetroffener stellt dabei eine der grössten Herausforderungen dar. Eine korrekte Triage und/oder eine effektiv stattfindende spezialisierte Behandlung und Unterstützung ist jedoch auch nach der Identifikation nicht automatisch gegeben. Es empfiehlt sich daher, eine interkantonale und interdisziplinäre Arbeitsgruppe zur Verbesserung der Situation einzurichten. Die Arbeitsgruppe sollte ihre Aktivitäten mit den entsprechenden Aktivitäten auf Bundesebene koordinieren (Zentren des Bundes, Asylverfahren).

- ❖ HE23: Wir empfehlen die Einrichtung einer **interkantonalen und interdisziplinären Arbeitsgruppe** zur Frage, wie gewaltbetroffene Personen aus dem Asylbereich besser identifiziert sowie sachgerecht triagiert, behandelt und unterstützt werden können. In der Arbeitsgruppe sollten Vertreter_innen der kantonalen Asyl- und Gesundheitsbehörde sowie staatlicher und nichtstaatlicher spezialisierter Fachstel-

²⁰⁰ Diese Empfehlung nimmt Bezug auf Artikel 11, Absatz 1 der Istanbul-Konvention bezüglich der «Erhebung relevanter disaggregierter statistischer Daten».

len vertreten sein (Beratungs- und Unterstützungsangebote für Frauen, Kinder und Familien, psychologische/psychiatrische/psychosoziale Fachstellen, Beratungsangebote im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und der perinatalen Versorgung, ev. weitere). Eine Vertretung des SEM sollte zudem die Koordination mit den Massnahmen des Bundes in allen Zentren des Bundes und im Asylverfahren sicherstellen.

8.5.2. Abläufe zur Identifikation und Triage gewaltbetroffener Frauen und Mädchen

Schweizweit konnten im Rahmen dieser Erhebungen **keine kantonalen Richtlinien, Konzepte oder standardisierten Abläufe** in Erfahrung gebracht werden, welche die Identifikation oder die Triage, Behandlung und Unterstützung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich regeln. Dies steht insbesondere in Bezug auf Opfer von Menschenhandel im Widerspruch zu den im Rahmen der Konvention des Europarates gegen Menschenhandel eingegangenen Verpflichtungen der Schweiz (s. Kap. 4, 1.1.1). Stattdessen dominiert ein **Vorgehen «von Fall zu Fall»**, welches aufgrund der oftmals ungenügenden Qualifikation des Betreuungspersonals in den Unterkünften problematisch und wenig wirksam ist. Empfohlen wird neben der Schulung des Personals (siehe oben) für ein kompetenteres «Fall zu Fall»-Vorgehen die Etablierung von systematischen Screenings und Triage- respektive Behandlungsabläufen:

- ❖ HE24: Wir empfehlen die Erarbeitung von kantonalen **Konzepten, Richtlinien und standardisierten Abläufen** zur Identifikation und Triage sowie zur Behandlung und Unterstützung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich. Die Grundlagen dazu könnten idealerweise von einer interdisziplinären, interkantonalen Arbeitsgruppe erarbeitet werden (s. HE23). Mögliche Inhalte sind der Einbezug von Fragen zu Gewalterfahrungen und der psychischen Gesundheit in medizinischen Eintrittsgesprächen; der Einbezug von Fachstellen wie *FIZ* oder *TDF* für vertiefte Abklärungen bei der Identifikation Gewaltbetroffener; die Optimierung von Meldeverfahren zur Sicherstellung eines effizienten Informationsflusses zwischen den Zentren des Bundes, kantonalen/kommunalen Unterkünften, medizinischem Personal und Asylbehörden; oder eine konsequente psychosoziale Begleitung für Gewaltbetroffene.
- ❖ HE25: **Standardisierte Abläufe («Screenings») zur Erkennung von gewaltbetroffenen Frauen und Mädchen sollten von spezifisch geschulten medizinischen Fachpersonen vorgenommen und transkulturell gedolmetscht werden.** Unter standardisierte Verfahren fallen auch medizinische Eintrittsgespräche, wenn sie Fragen zu Gewalterfahrungen und/oder der psychischen Gesundheit enthalten. Diese Eintrittsgespräche könnten – wie in den Asyl-Gesundheitszentren in den untersuchten Westschweizer Kantonen bereits praktiziert – von spezifisch ausgebildeten und durch Ärzt_innen unterstützte Pflegefachfrauen oder durch Hausärztinnen durchgeführt und anschliessend gegebenenfalls an Psychologinnen/Psychiaterinnen weiter verwiesen werden. Alternativ könnten Screenings durch psychologische/psychiatrische Fachpersonen durchgeführt werden. Gleichzeitig ist es wichtig zu berücksichtigen, dass die Erkennung von Gewaltbetroffenen in der Verantwortung *aller* Akteur_innen bleibt und nicht an Spezialist_innen delegiert werden kann.
- ❖ HE26: Auf die Identifikation einer gewaltbetroffenen Person muss ungeachtet des Tatorts der erfahrenen Gewalt eine **sachgerechte Behandlung erfolgen**. Eine Behandlung umfasst nach einer Phase der Stabilisierung gegebenenfalls eine län-

gerfristige ambulante Traumatherapie sowie eine konsequente psychosoziale Begleitung. Um die Voraussetzungen für einen erfolgreichen Genesungsprozess zu schaffen, bedarf es neben Therapieplätzen insbesondere eines **rasch geregelten Aufenthaltsstatus** (sofern nicht weitere Abklärungen eine Triage in das erweiterte Asylverfahren sinnvoll erscheinen lassen) sowie einer **Unterbringung ausserhalb der Kollektivunterkunft** für die betroffene Person. Potenziellen Opfern des Menschenhandels steht zudem laut internationalem Recht eine Erholungs- und Reflexionsphase zu, während der das Asylverfahren so lange wie nötig sistiert und eine angemessene Unterstützung gewährleistet wird (s. Kap. 4.1.1.1.).

- ❖ HE27: Eine **Früherkennung** von Gewaltbetroffenheit und insbesondere von Traumatisierungen ist aus psychologischer/psychiatrischer Perspektive zu empfehlen. Je früher eine Behandlung einsetzen kann, desto besser sind Prognosen, und desto tiefer sind auch die Folgekosten (Müller et al. 2018, S. 31). Daher sind im Rahmen des neuen Asylverfahrens Screenings zur Erkennung von Gewaltopfern und ein allfälliger Beginn einer Behandlung auf Bundesebene erstrebenswert. Die Entwicklung von Screenings zur Identifikation Gewaltbetroffener in den Kantonen sollte mit diesbezüglichen Bestrebungen des Bundes koordiniert werden. Besonders zentral ist ein gut funktionierender Informationsfluss zwischen Bund, Kantonen, Gemeinden, Unterkünften und medizinischem Personal zur Gewährleistung der **Kontinuität therapeutischer Massnahmen** etwa bei einem Orts- oder Statuswechsel.

Da es oftmals eines längeren Prozesses bedarf, bis gewaltbetroffene Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich ihre in der Schweiz geltenden Rechte verstehen, sie auf sich beziehen und danach handeln können, ist neben ihrer Information insbesondere der Aufbau von Vertrauen zentral.

- ❖ HE28: Wir empfehlen grundsätzlich die Schaffung von Räumen, in denen ein **Vertrauensverhältnis** zu Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich aufgebaut werden kann. Dafür sind folgende Elemente zentral: eine (weibliche) transkulturelle Dolmetscherin; eine längerfristige, regelmässige Begleitung; Unabhängigkeit vom Asylverfahren; räumliche Distanz zur Kollektivunterkunft; und weibliche Therapeutinnen/Sozialarbeiterinnen/Kursleiterinnen.

8.5.3. Angebote und Angebotslücken

Das spezialisierte Angebot zur Behandlung und Unterstützung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich ist **kantonal sehr unterschiedlich** ausgestattet. In grossen Kantonen, in den Städten und in der Westschweiz ist das Angebot grundsätzlich besser ausgebaut als in gewissen kleineren ländlichen Kantonen, wo es teilweise kein oder praktisch kein Angebot gibt (auch nicht in den angrenzenden grösseren Kantonen). Namentlich in GE existiert eine breite und gut vernetzte Palette von spezialisierten Angeboten.

Eine grosse Angebotslücke besteht in allen Kantonen hinsichtlich transkulturell gedolmetschter psychologischer/psychiatrischer sowie psychosozialer Angebote. Dies steht im Widerspruch zu den völkerrechtlichen Verpflichtungen, wonach Opfer sexueller Gewalt oder Ausbeutung nötigenfalls sofortigen und langfristigen Zugang zu psychologischen/psychiatrischen, psychosozialen und anderen Unterstützungsangeboten haben müssen (s. Kap. 4.1.1.3.). Spezialisierte Fachpersonen schätzen, dass aufgrund der Knappheit gedolmetschter psychologischer/psychiatrischer Angebote in der Deutschschweiz lediglich 10% der behandlungsbedürftigen Personen aus dem Asylbereich behandelt werden können, während dieser Wert in Bezug auf die beiden grossen Westschweizer Kantone auf 50-60% geschätzt wird (Müller et al. 2018).

Seit dem Inkrafttreten der Istanbul-Konvention am 1. April 2018 besteht zudem nach Artikel 60 Absatz 3 für die Schweiz die Verpflichtung, für Asylsuchende spezialisierte psychosoziale Unterstützungsdienste einzurichten (s. Kap. 4.1.1.4.).

- ❖ HE29: Wir empfehlen den **systematischen Aufbau von spezialisierten Angeboten, welche auf die spezifischen Bedürfnisse von gewaltbetroffenen Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich ausgerichtet sind**. Ein spezialisiertes Angebot sollte *sowohl* über eine Spezialisierung im Asylbereich *als auch* über eine Spezialisierung zum Thema Gewalt gegen Frauen verfügen. Dabei kann auf bereits bestehende Regelstrukturen und nichtstaatliche Angebote aufgebaut werden, wie z.B. Strukturen oder Angebote, die bereits im einen oder anderen Bereich über eine Expertise verfügen. Auch können spezialisierte Überbrückungshilfen (z.B. Informationsvermittlung, Übernahme von Transportkosten oder Bereitstellung von Dolmetschdiensten) die Überführung in Regelstrukturen unterstützen. Solche Überbrückungshilfen sind auch in kleineren Kantonen denkbar, wo allenfalls die Zusammenarbeit mit medizinischen Privatpraxen zu suchen ist. Dabei sollte jedoch darauf geachtet werden, dass das Personal solcher Stellen sowohl auf asylspezifische als auch auf geschlechtsspezifische Herausforderungen geschult wird.
- ❖ HE30: Wir empfehlen den Auf- und Ausbau von **transkulturell gedolmetschten psychologischen/psychiatrischen Angeboten**. Besonders bewährt haben sich in der Praxis **interdisziplinäre Angebote**, die psychologische/psychiatrische Angebote mit einer **spezialisierten psychosozialen Begleitung** verbinden, gegebenenfalls zusätzlich kombiniert mit einer medizinischen Versorgung. Empfohlen wird insbesondere der Auf- und Ausbau **langfristiger** psychologischer/psychiatrischer Behandlungen mit psychosozialer Begleitung.

8.5.4. Begleitung

Gewaltbetroffenen Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich fehlt es vielfach an einer konsequenten psychosozialen Begleitung durch qualifizierte Sozialarbeiterinnen. Erstens mangelt es in allen untersuchten **Unterkünften** an ausgebildeten **Sozialarbeiter_innen als persönliche Bezugspersonen** mit genügend Zeitressourcen. Da den Unterkünften in der Identifikation, Behandlung und Unterstützung Gewaltbetroffener eine zentrale Rolle zukommt, ist die Knappheit an qualifiziertem Personal hier besonders problematisch. Das weitgehende Fehlen transkultureller Dolmetschdienste in allen untersuchten Unterkünften verschärft das Problem zusätzlich.

- ❖ HE31: Wir empfehlen für alle Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich die Gewährleistung **einer persönlichen psychosozialen Begleitung durch spezifisch geschulte (weibliche) Sozialarbeiterinnen (durchgehende Fallführung)**. Eine solche Begleitung sollte für alle Frauen und Mädchen eingerichtet werden. Im Falle von Frauen und Mädchen mit Gewalterfahrungen ist sie obligatorisch einzurichten. Falls die Sozialarbeiterinnen organisatorisch und örtlich an die Unterkünfte angegliedert sind, sollten diese dort nicht für die Aufsicht zuständig sein, sondern sich um das Wohlbefinden und die gesundheitlichen und persönlichen Bedürfnisse der Bewohner_innen kümmern.

Die zuständige Sozialarbeiterin sollte weiter den Auftrag haben, ihre Klientinnen umfassend zu den Themen sexuelle Gewalt und Ausbeutung sowie sexuelle und reproduktive Gesundheit (inkl. perinatale Versorgung) zu informieren. Kann nicht für alle Bewohnerinnen eine durchgehende Fallführung eingerichtet werden oder befinden sich die zugeteilten Sozialarbeiterinnen örtlich ausserhalb der Unterkunft, empfehlen wir den Unterkünften, eine **Ansprechperson** für diese

Themen zur Verfügung zu stellen und dies klar zu kommunizieren. Dabei sollten den Frauen systematisch weibliche Ansprechpartnerinnen zur Verfügung stehen. Diese Ansprechpartnerinnen sollten nicht für die Aufsicht zuständig sein.

8.5.5. Wirksamkeit des Opferhilfegesetzes

Gewaltbetroffene Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich profitieren derzeit wenig von der Opferhilfe. Die einen Frauen und Mädchen haben Gewalt im Ausland erfahren und gelten somit nach OHG nicht als Opfer. Entsprechend haben sie keinen Anspruch auf Opferhilfeleistungen. Die anderen haben (auch) in der Schweiz Gewalt erfahren und gelten somit rechtlich als Opfer im Sinne des OHG. Doch auch für diese Frauen und Mädchen ist der Zugang zu Opferhilfe mit erheblichen Hindernissen versehen. Sie werden selten als Gewaltbetroffene identifiziert oftmals nicht konsequent an die Opferhilfe triagierte, oder sie entscheiden sich aus verschiedenen Gründen (Retraumatisierung, Scham, Beziehung zur Täterschaft, Angst vor negativer Beeinflussung des Asylverfahrens, mangelhafte Information über sexuelle Rechte und das OHG, fehlende psychosoziale Begleitung etc.) gegen eine Beratung und Unterstützung durch die Opferhilfe. **Eine rein rechtliche Herangehensweise reicht** für eine umfassende Lösung des Problems des Zugangs gewaltbetroffener Frauen und Mädchen zu einer sachgerechten Behandlung und Unterstützung daher **nicht aus**.

Trotzdem **betrifft die Knappheit an langfristigen, transkulturell gedolmetschten psychologischen/psychiatrischen und psychosozialen Angeboten besonders Frauen, die keine Opfer nach OHG sind.** Dies vor allem dadurch, dass diese in einer grossen Überzahl sind im Vergleich zu Frauen und Mädchen, welche (auch) in der Schweiz Gewalt erfahren haben. Diese Situation steht im Widerspruch zu den völkerrechtlichen Vorgaben, wonach das Anrecht von Gewaltopfern auf medizinische, psychologische/psychiatrische, psychosoziale, rechtliche und materielle Unterstützung nicht an den Ort gebunden ist, an dem die Gewalt erfahren wurde, und auch nicht nach Aufenthaltsstatus des Opfers unterscheidet (s. Kap. 4.1.1.3.).

- ❖ HE32: Wir empfehlen die **Gewährleistung einer transkulturell gedolmetschten, psychiatrischen/psychologischen Behandlung und psychosozialen Begleitung** von gewaltbetroffenen Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich **ohne Unterscheidung nach Ort der Gewalterfahrung oder dem Aufenthaltsstatus** der betroffenen Person.

8.6. SEXUELLE UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT/PERINATALE VERSORGUNG

8.6.1. Angebote und Angebotslücken

Das spezialisierte Angebot ist auch im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sowie in der perinatalen Versorgung kantonale sehr unterschiedlich ausgestaltet. Wie beim Thema sexuelle Gewalt und Ausbeutung ist das Angebot in grossen Kantonen, in den Städten und in der Westschweiz grundsätzlich besser ausgebaut als in den ländlichen Kantonen und in den untersuchten Kantonen in der Deutschschweiz.

- ❖ HE33: In Kantonen, in denen bisher kaum Angebote im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit bestehen oder entsprechende Angebote bereits ausgelastet sind, empfehlen wir den **Aufbau von Angeboten** sowie den **Ausbau** von bewährten bestehenden Angeboten. Der Fokus sollte dabei auf niederschweligen Angeboten liegen (wie beispielsweise aufsuchende Familienarbeit) sowie auf Angeboten, die den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zu den Frauen und Mädchen ermöglichen (siehe dazu als *Good Practice* die Geburtsvorbereitungsangebote von *Mamamundo*).

Lücken im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit bestehen insbesondere hinsichtlich der **Information über die sexuellen Rechte** sowie in der **Information über Verhütungsmittel und den selbstbestimmten Zugang zu diesen**. Dies verhindert die vollständige Umsetzung des Rechts auf sexuelle und reproduktive Gesundheit (s. Kap. 4.3.1.1.).

- ❖ HE34: Wir empfehlen die Sicherstellung einer **umfassenden Information über Familienplanung und Verhütungsmittel zur Gewährleistung eines selbstbestimmten Zugangs zu solchen Mitteln**. Dies beinhaltet auch die uneingeschränkte **Finanzierung** jeder gewählten Art von Verhütungsmitteln für Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich.

Angebotslücken im Bereich der perinatalen Versorgung entstehen insbesondere in der Deutschschweiz aufgrund des **Mangels an (weiblichen) transkulturellen Dolmetschdiensten** in der Schwangerschaftsbegleitung, in gynäkologischen Untersuchungen, bei der Geburt, im Wochenbett sowie, vor allem in kleinen Kantonen, in der Geburtsvorbereitung (siehe HE19, HE20, HE21). Zudem ist der Zugang zu **weiblichem Behandlungs- und Betreuungspersonal** auf Wunsch der Patientin nicht garantiert (siehe HE15, HE16). Diese Lücken verhindern die vollständige Umsetzung des Rechts auf sexuelle und reproduktive Gesundheit (s. Kap. 4.3.1.1.).

8.6.2. Begleitung und Betreuung

Im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sowie spezifisch in der perinatalen Versorgung fehlt in den meisten Fällen eine konsequente psychosoziale Begleitung. Bewährt hat sich hier die Praxis, dass immer dieselben, sensibilisierten Hebammen die Betreuung von Frauen in Kollektivunterkünften übernehmen, da sie mit den Spezifika und Herausforderungen dieser Räumlichkeiten vertraut sind. Heikel in Bezug auf die Begleitung sind insbesondere **Übergänge** wie z.B. von der Betreuung am Wochenbett zur Betreuung durch eine aufsuchende Familienarbeit, oder der Wechsel von einer Kollektiv- in eine Privatunterkunft. Hier gehen unterstützungsbedürftige Mütter zwischen den verschiedenen Angeboten/Stationen oft 'verloren'. Solche Übergänge sollten deshalb sorgfältig begleitet werden (genügend Information, Dolmetschdienste, allfällige Begleitung).

- ❖ HE35: Im Streben nach **Betreuungskontinuität** in der Gesundheitsversorgung empfehlen wir einen besonderen Fokus auf Übergänge, bei denen gehäuft Behandlungsunterbrüche zu beobachten sind (z.B. Übergang von Kollektivunterkünften zu medizinischer Erst- oder Grundversorgung oder spezialisierten Fachstellen; vom Wochenbett zu aufsuchender Familienarbeit oder von kantonalen Unterkünften zu Wohnungen in den Gemeinden). Zudem empfehlen wir die Förderung der Zusammenarbeit zwischen kantonalen Unterkünften, medizinischen Erst- und Grundversorger_innen (z.B. Gynäkolog_innen oder Hebammen) sowie spezialisierten Stellen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit.
- ❖ HE36: Wir empfehlen den vermehrten Einsatz von qualifiziertem Gesundheitspersonal und den Ausbau von Angeboten hinsichtlich sexueller und reproduktiver Gesundheit direkt **vor Ort** in den kantonalen Unterkünften (z.B. Pflegefachpersonen als Gesundheitsverantwortliche, medizinische Sprechstunden, Workshops durch spezialisierte Fachstellen).

8.6.3. Schwerpunkt Perinatale Versorgung

Im Bereich der perinatalen Versorgung stellen sich im Asylbereich zusätzliche Herausforderungen, denen angemessen Rechnung zu tragen ist. So fehlt es sowohl dem Personal in den kanto-

nalen Unterkünften wie auch in der medizinischen Grundversorgung oftmals an relevantem Wissen im Hinblick auf Schwierigkeiten von gewaltbetroffenen Frauen. Weiter ist für Frauen im Asylbereich kein systematischer Zugang zu Hebammengeleiteter Nachsorge gewährleistet. Zudem werden bei Frauen aus dem Asylbereich keine systematischen Screenings im Hinblick auf psychische Erkrankungen im Wochenbett durchgeführt. Auch werden ihnen in mehreren untersuchten Kantonen spezifische Angebote wie bspw. Rückbildungsangebote nicht vergütet und bleiben ihnen dadurch verwehrt. Auch nach dem Wochenbett gibt es in vielen Kantonen wenig Angebote für Mütter, bei denen sie niederschwellige Unterstützung hinsichtlich der Pflege und Betreuung des Säuglings erhalten. Deshalb empfehlen wir bei folgenden Punkten einen spezifischen Fokus auf die Situation schwangerer Frauen und Mütter mit Säuglingen im Asylbereich, um die vollständige Umsetzung des Rechts auf sexuelle und reproduktive Gesundheit zu gewährleisten (s. Kap. 4):

- ❖ HE37: Wir empfehlen die **Schulung** von involvierten Personen und Stellen (Hebammen, Mütter-/Väterberatungsstellen, Gynäkolog_innen etc.) zu den spezifischen Herausforderungen bei gewaltbetroffenen Frauen aus dem Asylbereich während der Schwangerschaft sowie während / nach der Geburt.
- ❖ HE38: Wir empfehlen die Gewährleistung eines systematischen Zugangs zu **Hebammengeleiteter Nachsorge** für Frauen aus dem Asylbereich. Als Beispiele für eine *Good Practice* haben sich Zentren herauskristallisiert, bei denen immer dieselben Hebammen zuständig sind, und die dadurch mit den spezifischen Herausforderungen in Kollektivunterkünften vertraut sind.
- ❖ HE39: Wir empfehlen systematische Screenings auf **psychische Erkrankungen im Wochenbett**.
- ❖ HE40: Wir empfehlen die Verbesserung des Zugangs zu **Angeboten während und nach der Schwangerschaft** (z.B. Geburtsvorbereitungskurse, Rückbildungsangebote) durch bessere Finanzierungen und gedolmetschte Angebote.
- ❖ HE41: Wir empfehlen den Ausbau und die Förderung von **Betreuungsangeboten und Anlauf- und/oder Austauschorten für Eltern nach der Geburt**, um Unterstützung in der Versorgung des Säuglings zu gewährleisten und eine soziale Isolation der Mutter/Eltern zu verhindern.

8.6.4. Materielle Ressourcen

Gerade im Bereich der perinatalen Versorgung fehlt es teilweise an Material wie z.B. Still-BHs oder Babynahrung.

- ❖ HE42: Wir empfehlen die Gewährleistung **angemessener finanzieller Ressourcen für die sachgerechte Versorgung von Säuglingen und Müttern** (Babynahrung, Binden etc.).

8.7. INFORMATIONENFLÜSSE UND DATENSCHUTZ

Die Informationsflüsse in Bezug auf Gesundheitsdaten, Informationen zu Behandlungen und Gefährdungsmeldungen zwischen den Zentren des Bundes, kantonalen Unterkünften, kantonalen und kommunalen Behörden, medizinischen Leistungserbringer_innen, weiteren Unterstützungsangeboten sowie den Asylbehörden konnten hier ihrer Vielfalt und Komplexität wegen nicht systematisch erhoben werden. Die Daten weisen jedoch punktuell auf Herausforderungen hin, welche die Resultate bestehender Studien zum Thema bestätigen:

Während die kantonalen Asylkoordinationsstellen die Informationsflüsse (Gesundheitsdaten, Gefährdungsvermerke) zwischen den Zentren des Bundes und den kantonalen Unterkünften in der Umfrage mehrheitlich als gut bezeichnen, werden auf dem Niveau der Unterkünfte und der medizinischen Erstversorger_innen trotz standardisierter Verfahren oftmals **fehlende, mangelhafte oder spät eintreffende Informationen** beklagt (Cignacco et al. 2017, Müller et al. 2017). Damit wird besonders der Zugang Gewaltbetroffener zu einer sachgerechten Behandlung und Unterstützung erschwert und die Betreuungskontinuität gefährdet. Versorgungslücken drohen jedoch auch bei anderen Übergängen, z.B. beim Ortswechsel vom Kanton in die Gemeinde oder bei einem Statuswechsel. Auch der Rückfluss von Informationen von medizinischen Leistungserbringer_innen an die Unterkünfte ist teilweise lückenhaft. Dieser Informationsfluss wird zudem von der ärztlichen Schweigepflicht erschwert, welche eine Abwägung zwischen Datenschutz und Vermittlung notwendiger Informationen (z.B. via die Behandelten selbst) an die Unterkünfte und gegebenenfalls an die Asylbehörde erfordert.

- ❖ HE43: Wir empfehlen die weitere **Optimierung der Informationsflüsse** zwischen Bundes- und Kantonsbehörden, Unterkünften, medizinischen Leistungserbringer_innen und weiteren Unterstützungsangeboten (z.B. im Hinblick auf das neue Asylverfahren die Rechtsberatung). Dabei gilt es das Augenmerk auf die als heikel identifizierten Übergänge (Ortswechsel, Statuswechsel) und Schnittstellen (z.B. zwischen Unterkünften/medizinischen Leistungserbringer_innen und Asylverfahren) zu richten. Diese Übergänge und Schnittstellen sollten zum Zwecke der Entwicklung gezielter Massnahmen und Abläufe **vertiefter analysiert** werden. Empfohlen wir ferner der Zusammenfluss aller Informationen und eine Koordination der Informationsflüsse zu einer bestimmten Person bei einer Stelle / bei einer persönlichen Betreuungsperson.

8.8. VERNETZUNG UND NUTZUNG VON SYNERGIEN

Staatliche Angebote, die sowohl unter sich als auch mit spezialisierten NGOs, die ergänzende Leistungen erbringen (teilweise staatlich unterstützt), gut **vernetzt** sind, erscheinen als *Good Practices* in Bezug auf die Unterbringung, Behandlung und Unterstützung von Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich.

- ❖ HE44: Wir empfehlen eine bessere **Vernetzung** staatlicher und (staatlich unterstützter) nichtstaatlicher Angebote.

In Bezug auf die Identifikation, Behandlung und Unterstützung gewaltbetroffener Frauen und Mädchen empfiehlt sich zudem die Nutzung von Synergien verschiedenartiger Angebote:

- ❖ HE45: Wir empfehlen das **Zusammendenken der Themen Gesundheitsversorgung und sexuelle Gewalt und Ausbeutung**. Insbesondere empfehlen wir die Nutzung von Angeboten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit für die Identifikation, Triage, Behandlung und Unterstützung von Frauen und Mädchen mit Gewalterfahrungen. Dafür eignen sich insbesondere längerfristige, regelmässige Angebote z.B. im Rahmen der perinatalen Versorgung (Schwangerschaftsbegleitung, Geburtsvorbereitungskurse, Wochenbettbegleitung). Diese spezialisierten Angebote legen besonderes Augenmerk auf den Aufbau von Vertrauensverhältnissen, eine gewisse Kontinuität der Behandlung/Unterstützung sowie die psychosozialen Bedürfnisse von Frauen aus dem Asylbereich. Zentral sind dabei transkulturelle Dolmetschdienste.

- ❖ HE46: Wie empfehlen, **transkulturelle Vermittelnde** vermehrt als umfassendere Begleitende wahrzunehmen, zu fördern und zu entschädigen, denn diese können wertvolle Funktionen über das Dolmetschen hinaus wahrnehmen (z.B. Klientinnen abholen für einen Workshop, Übersetzung von Korrespondenz etc.).

8.9. UNTERSUCHUNGSLÜCKEN UND FORSCHUNGSBEDARF

Wie eingangs der Studie dargelegt, weist die vorliegende Untersuchungen erhebliche Forschungslücken auf, aus denen sich weiterer Forschungsbedarf ableitet, insbesondere:

- ❖ HE47: Wir empfehlen folgende wissenschaftliche Folgeuntersuchungen:
 - Vertiefte qualitative Erhebungen unter Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich zur Erfassung der Erfahrungen, Wahrnehmungen, Bedürfnisse und Handlungsstrategien **Direktbetroffener**.
 - Qualitative Erhebungen zur Rolle sowie zu den Erfahrungen und Wahrnehmungen der **Männer** aus dem Asylbereich in Bezug auf die Themen sexuelle Gewalt und Ausbeutung sowie sexuelle und reproduktive Gesundheit.
 - Vertiefte Analyse der spezifischen Situation von **Mädchen und UMA** im Hinblick auf die Themen sexuelle Gewalt und Ausbeutung sowie sexuelle und reproduktive Gesundheit.
 - Systematische Analyse der spezifischen Situation von **LGBTIQ+** im Hinblick auf die Themen sexuelle Gewalt und Ausbeutung sowie sexuelle und reproduktive Gesundheit. Vor allem **Trans*personen**, deren spezifische Situierung in der vorliegenden Studie besonders wenig Berücksichtigung finden konnte, stehen hinsichtlich der Unterbringung (Benutzung der Sanitäranlagen, Zuteilung zu Schlafräumen etc.) oder hinsichtlich des Themas sexuelle und reproduktive Gesundheit vor besonders grossen Herausforderungen. Hinsichtlich der Thematik LGBTIQ+ insgesamt ist erstens der Schutz sichtbarer LGBTIQ+, z.B. durch private Unterbringung, und zweitens eine Sensibilisierung zu unsichtbaren LGBTIQ+, wie z.B. Regenbogenfamilien, welche nicht auf den ersten Blick als solche erkennbar sind, zu gewährleisten.
 - Erarbeitung von sozialwissenschaftlichem Grundlagenwissen zur Situation von **abgewiesenen Asylsuchenden** und **vorläufig Aufgenommenen** hinsichtlich der fraglichen Themen.
 - Erarbeitung von sozialwissenschaftlichem Grundlagenwissen zur Situation von **Personen in der Langzeitnothilfe** und in **Ausschaffungshaft**.

Weiter sollten alle getroffene Massnahmen wissenschaftlich begleitet und ausgewertet werden:

- ❖ HE48: Wir empfehlen ein **Monitoring** und eine **Evaluation** der getroffenen Massnahmen.

9. ANHANG

9.1. LISTE DER BEFRAGTEN STELLEN/PERSONEN

Kanton	Name/Funktion	Stelle
Bern	- Anja Hurni, Hebamme, MSc in Reproductive and Sexual Health Research	Mamamundo, Geburtsvorbereitung für Migrantinnen
	- Lic. phil. Suzan Panic, Eidg. anerkannte Psychotherapeutin/Fachpsychologin für Psychotherapie FSP	Universitäre Psychiatrie Dienste Bern UPD, Sprechstunde für Transkulturelle Psychiatrie
	- Lic. phil. Mirjam Ringenbach, Sozialarbeiterin	
	- Dr. phil. Carola Smolenski, Eidg. anerkannte Psychotherapeutin/Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, Therapeutische Leiterin	Ambulatorium für Kriegs- und Folteropfer SRK
	- Franziska Stettler, MAS Sexuelle Gesundheit im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich, Fachperson Sexuelle Gesundheit SGCH	Zentrum Sexuelle Gesundheit (ZSG) Inselspital
	- Lic. rer. soc. Barbara Zwahlen	Aids Hilfe Bern
	- Leitung, anonymisiert	Opferberatungsstellen (Tel.)
	- Leitung, anonymisiert - Gesundheitsverantwortliche, anonymisiert	Kollektivunterkunft 1 (Testinterview)
	- Gesundheitsverantwortliche, anonymisiert	Kollektivunterkunft 2
	- Gesundheitsverantwortliche, anonymisiert	Kollektivunterkunft 3
Genf	- Sibel Can-Uzun, juriste - Thao Pham, juriste	Centre social protestant Genève
	- Philippe Klein, Psychologue et psychothérapeute FSP	Appartenances
	- Dr. Sophie Durieux, responsable du Programme santé migrants	Programme santé migrants
	- Fanny Perret, sage-femme indépendante	Hebammenverband Arcades
	- Leitung, anonymisiert	Kollektivunterkunft 1
	- Assistant(e) social(e), anonymisiert	Hospice général
Neuenburg	- Sarah Guyot Robert	Planning familial
	- Raquel Germano - Claudia Marcos	Maison de santé
	- Dr. Julie Meyrat-Diakhaté	Centre Neuchâtelois de Psychiatrie
	- Sabrina Rinaldo	Service cantonal de la santé publique
	- Leitung, anonymisiert - Mitglied der kantonalen Behörde, anonymisiert	Kollektivunterkunft 1
Nidwalden	- Brigitte Hürzeler, Integrationsbeauftragte Kanton Nidwalden	Abteilung Gesundheitsförderung und Integration
	- Moira Maters, Sozialberatung mit Verantwortung Frauen/Kinder/Familien N/VA/F	Amt für Asyl und Flüchtlinge
	- Erika Liem Gander, Mütterberaterin, Pflegefachfrau HF, Gesundheitspflegefachfrau NDS HF	Aufsuchende Familienarbeit (Tel.)
	- Lea Ming, Sozialarbeiterin BA, MAS Se-	Elbe - Fachstelle für Lebensfragen, Schwanger-

	xuelle Gesundheit im Bildungs-, Gesundheits- & Sozialbereich	schaft & Familienplanung (Tel.)
	- Dr. med, anonymisiert	Fachperson Allgemeinmedizin (Hausarzt)
	- Leitung, anonymisiert	Kollektivunterkunft, Leitung
Thurgau	- Sandra Giachetti, Dipl. Sozialarbeiterin FH	Beratungsstelle für Familienplanung, Schwangerschaft und Sexualität (Tel.)
	- Lic. phil. Doris Grauwiler, Psychologin - Laura Spiri, Fachmitarbeiterin Gesundheitsförderung und Prävention - Rita Messerli, Sexualpädagogin/Sexologin	Perspektive Thurgau
	- Dipl.-Jur. Tilla Jacomet	HEKS Rechtsberatungsstelle für Asylsuchende (Tel.)
	- Dr. med., Brigitt Bohner, Allg. Innere Medizin FMH	Fachperson Gynäkologie
	- Dr. med. Martin Wirth, Allgemeinarzt FMH	Fachperson Allgemeinmedizin (Hausarzt)
	- Anonymisiert	Opferberatungsstelle (Tel.)
	- Leitung, anonymisiert	Kollektivunterkunft 1
	- Zentrumsmitarbeiter_in, anonymisiert	
Überregional	- Irina Spirgi, Sozialpädagogin - Géraldine Merz, Mitarbeiterin Öffentlichkeitsarbeit	Fachstelle für Frauenhandel und Frauenmigration (FIZ)
	- Simone Eggler lic. phil. hist. und lic. jur., Fachfrau mit Spezialisierung auf geschlechtsspezifische Gewalt/Zwangsverheiratung und -ehe	TERRE DES FEMMES (TDF)
	- Dr. Fana Asefaw, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Clenia, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Forschung	- Prof. Dr. Eva Gignacco	Berner Fachhochschule Gesundheit BFH
	- Julia Hochuli, MA, Sozialanthropologin	Universität Bern
	- Dr. Annika Lems, Sozialanthropologin	Universität Bern
	- Semhar Negash, MA und transkulturelle Begleiterin	Universität Bern
	- Mehari Ukbaldet, MA und transkultureller Dolmetschender	Universität Bern

9.2. ANGABEN ZU DEN UNTERSUCHTEN KANTONALEN KOLLEKTIVUNTERKÜNFEN

Unterkunft				Personal				Bewohner_innen			
Kanton	Lage (ländlich/urban)	Betreiber_in	Anzahl Plätze	Anzahl Soz.arbeitende (Betreuung)	Anzahl Freiwillige	Gesundheits- personal (ja/nein)	Sicherheits- personal (ja/nein)	Anzahl Bewoh- nende	Anteil Frauen	Status (alle) (Abgewiesene AS; N; F; B) (geschätzter) Anteil	4 häufigste Herkunftslän- der (Frauen) (absteigende Reihenfolge)
BE	stadtnah	NGO	70	3	12	nein	ja (Nacht)	70	34.50%	Abgewiesene AS ca. 66%; N 33%; F 1 Person	Äthiopien; Tibet; Eritrea; Syrien
BE	stadtnah	NGO	22	1	5	nein	nein	22	95,5% (1 Kind)	Abgewiesene AS ca. 66%	Eritrea; Sri Lanka; Äthiopi- en; Tibet
GE	urban	Kanton	550	11	Keine Statis- tiken	nein	ja (Tag und Nacht)	454	24%	Abgewiesene AS 14,8%; ETSP 10,4%; N 24,2%; F 20,3%; B 25,8%	Eritrea; Sri Lanka; Afgha- nistan; Syrien
NE	ländlich	Kanton	130	5	Keine Statis- tiken	nein	ja (Nacht)	85	27%	Abgewiesene AS 36,5%; N 56,5%; B 7%	Syrien; Eritrea; Pakistan; Irak/Türkei
NW	ländlich	Kanton		1	Keine	nein	ja (Nacht)	98	10%	ca. N 60%; F 30%; F und B 10%	Eritrea; Somalia; Türkei; Syrien
TG	urban	Private Stiftung	109	5	4			90	21%	Abgewiesene AS 63%; N 37%	Afghanistan; Algerien; Ko- sovo; Äthiopien
(BE)*	stadtnah	NGO	76	4	9	nein	ja (Nacht)	72		Abgewiesene AS 48%; N 35%; F 10%; F und B 7%	VR China/Tibet; Eritrea; Syrien; Äthiopien

* Testinterview

10. LITERATUR

- ALLEMANN, OLIVIA; Breuer, Nora (2018): Soziale Arbeit im Kontext Flucht: Ausstattungs- und Austauschdefizite geflüchteter Menschen und die Mandatierung der Sozialen Arbeit. Bachelorarbeit der Hochschule Luzern Soziale Arbeit, Luzern.
- BICKEL, KARIN; Schmutz, Thomas (2017): Sozialhilfe im Asyl- und Flüchtlingsbereich. SozialAktuell 7/8, S. 18-19.
- BOLLINI, PAOLA; Fall, Sarah; Wanner, Philippe (2010): Vers un système intégré d'indicateurs de la santé maternelle et infantile auprès des collectivités d'origine étrangère en Suisse. Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG), Bern.
- BÜCHLER, ALEXANDRA (2016): Frauen – Flucht – Asyl. Die Situation von Frauen und Mädchen auf der Flucht und im schweizerischen Asylverfahren. Bericht der Schweizerischen Beobachtungsstelle für Asyl- und Ausländerrecht, Bern.
- BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT (BAG) (2015). Gesundheit von Müttern und Kindern mit Migrationshintergrund – Bericht des Bundesrats in Erfüllung des Postulates Maury Pasquier (12.3966) (S. 1-35), Bern.
- BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT (BAG); Staatssekretariat für Migration (SEM) (2017): Gesundheitsversorgung für Asylsuchende in Asylzentren des Bundes und in den Kollektivunterkünften der Kantone. Konzept zur Sicherstellung der Erkennung, Behandlung und Verhütung von übertragbaren Krankheiten sowie des Zugangs zur notwendigen Gesundheitsversorgung, Bern-Wabern.
- CIGNACCO, EVA; Berger, Anke; Sénac, Coline; Wyssmüller, Doris; Hurni, Anja; zu Sayn-Wittgenstein, Friederike (2017): Sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung von Frauen und ihren Säuglingen in Asylunterkünften in der Schweiz (REFUGEE). Eine Situationsanalyse und Empfehlungen. Bericht der Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit, Disziplin Geburtshilfe, Bern.
- DOERING, WIEBKE (2011): Frauen im Asylverfahren. Die Anerkennung frauenspezifischer Fluchtgründe in der Schweizer Asylpraxis. Bericht von *TERRE DES FEMMES* Schweiz, Bern.
- DOMENIG, DAGMAR, HG. (2007). Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern [etc.]: Huber.
- EGGLER SIMONE; Wegelin, Milena; Birri, Marisa, KKF (2018): Häusliche Gewalt im Kontext von Flucht und Asyl. Leitfaden für den Asylbereich im Kanton Bern. Broschüre von *TERRE DES FEMMES* Schweiz (TDF) und Kirchliche Kontaktstelle für Flüchtlingsfragen (KKF), Bern.
- FREI, NULA (2018): Menschenhandel und Asyl. Die Umsetzung der völkerrechtlichen Verpflichtungen zum Opferschutz im schweizerischen Asylverfahren, Baden-Baden.
- GOGUIKIAN, RATCLIFF, Betty; Pereira, Catarina; Sharapova, Anna; Grimard, Nathalie; Borel Radeff, Fabienne; Moratti, Anne (2014): Étude longitudinale du stress perinatal des femmes migrantesallophones. Rapport final pour l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), Berne.
- GRETA (2015): Rapport concernant la mise en œuvre de la Convention du Conseil de l'Europe sur la lutte contre la traite des êtres humains par la Suisse, 3 juillet 2015, GRETA(2015)18.
- HERMANN, MARTINA (2013): Migrationsgerechte Angebote im Bereich reproduktive Gesundheit und frühe Kindheit in der Schweiz. Eine Bestandesaufnahme von Projekten, Massnahmen und Arbeitsmethoden. Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG), Bern.
- HOCHULI, JULIA (2017): Die Macht der Zeit. Eine sozialanthropologische Analyse der Narrationen asylsuchender Frauen zu den Erfahrungen ihres gelebten Alltags im Schweizerischen Asylsystem durch die Linse der Zeit. Masterarbeit am Institut für Sozialanthropologie der Universität Bern.

- ISS (2018): Mapping der MNA-Betreuungsstrukturen in den Kantonen; <https://www.ssi-suisse.org/de/mapping-der-mna-betreuungsstrukturen-den-kantonen/137> (Zugriff 12.03.2019)
- KAYA, BÜLENT; Liewald, Katharina; Wälchli, Martin (2017): Informations ayant trait à la santé destinées aux requérants d'asile en Suisse. Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit, Bern-Wabern.
- LEMS, ANNIKA (2018): Being-here: placemaking in a world of movement. New York; Oxford: Berg-hahn.
- MERTEN, SONJA; Gari, Sara (2013): Die reproduktive Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz und anderen ausgewählten Aufnahmeländern. Eine Zusammenfassung der Literatur 2006-2012. Im Auftrag des Nationalen Programms Migration und Gesundheit 2008-2013, Bundesamt für Gesundheit, Bern.
- MING, LEA (2018): Ungeplant schwanger im schweizerischen Asylkontext. Eine qualitative Befragung von Betroffenen zu Rahmenbedingungen und Entscheidungspraxis, Master-Arbeit im Rahmen des MAS Sexuelle Gesundheit im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich, Hochschule Luzern.
- MÜLLER, FRANZISKA; Laubereau, Birgit; Bucher, Noëlle; Ostrowski, Gaspard (2017): Gesundheitsversorgung für Asylsuchende. Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG), Interface Politikstudien Forschung Beratung, Luzern.
- MÜLLER, FRANZISKA; Roose, Zilla; Landis, Flurina; Gianola, Giada (2018): Psychische Gesundheit von traumatisierten Asylsuchenden: Situationsanalyse und Empfehlungen. Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG), Interface Politikstudien Forschung Beratung, Luzern.
- ORIGLIA IKHILOR, PAOLA; Hasenberg, Gabriele; Kurth, Elisabeth; Stocker Kalberer, Barbara; Cignacco, Eva; Pehlke-Milde, Jessica (2017): Barrierefreie Kommunikation in der geburtshilflichen Versorgung allophoner Migrantinnen – BRIDGE, Bern.
- RABE, HEIKE (2015): Effektiver Schutz vor geschlechtsspezifischer Gewalt – auch in Flüchtlingsunterkünften. Bericht des Deutschen Instituts für Menschenrechte, Berlin.
- RABE, KEIKE; Leisering Britta (2018): Analyse - Die Istanbul-Konvention. Neue Impulse für die Bekämpfung von geschlechtsspezifischer Gewalt, Deutsches Institut für Menschenrechte, Berlin.
- RECHER, ALECS (2017): Sexuelle und reproduktive Gesundheit und diesbezügliche Rechte. Eine Bestandsaufnahme zum Recht der UNO, des Europarates und der Schweiz. Bericht zu Handen von Sexuelle Gesundheit Schweiz, Bern.
- SANCHEZ-MAZAS, MARGARITA et al. (2011): La construction de l'invisibilité. Suppression de l'aide sociale dans le domaine de l'asile. Genf: ies éditions.
- SANTÉ SEXUELLE SUISSE ET SEXUAL RIGHTS INITIATIVE (2017): Joint submission, Universal Periodic Review of Switzerland.
- SEXUELLE GESUNDHEIT SCHWEIZ (2017): Schwangerschaftsverhütung: Welchen Zugang haben Asylsuchende? Bericht zur Umfrage im September 2016 bei den Kantonen und beim Staatssekretariat für Migration (SEM), Bern/Lausanne.
- SCHUWEY, CLAUDIA (2018): Bestandsaufnahme über die aktuelle Praxis zur Sensibilisierung für Gleichstellungsfragen im Asylverfahren. Bericht der Berner Fachhochschule, Fachbereich Soziale Arbeit zuhanden der kantonalen Fachkommission für Gleichstellungsfragen, Bern.
- STERN, SUSANNA, Trageser Judith, Rügge, Bettina, Iten, Rolf (2014): Maisons d'accueil pour femmes en Suisse : analyse de la situation des besoins, rapport établi sur mandat de la CDAS et du BFEG, Infrac, Zürich.
- UKBALIDET, MEHARI (2018): Facilitated Irregular Migration of Eritreans across the Sahara to Lybia: Refugees' Memories of Route Experiences. Masterarbeit am Institut für Sozialanthropologie der Universität Bern.

- WEGELIN, MILENA; Eggler, Simone; Reichmuth, Florence (2014): Bericht zur Lage asylsuchender Frauen in Kollektivunterkünften. Bericht von *TERRE DES FEMMES* Schweiz, Bern.
- WICKER, HANS-RUDOLF (2012): Migration, Differenz, Recht und Schmerz: sozialanthropologische Essays zu einer sich verflüchtigenden Moderne, 1990-2010. Zürich: Seismo.