

Erschwerter Zugang zu Verhütung in den Asylzentren: Perspektiven von geflüchteten Frauen in der Schweiz

Milena Wegelin, Christine Sieber, Eva Cignacco

Für geflüchtete Frauen in der Schweiz ist der Zugang zu Verhütungsmitteln stark durch ihre aufenthaltsrechtliche Situation geprägt. Barrieren bestehen sowohl bezüglich der Finanzierung als auch dem Zugang zu fachlicher Beratung und stellen eine signifikante Beschränkung der reproduktiven Rechte dar. Betroffene Frauen weisen zusätzlich auf die erschwerten Umstände einer Mutterschaft in den kollektiven Unterbringungsstrukturen hin. Der Ansatz der reproduktiven Gerechtigkeit im Forschungsprojekt »REFPER« trägt diesem erweiterten Blickwinkel Rechnung.

Aufgrund verschiedener struktureller Barrieren im Bereich der Familienplanung und beim Zugang zu Verhütungsmitteln besteht für geflüchtete Frauen in der Schweiz eine markante Versorgungslücke (Amacker et al., 2019; Cignacco et al., 2017; SEM, 2019). In der Sozialhilfe zählen Verhütungsmittel zu den «nicht kassenpflichtigen Medikamenten» und müssen demnach grundsätzlich über den sogenannten Grundbedarf selbst finanziert werden. Für die Sozialämter besteht gleichzeitig ein gewisser Handlungsspielraum für eine Finanzierung im individuellen Fall. Daraus entsteht eine Ungleichbehandlung, da keine einheitliche Praxis unter den Kantonen, Gemeinden und Ämtern be-

steht. Der Zugang zur Finanzierung ist somit nicht für alle Menschen gewährleistet und insbesondere für Armutsbetroffene bestehen Barrieren (SGCH, 2017, 2019).

Diverse Barrieren im Zugang zu Verhütungsmitteln

Diese behördliche Praxis wirkt sich direkt auf die Bevölkerungsgruppe der geflüchteten Frauen aus (Sieber, 2017). Da sie in der Schweiz aufgrund ihrer Fluchtbiografie in eine marginalisierte und prekarierte Situation geraten, sind sie ökonomisch ab-

hängig von der Sozialhilfe und auf die Finanzierung der Verhütungsmittel angewiesen. In allen Asylstrukturen werden zwar grundsätzlich Kondome kostenlos abgegeben, diese verlangen aber eine Kooperation der Sexualpartner. Zu anderen Arten von Verhütungsmitteln besteht nur ein beschränkter Zugang, der auch von ihrem Aufenthaltsstatus abhängt. Weiter besteht ein ungedecktes Recht der Frauen auf Information, die ihnen selbstbestimmte Entscheidungen ermöglicht. Dabei geht es um die Fragen, ob und welche Verhütung sie wählen möchten, welche Unterstützungsangebote bestehen und ob sie diese in Anspruch nehmen (Amacker et al., 2019). Vor diesem Hintergrund kommt erschwerend hinzu, dass sich geflüchtete Frauen grundsätzlich in einem hoch fragmentierten Gesundheitssystem wie demjenigen der Schweiz nicht auskennen und gleichzeitig sehr unterschiedliche Wissensressourcen bezüglich ihrer eigenen reproduktiven Gesundheit mitbringen. Diese Situation stellt eine maßgebliche Beeinträchtigung der reproduktiven Freiheit von geflüchteten Frauen dar.

Erweiterter Blickwinkel: Das Projekt »REFPER«

Für die Studie »REFPER. Reproduktive Gesundheit - Die Perspektive geflüchteter Frauen in der Schweiz« der Berner Fachhochschule (BFH) wurden 14 semi-strukturierte Interviews mit vorwiegend Arabisch sprechenden Studienteilnehmerinnen geführt (die Projektmitarbeitenden sprechen Arabisch). Gruppendiskussionen mit den Co-Forschenden, die ebenfalls eine Fluchtbiografie haben, ergänzten die Datenanalyse. Über die laufende Studie wird Ende 2023 ein Forschungsbericht publiziert werden (<https://www.bfh.ch/de/forschung/referenzprojekte/reproduktive-gesundheit>).

Im Zentrum der Forschung stehen die individuellen Bedürfnisse geflüchteter Frauen, die durch ihren lebensbiografischen Kontext und entsprechende Wissensressourcen geprägt sind. Im iterativ (wiederholend) angelegten Forschungsprozess erweiterten wir den Blickwinkel aufgrund der Interviewergebnisse und der Gruppendiskussionen: Die Frage eines effektiven Zugangs zu selbstbestimmter Verhütung

ergänzen wir im aktuellen Forschungsprozess um die Frage der selbstbestimmten Mutterschaft. Konzeptuell rahmen wir die Forschung mit dem Ansatz der reproduktiven Gerechtigkeit. Dieser verbindet reproduktive Gesundheit mit sozialer Gerechtigkeit. Er entstand in den 1990er-Jahren in den USA, weil sich Women of Color in der weiß dominierten Frauenrechtsbewegung der Mittelschicht nicht repräsentiert fühlten. Sie kritisierten die Pro-Choice-Debatten und zeigten auf, dass diese Rechte nicht losgelöst vom gesellschaftlichen Kontext diskutiert werden können. Der Ansatz fächert sich in vier Felder auf: das Recht, die persönliche körperliche Autonomie zu bewahren, um 1) keine Kinder zu haben, wie auch das Recht, 2) Kinder zu haben, das Recht, 3) die eigenen Kinder in einer sicheren und gesunden Umgebung aufzuziehen, sowie 4) das Recht, die eigene Sexualität selbstbestimmt zu leben (Ross & Kitchen, 2021; Ross & Solinger, 2017).

Neben dem Zugang zu Rechten und Gesundheitsleistungen stellt sich in diesem Rahmen auch die Frage, wer historisch gesehen und in den heutigen Diskursen gesellschaftlich legitimiert ist, Mutter zu sein (right to motherhood). Weiter soll aufgezeigt werden, wie marginalisierte Mütter aufgrund von strukturellen Ungleichheiten in Lebenssituationen gestoßen werden, die ihre Mutterschaft erschweren.

In unserer Forschung untersuchen wir demnach, wie geflüchtete Frauen im Asylkontext der Schweiz Elternschaft sowohl planen als auch erleben. Dabei steht nicht mehr nur das Recht auf Verhütungsmittel im Sinne einer Wahlfreiheit im Fokus, sondern auch Zugänge zu den genannten reproduktiven Rechten, die durch sozioökonomische Faktoren und gesellschaftliche Ungleichheiten strukturiert sind. An dieser Stelle skizzieren wir erste Erkenntnisse aus dem Forschungsprozess.

Reproduktive Fluchtbiografien

Risikoreiche Fluchtwege beeinflussen die reproduktive Gesundheit von geflüchteten Frauen. Der hohen Prävalenz von sexualisierter Gewalt muss in diesem Kontext besonders Rechnung getragen werden. Bezüglich der Verhütung beschreiben Studienteilneh-

merinnen je nach Fluchtweg und persönlicher Situation unterschiedliche Handhabungen. Exemplarisch steht hier der Umgang mit der Spirale: eine interviewte Frau setzte sie vor der Flucht ein, eine zweite entfernte sie vor Fluchtbeginn, weil sie nicht wusste, ob gesundheitliche Versorgung auf dem Fluchtweg garantiert sein würde, und eine dritte Frau erklärte, während der langen Jahre der Flucht die im Heimatland eingesetzte Spirale vollends vergessen zu haben. Eine Beratung zur reproduktiven Gesundheit bei Ankunft in der Schweiz wäre demnach angezeigt; umso mehr, als das zukünftige Aufnahmeland von vielen interviewten Frauen mit Stabilität und Sicherheit in Verbindung gebracht wurde und in diesem Sinne auch für eine Familiengründung oder -erweiterung geeignet erschien: »Mein Mann hat gesagt, okay, wir gehen in ein sicheres Land. Wir können nochmals ein Kind zeugen, ein Kind haben, und dann werden wir dort keine Probleme haben.« In der Schweiz angekommen, finden sich die Frauen im Asylverfahren jedoch oft unerwartet weiterhin in einer sehr unsicheren Lebenssituation. Aufgrund des prekarierten Lebens in den Kollektivunterkünften richtete eine andere Studienteilnehmerin ihre reproduktiven Strategien vor Ort neu aus: »Mein Ehemann und ich, wir entschieden, später Kinder zu haben. Weil, auch im Camp war es nicht gut für Frauen, schwanger zu sein. Es ist sehr schwierig für eine Frau, im Camp schwanger zu sein.« Der unsichere Verfahrensausgang und der undefinierte Zeit-horizont des Verfahrens drängen die Frauen in eine Phase der Instabilität. Vor diesem Hintergrund ist es elementar, dass sie sich gleich bei Ankunft im Aufnahmeland mit Fragen zu selbstbestimmter Verhütung auseinandersetzen können.

Soziale Hierarchien strukturieren den Zugang zu fachlicher Information

Bei den Studienteilnehmerinnen bestand bei Ankunft in der Schweiz ein Bedarf an Information bezüglich der zugänglichen Verhütungsmittel und insbesondere ihrer Wirkungsweisen. Nicht alle erhielten grundsätzlich Zugang zu qualifizierter fachlicher Information: »Es gibt sicher viele Verhütungsmittel hier, aber ich wusste das nicht. Zum Beispiel die Spirale oder die Spritze, die sie in den Arm oder

Rücken geben, solche Dinge. Ich wusste nicht genau, aber ich vermutete, dass es das gibt.« Oftmals verschaffen sich die Frauen ihr Wissen über ihr soziales Umfeld und über digitale Kanäle. Dies ist insofern problematisch, als es Unsicherheiten und Ängsten Vorschub leistet: »Weil man oft schreckliche Geschichten hört, von anderen. Ich würde auch nie eine Spirale nehmen. Weil ich immer nur schlechte Sachen höre. Wenn etwas Gutes passiert, dann spricht man nicht darüber, oder? Oftmals wird erzählt über schlechte Erfahrungen (...) Und, eh, Verhütungsmittel ist eine davon.«

Neben Scham und soziokulturellen Normen führen geflüchtete Frauen auch soziale Hierarchien als Kommunikationsbarrieren an. Zusätzlich zu der oftmals fehlenden Dolmetschung beeinflussen diese Hierarchien auch die Kommunikation: »Weil, dieses Asylsystem alles, eh ... macht uns klein. Und irgendwie, das hinzukriegen, dass sie uns nicht in ..., dass sie uns immer ... dumm oder ... Das sind einfach so Gefühle. Viele Sachen fallen uns nicht so leicht. Um selbstbewusst zu sein oder etwas zu fragen oder so.« Diese Faktoren in der Kommunikation mit Fach- und Betreuungspersonen strukturieren den Zugang zu fachlicher Information, die schließlich maßgebend ist, damit Frauen informiert über ihre Verhütung und Familienplanung entscheiden können. Die Tatsache, dass geflüchtete Frauen in ihrer prekarierten Situation nur über sehr wenige Ressourcen verfügen und sich dieses Wissen proaktiv erkämpfen müssen, kann als eine mögliche Erklärung herangezogen werden, dass sie sich letztlich häufig auf natürliche Verhütungsmethoden beschränken (Inci et al., 2020). Dies ist gerade vor dem Hintergrund ihrer Lebenssituation in der Kollektivunterkunft problematisch und kann zu ungewollten Schwangerschaften führen, welche die Frauen zusätzlich in eine schwierige Lage bringen.

Absprechen von Mutterschaft und Sexualität im Asylkontext

Die gravierenden Umstände der Lebensbedingungen in den Kollektivunterkünften wie behördliche Abhängigkeiten, hohe Gewaltprävalenz, fehlende Privatsphäre, prekäre Infrastruktur, soziale Margi-

nalisierung, beschränkter Zugang zu Gesundheitsversorgung stellen enorme Herausforderungen für Schwangere in den Kollektivunterkünften dar (Gewalt et al., 2019). Einige Studienteilnehmerinnen thematisieren zusätzlich, wie ein Leben in der Kollektivunterkunft kein sicheres und gesundes Umfeld für Kinder darstelle und Mutterschaft demnach erschwere. Einige führen aus, dass dies ein zentraler Grund sei, in den Kollektivunterkünften nicht schwanger werden zu wollen: »Und die Frau war eine Arme, schon grundsätzlich. Und sie war mit einem kleinen Baby im Camp. Und sie wollte kochen für ihre beiden anderen Kinder, sie hatte ihre Tochter immer jemandem gegeben. Und ich habe mir vorgestellt, mich selbst, in ihrer Situation. Und es wäre für mich sehr schwierig gewesen. Ich hatte nicht an Schwangerschaft gedacht, weil ich diese Dinge sah. Nicht, solange die Umgebung nicht passender ist für Kinder.«

Die strukturellen Bedingungen schränken die selbstbestimmte Reproduktion demnach stark ein. Im Forschungsprozess erkannten wir, dass das Recht auf reproduktive und sexuelle Gesundheit nicht nur in Bezug auf den Zugang zu Gesundheitsversorgung gedacht, sondern breiter auf die strukturellen Rahmenbedingungen bezogen werden muss. Mit dem Ansatz der reproduktiven Gerechtigkeit lässt sich dieser erweiterte Blick konzeptuell rahmen: Es steht nicht nur das reproduktive Recht im Zentrum, Eltern zu werden oder nicht, sondern ebenso das Recht, Kinder unter guten Lebensbedingungen aufzuziehen. Laut Loretta Ross Solinger, einer Begründerin dieses Ansatzes, ist die Frage, wer eine legitime Mutter sein kann, eng mit der Frage verbunden, wessen Sexualität als legitim angesehen wird (Ross & Solinger, 2017). In diesem Spannungsfeld finden sich auch geflüchtete Frauen wieder. Einerseits besteht eine räumliche Verhinderung von Sexualität: »Wenn du siehst, wie die Struktur und alles ist: Das heißt, kein Privatleben. Ich war mit meinem damaligen Ehemann, ich musste mit 15 Personen im gleichen Zimmer schlafen. Das heißt, unsere Bedürfnisse, Sex und solche Sachen, Privatleben ... das ist verboten, irgendwie! Niemand will dich verstehen, wenn du das hast, oder? Weil du nicht schließen kannst deine Türe und einfach zehn Minuten mit deinem Mann zu sein, einfach. Das heißt, wenn du denkst,

hier ist Sex nicht erlaubt, das heißt, schwanger sein auch nicht erlaubt!« Andererseits erleben geflüchtete Frauen auch eine diskursive Delegitimierung ihrer Sexualität und Schwangerschaft, wie eine Erzählung aus einer Gruppendiskussion aufzeigt: »Es war für sie noch nicht ganz klar, ob sie hier in der Schweiz bleiben kann oder ob sie ausgeschafft wird nach Italien, weil sie dort Fingerabdrücke hat und so. Und dann ..., bei der ersten medizinischen Befragung ... - sie fragen dort, ob sie schwanger sind oder nicht - sie hat gesagt, [Ich bin neu verheiratet, ich bin nicht schwanger, aber ich möchte jetzt nicht schwanger werden. Und ich möchte die Anti-Baby-Pille haben.] Und dann sie hat sie ausgelacht. Sie hat mit ihr auf Englisch gesprochen und sie hat gesagt, [Denkst du an Kinder und Schwangerschaft und du bist noch in Asylheim!?!] Die Frau meinte, sie habe sich gefühlt, als sage sie: [Du kannst in dieser Zeit nicht mit deinem Mann schlafen.] Sie sagte: [Aber ich brauche das!] Und dann hat die Person gesagt: [Draußen gibt es Kondome, du kannst ein paar nehmen.]« Das institutionelle Absprechen von Sexualität und Mutterschaft führt dazu, dass Fragen der Verhütung nicht der entsprechende Raum gegeben wird.

Auswirkungen auf die reproduktiven Rechte und die Gesundheit der Frauen

Wie sich diese Politik des Absprechens von Sexualität und Mutterschaft auf einen erschwerten Zugang zu Verhütungsmitteln auswirken kann, zeigt sich an der folgenden Biografie einer Forschungsteilnehmerin. Ihr Asylgesuch wurde abgewiesen und sie ist von der Sozialhilfe ausgeschlossen. Seit Jahren ist sie mit ihrer Familie in Kollektivunterkünften untergebracht. Sie erzählt: »Und schon seit langer Zeit frage ich, ob ich mich unterbinden [sterilisieren] könnte, damit ich definitiv keine Kinder mehr kriege. Und sie haben gesagt, [Nein, wir können das nicht bezahlen. Wenn du willst, dann kannst du das selber zahlen.] Sogar die Spirale müsste ich selber bezahlen. (...) Aber nun bin ich schwanger, sie wären jetzt bereit, den Schwangerschaftsabbruch zu bezahlen. Also, warum, obwohl ich seit zwei oder drei Jahren für Verhütung frage, warum sagen sie immer Nein?« Im Gegensatz zu den Kosten der Verhütungsmittel werden die Kosten für Schwangerschaftsabbrüche

von der obligatorischen Krankenkasse übernommen. Dies hat Auswirkungen auf die Menschen im Asylbereich. Eine Fachperson beschreibt die Logik pointiert: »Das aktuelle Finanzierungssystem fördert Abtreibung statt Verhütung« (Amacker et al., 2019, S. 100). Auch die Forschungsteilnehmerin führt als Erklärung für ihre Situation eine ökonomische Ratio an: »Sie bezahlen den Schwangerschaftsabbruch, weil sie nicht viel ausgeben wollen. Weil sie geben für uns aus. Sie geben Geld aus für die Kinder. Sie wollen nicht, dass es zu viele Kinder gibt, damit sie nicht zu viel Geld ausgeben. Sie sagen es nicht direkt, aber sie machen es uns deutlich. Und wenn du viele Kinder hast, dann sagen sie dir, [warum viel?]. Weil das ist teuer, die Kinder.« Der erschwerte Zugang zu Verhütung ist sicherlich multikausal. Die restriktiven finanziellen Mittel, die den Asylkontext grundsätzlich und so auch die Gesundheitsversorgung strukturieren wie auch die beschriebenen räumlichen und diskursiven Logiken, die Sexualität und Mutterschaft erschweren, sind dabei maßgeblich. Mit dem Ansatz der reproduktiven Gerechtigkeit unserer Forschung sollen die verschiedenen Facetten erkennbar werden.

Dank

Herzlicher Dank geht an Nour Abdin für den steten inhaltlichen Austausch und Tahmina Taghiyeva, Elif Gökalp, Fatma Leblebici, Saba Salomon, Laila Sarrar und Saadia Si Fodil für ihre Unterstützung in der Analysephase des Projektes sowie Dr. Laura Perler für ihr inhaltliches Feedback im Rahmen unserer projektübergreifenden Zusammenarbeit.

Literatur

- Amacker, M., Büchler, T., Efonyi-Mäder, D., Egenter, J., Fehlmann, J., Funke, S., Graf, A., & Hausammann, C.** (2019). Postulat Feri 16.3407. Analyse der Situation von Flüchtlingsfrauen. Zur Situation in den Kantonen. Bericht zu Händen des Staatssekretariats für Migration (SEM) und der Schweizerischen Konferenz der Kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK)
- Cignacco, E., Berger, A., Sénac, C., Wyssmüller, D., Hurni, A., & zu Sayn-Wittgenstein, F.** (2017). Sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung von Frauen und ihren Säuglingen in Asylunterkünften in der Schweiz (REFUGEE). Eine Situationsanalyse und Empfehlungen.
- Gewalt, S. C., Berger, S., Szecsenyi, J., & Bozorgmehr, K.** (2019). »If you can, change this system«. Pregnant asylum seekers' perceptions on social determinants and material circumstances affecting their health whilst living in state-provided accommodation in Germany – a prospective, qualitative case study. *BMC Public Health*, 19(1), 287. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6481-2>
- Inci, M. G., Kutschke, N., Nasser, S., Alavi, S., Abels, I., Kurmeyer, C., & Sehouli, J.** (2020). Unmet family planning needs among female refugees and asylum seekers in Germany – is free access to family planning services enough? Results of a cross-sectional study. *Reprod Health*, 17(1), 115. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00962-3>
- Ross, L., & Kitchen Politics** (2021). Mehr als Selbstbestimmung! Kämpfe für reproduktive Gerechtigkeit. Mit einem Grundlagentext von Loretta J. Ross (1. Auflage ed.). edition assemblage.
- Ross, L. J., & Solinger, R.** (2017). *Reproductive Justice. An Introduction* (1 ed.). University of California Press. <http://www.jstor.org/stable/10.1525/j.ctv1wxsth>
- SEM/Staatssekretariat für Migration** (2019). Analyse der Situation von Frauen und Mädchen aus dem Asylbereich in den Bundesasylzentren und in den Kollektivunterkünften der Kantone. Bericht des Staatssekretariats für Migration zur Situation von Flüchtlingsfrauen. Staatssekretariat für Migration SEM (Hg.). <https://www.news.admin.ch/news/message/attachments/77025.pdf>
- SGCH/Sexuelle Gesundheit Schweiz** (2017). Bericht »Gesuche für die Finanzierung von Verhütungsmitteln«.
- SGCH/Sexuelle Gesundheit Schweiz** (2019). »FONDS COVID-19«: Finanzierung von Verhütung und ungedeckten Kosten bei Schwangerschaftsabbruch. https://www.sexuelle-gesundheit.ch/assets/docs/Bericht_Fonds-Covid-19_SGCH_aktualisiert_02_21.pdf

- Sieber, C.** (2017). Schwangerschaftsverhütung: Welchen Zugang haben Asylsuchende in der Schweiz? In Verhütung und soziale Lage. FORUM Sexuaufklärung und Familienplanung: Informationsdienst der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2.

Autorinnen

- Milena Wegelin**, Sozialanthropologin MA, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Berner Fachhochschule, Fachbereich Geburtshilfe, und Projektleiterin des Forschungsprojekts »REFPER«.
Kontakt: milena.wegelin@bfh.ch

- Christine Sieber** ist Projektleiterin bei der Stiftung Sexuelle Gesundheit Schweiz mit Schwerpunkt auf reproduktiven Gesundheitsthemen, mit langjähriger Erfahrung als Beraterin beim Zentrum für sexuelle Gesundheit am Insepsital in Bern.
Kontakt: christine.sieber@sexuelle-gesundheit.ch

- Prof. Dr. habil. Eva Cignacco** ist Hebammenprofessorin an der Berner Fachhochschule, Fachbereich Geburtshilfe.
Kontakt: eva.cignacco@bfh.ch

Zitierweise

- Wegelin, M., Cignacco, E., & Sieber, C.** (2023). Erschwerter Zugang zu Verhütung in den Asylzentren: Perspektiven von geflüchteten Frauen in der Schweiz. FORUM Sexuaufklärung und Familienplanung: Informationsdienst der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 1, 86-91. https://doi.org/10.17623/BZgA_SRH:forum_2023-1_beitrag_zugang_verhuetung_asyl_schweiz