

Master-Arbeit

MAS Sexuelle Gesundheit

im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich

Ungeplant schwanger

im schweizerischen Asylkontext

Eine qualitative Befragung von Betroffenen zu Rahmenbedingungen
und Entscheidungspraxis

Eingereicht am: 11.10.2018
Vor- und Nachname/n: Lea Ming
E-Mail-Adresse: lea.ming@gmx.ch

Von dieser Master-Arbeit wurden am 11.10.2018 eine elektronische Fassung und drei schriftliche Exemplare bei der Hochschule Luzern eingereicht.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren. Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Weiterbildung der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.

Abstract

Ungeplant schwanger im schweizerischen Asylkontext. Eine qualitative Befragung von Betroffenen zu Rahmenbedingungen und Entscheidungspraxis

Master-Arbeit im MAS Sexuelle Gesundheit im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich Hochschule Luzern

Lea Ming, Weinberglstrasse 66, 6005 Luzern, lea.ming@gmx.ch, 078 662 70 06

11. Oktober 2018

Auf die Frage, wie Frauen im schweizerischen Asylkontext ungeplant schwanger werden, bieten aktuelle Untersuchungen nur unvollständige Antworten. Dasselbe gilt für die Frage nach Informationen, Hilfsmittel und Ressourcen, welche Betroffenen bei der schwerwiegenden Entscheidung entweder für das Weiterführen oder Abbrechen der Schwangerschaft zur Verfügung stehen (sollten).

Die vorliegende Untersuchung durch problemzentrierte Interviews mit vier Betroffenen ging deshalb folgenden Fragen nach: Unter welchen Umständen sind sie schwanger geworden? Auf welche Unterstützungsmöglichkeiten konnten sie zurückgreifen nach Eintritt der Schwangerschaft? Wie haben sie den Entscheid getroffen, die Schwangerschaft weiterzuführen oder abzubrechen?

Die Ergebnisse bestätigen aktuelle Forschungspositionen darin, dass Betroffene über weite Strecken ungenügenden Zugang zu Verhütungsmitteln erhalten. Auch der Zugang zu Informationen über sexuelle und reproduktive Gesundheit, zu psychosozialer Beratung und medizinischer Behandlung ist teilweise mangelhaft. Diese Defizite begünstigen die Entstehung ungeplanter Schwangerschaften und deren Folgen. Die Untersuchung hat überdies ergeben, dass sich drei der Befragten für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben, unter anderem aufgrund der prekären und von Abhängigkeiten geprägten Lebensbedingungen. Eine der Drei war aufgrund fehlenden Zugangs zu sexueller Gesundheit und sexuellen Rechten nicht in der Lage, den Entscheid zu realisieren.

Die Resultate zeigen, dass dringender Handlungsbedarf besteht. Insbesondere muss der Zugang zu Verhütungsmittel unbedingt sichergestellt, in Wissensvermittlung über sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie sexuelle Rechte investiert und das Angebot der Beratungsstellen für Familienplanung bekannter gemacht werden.

„Having a child is a gift to the world. Not having a child is a gift to the world.“

Warren Shibles

Dank

Ich bedanke mich ganz herzlich bei allen Personen, die mich beim Erstellen dieser Master-Arbeit begleitet, ermutigt und fachkundig unterstützt haben. Es sind Prof. Daniel Kunz, Nikola Roth, zwei Kolleginnen von Beratungsstellen für sexuelle Gesundheit, Dr. Seraina Leumann und Anna Appert. Ebenfalls bedanke ich mich von Herzen bei den interviewten Frauen für ihre Offenheit und für das Teilen ihrer Geschichte.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1. Ausgangslage und Anlass.....	1
1.2. Ziel.....	1
1.3. Fragestellung.....	2
1.4. Überblick	2
1.5. Persönliche Motivation	3
2. Begriffsklärung und Rahmenbedingungen	4
2.1. Begriffsklärung	4
2.1.1. Zielgruppe	4
2.1.2. Sexuelle und reproduktive Gesundheit	5
2.1.3. Ungeplante Schwangerschaft	5
2.2. Rechtliche und politische Rahmenbedingungen	6
2.2.1. Sexuelle Rechte und entsprechende Gesetze	6
2.2.2. Offizielle Kritik an der Schweizerischen Rechtslage	8
2.3. Fachliche Rahmenbedingungen: Empfehlungen zur idealen Verfügbarkeit der sexuellen Rechte.....	9
3. Aktueller Forschungsstand	12
3.1. Statistische Annäherung	12
3.1.1. Reproduktionsfähige Frauen im schweizerischen Asylkontext	12
3.1.2. Verhütungsstatistik	12
3.1.3. Geburtenrate	13
3.1.4. Häufigkeit von ungeplanten Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen	13
3.2. Ungeplante Schwangerschaft bei Frauen im schweizerischen Asylkontext	15
3.2.1. Ungeplante Schwangerschaft	15
3.2.2. Entscheid für das Weiterführen der Schwangerschaft	19
3.2.3. Entscheid für einen Schwangerschaftsabbruch	19
3.3. Tatsächliche Verfügbarkeit der sexuellen Rechte	20
3.3.1. Zugang zu Informationen betreffend sexuelle und reproduktive Gesundheit.....	20
3.3.2. Zugang zu Methoden der Schwangerschaftsverhütung.....	21
3.3.3. Zugang zu medizinischer Behandlung	23
3.3.4. Zugang zu psychosozialer Beratung	24
3.3.5. Schutz vor sexueller Gewalt.....	25

3.3.6. Besonderheit von Frauen im schweizerischen Asylkontext	26
3.4. Kritische Würdigung des Forschungsstandes und erstes Fazit	27
4. Befragung von Betroffenen	29
4.1. Forschungsinteresse	29
4.2. Datenerhebung	30
4.2.1. Methodenwahl: Problemzentriertes Interview nach Witzel.....	30
4.2.2. Vorgehensweise.....	30
4.2.3. Fallauswahl	31
4.3. Datenauswertung	32
4.3.1. Methodenwahl: Zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring.....	32
4.3.2. Vorgehensweise.....	32
5. Darstellung der Ergebnisse	34
5.1. Zugang zu Verhütungsmitteln	34
5.2. Zugang zu Wissen über sexuelle und reproduktive Gesundheit.....	36
5.3. Zugang zu medizinischer Behandlung	37
5.4. Zugang zu psychosozialer Beratung.....	39
5.5. Beziehung zu Kindsvater / Erzeuger.....	41
5.6. Einflussfaktoren auf den Entscheidungsfindungsprozess.....	41
5.7. Entscheid.....	45
5.8. Persönliche Ressourcen / Schwierigkeiten	45
6. Diskussion der Ergebnisse.....	48
6.1. Reflexion der Befragung	48
6.2. Übereinstimmungen und Widersprüche hinsichtlich aktueller Forschung.....	50
6.3. Neue Erkenntnisse	57
7. Schlussfolgerung.....	65
7.1. Wie es zu ungeplanten Schwangerschaften kommt	65
7.2. Ressourcen und Unterstützungsmöglichkeiten von Rechts wegen	66
7.3. Tatsächlich vorhandene Ressourcen und Unterstützungsmöglichkeiten.....	67
7.4. Wie Entscheide getroffen werden	68
7.5. Handlungsempfehlungen	69
7.6. Ausblick.....	71

Literaturverzeichnis

Anhang

Anhang I Asylrecht

Anhang II Interviewleitfaden

Anhang III Auswertung Interview 1

Anhang IV Datenauswertung Interview 2

Anhang V Datenauswertung Interview 3

Anhang VI Datenauswertung Interview 4

Anhang VII Fallübergreifendes Kategoriensystem

1. Einleitung

1.1. Ausgangslage und Anlass

Alle Menschen in der Schweiz haben sexuelle Rechte. Diese umfassen unter anderem das Recht auf Information zu sexueller Gesundheit sowie das Recht auf Zugang zu Verhütungsmitteln, das Recht auf Beratung und das Recht auf medizinische Behandlung (International Planned Parenthood Federation (IPPF), 2009, S. 11-12).

Im Rahmen ihrer Tätigkeit als Schwangerschaftsberaterin, hat die Autorin täglich mit Frauen zu tun, die ihr sexuelles Recht auf Konfliktschwangerschaftsberatung wahrnehmen. Eine Konfliktschwangerschaft ist eine ungeplante Schwangerschaft, welcher die betroffene Frau ambivalent gegenüber steht und die innerhalb der Fristenregelung legal abgebrochen werden kann. Wie ihre Erfahrungen im Beratungsalltag zeigen, nehmen äusserst selten Frauen mit einem Migrationshintergrund, geschweige denn mit Fluchtmigrationshintergrund, dieses Recht auf Beratung wahr. Dem gegenüber stehen die Resultate der Studie von Elisabeth Kurth, Fabienne Jaeger, Elisabeth Zemp, Sibil Tschudin und Alexandra Bischoff (2010), welche besagen, dass Frauen im Asylkontext zweieinhalb Mal so häufig eine Schwangerschaft abbrechen wie Schweizerinnen (vgl. Kapitel 3.1.5.) (S. 8).

Wie kann diese Diskrepanz zwischen Beratungserfahrung und Abbruchrate erklärt werden? Fällt es Frauen mit Fluchtmigrationshintergrund leichter, eine solche Entscheidung zu treffen? Lassen Sie sich an einem anderen Ort beraten oder brauchen sie keine Beratungsunterstützung? Oder aber wissen sie gar nichts von diesem Beratungsangebot und sind sich selber überlassen? Sehen sie sich mit Hürden konfrontiert, die ihnen den Zugang zu diesem Recht versperren?

1.2. Ziel

Die Master-Arbeit hat zum Ziel, Erkenntnisse über Rahmenbedingungen und Entscheidungspraxis von ungeplant schwangeren Frauen mit Fluchtmigrationshintergrund in der Schweiz zu gewinnen. Zudem besteht das Ziel, Grundlagen für die Erstellung eines allfälligen Konzepts und

Handlungsempfehlungen zu erarbeiten. Sodass diese Frauen befähigt werden, ihre Familienplanung selbstbestimmter zu gestalten und/oder in jedem Fall einen „informierten, reflektierten und selbstbestimmten“ Entscheid treffen zu können (Johannes Bitzer, Angelika Schwendke & Sibil Tschudin, 2009, S. 4).

1.3. Fragestellung

Vor diesem Hintergrund leitet sich folgende Hauptfragestellung ab:

Wie lassen sich Rahmenbedingungen und Praxis beschreiben, wenn eine Frau im schweizerischen Asylkontext ungeplant schwanger ist?

Zur Konkretisierung und Gewährleistung der Erforschbarkeit der Hauptfrage werden zudem nachfolgende Unterfragen gestellt:

Unterfrage 1: *Wie kommt es bei Frauen im Asylkontext zu ungeplanten Schwangerschaften?*

Unterfrage 2: *Welche Informationen, Hilfestellungen und Ressourcen stehen Betroffenen von Rechtswegen zu?*

Unterfrage 3: *Welche Informationen, Hilfsmittel und Ressourcen stehen ihnen tatsächlich zur Verfügung?*

Unterfrage 4: *Wie treffen sie den Entscheid, die Schwangerschaft weiterzuführen oder abzubrechen?*

Unterfrage 5: *Wie ist der tatsächliche Zugang zu den sexuellen Rechten zu bewerten beziehungsweise gibt es Handlungsbedarf und wenn ja, welchen?*

1.4. Überblick

Nach der Klärung relevanter Begriffe, der Zielgruppe und rechtlichen wie politischen Rahmenbedingungen wird der Idealzustand betreffend Verfügbarkeit von sexuellen Rechten dargestellt. Für eine erste Aufdeckung der tatsächlichen Situation wird der aktuelle Forschungsstand beleuchtet. Um allfällige Forschungslücken schliessen zu können, werden Betroffene zu ihren Erfahrungen befragt. Nach der Darlegung der Ergebnisse werden diese diskutiert und daraus Schlussfolgerungen für die Praxis gezogen.

1.5. Persönliche Motivation

Als Mitarbeiterin einer offiziellen Schwangerschaftsberatungsstelle und Fachperson sexuelle Gesundheit in Bildung und Beratung SGCH ist es der Autorin ein grosses Anliegen, für ungeplant schwangere Frauen Unterstützung zu leisten. Aufgrund eigener Beratungserfahrung vermutet sie, dass trotz förmlicher Verfügbarkeit sexueller Rechte Frauen im Asylkontext zumindest das Beratungsangebot kaum nutzen. Mit dieser Master-Arbeit will sie einen Beitrag dazu leisten, Hürden zu identifizieren und förderliche Handlungsmöglichkeiten zur Verbesserung der Lage benachteiligter Frauen aufzudecken.

2. Begriffsklärung und Rahmenbedingungen

Kapitel 2. beleuchtet zentrale Begriffe, definiert die Zielgruppe und beschreibt rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen bei ungeplanten Schwangerschaften von Frauen im schweizerischen Asylkontext. Ebenfalls geht es der Frage nach der idealen Verfügbarkeit der sexuellen Rechte nach.

2.1. Begriffsklärung

2.1.1. Zielgruppe

Die im Fokus stehende Zielgruppe dieser Master-Arbeit sind weibliche Personen im reproduktionsfähigen Alter mit einem Aufenthalt Status N, F oder B, die seit höchstens fünf Jahren in der Schweiz leben (vgl. Anhang I).

Frauen und Mädchen sind durchschnittlich zwischen dem zwölften und 50. Lebensjahr reproduktionsfähig (Erwin Haeblerle, 2005, S. 27). Es geht also um Frauen und Mädchen zwischen 12 und 49 Jahren, die aus ihrem Herkunftsland geflüchtet sind und in der Schweiz einen Asylantrag gestellt haben und/oder von der Schweiz als Flüchtlinge anerkannt sind und seit höchstens fünf Jahren in der Schweiz leben. Es geht um Personen mit dem Aufenthaltsstatus N: Asylsuchende (Staatssekretariat für Migration (SEM), 2017b); F: vorläufig aufgenommene Asylsuchende (SEM, 2017a) oder B; anerkannte Flüchtlinge (Schweizerische Flüchtlingshilfe (SFH), ohne Jahr a). Nicht von Relevanz für diese Arbeit sind Personen mit Aufenthalt Status S, da dieser in der Praxis noch nicht verliehen wurde (SFH, ohne Jahr a). Ebenfalls ist die Lage von abgewiesenen Asylsuchenden nicht im Fokus dieser Arbeit. Grund dafür ist die unterschiedliche Rechtslage von abgewiesenen Asylsuchenden verglichen mit der Zielgruppe (SFH, ohne Jahr c), was den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde.

Seit 2014 bis 2017 ist die Anzahl der „Personen im Asylbereich“ (SEM, 2018a, S. 11) im Vergleich zu den Jahren vorher deutlich gestiegen. In den Jahren 2004 bis 2013 befanden sich nie mehr als rund 80'000 Personen im Asylbereich, hingegen ab 2014 stieg die Zahl von rund 90'000 Personen kontinuierlich auf eine Zahl von rund 120'000 im Jahr 2017 (Ibd.). Dies wird zum Anlass genommen, die Zielgruppe für die vorliegende Arbeit im Hinblick auf die Aufenthaltsdauer in der Schweiz einzugrenzen.

In der vorliegenden Arbeit wird nachfolgend der Begriff „Frauen“ gleichbedeutend verwendet mit „Frauen und Mädchen“. Mit der Bezeichnung „Migrantinnen“ werden alle Frauen und Mädchen gemeint, welche eine andere Herkunft als die Schweiz haben, gleichermassen ob sie jemals ein Asylgesuch gestellt haben oder nicht.

2.1.2. Sexuelle und reproduktive Gesundheit

Die Definition für sexuelle Gesundheit der Eidgenössischen Kommission für Sexuelle Gesundheit (EKSG) (2015) basiert auf jener der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der IPPF (S. 3). Sie lautet wie folgt:

Die Weltgesundheitsorganisation WHO definiert sexuelle Gesundheit als Zustand physischen, emotionalen, geistigen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität. Das bedeutet nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen. Sexuelle Gesundheit setzt einen positiven und respektvollen Zugang zu Sexualität und sexuellen Beziehungen voraus, wie auch die Möglichkeit, genussvolle und risikoarme sexuelle Erfahrungen zu machen, frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt. Sexuelle Gesundheit lässt sich erlangen und erhalten, wenn die sexuellen Rechte der Menschen geachtet, geschützt und garantiert werden (EKSG, 2015, S. 1).

Die IPPF (2009) hält fest, dass Menschen fähig sein müssen, selbstbestimmt über ihr sexuelles und reproduktives Leben zu entscheiden, um sexuelle Gesundheit erreichen zu können (S. 5). Dazu gehört auch das Gefühl, sexuell integer zu sein und die eigene Sexualität selbstbewusst ausleben zu können (Ibd.).

2.1.3. Ungeplante Schwangerschaft

Eine ungeplante Schwangerschaft ist eine aus Sicht der betroffenen Frau nicht geplante Schwangerschaft (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2013, S. 10). Die ungeplante Schwangerschaft ist eine nicht geplant eingetretene Schwangerschaft. Sie ist nicht zwingend eine ungewollte Schwangerschaft (Cornelia Helfferich & Heike Klindworth, 2015, S. 217-218). Bei Eintritt einer ungeplanten Schwangerschaft sind verschiedene nachfolgende Szenarien möglich. Entweder ist sie trotz der fehlenden Planungsabsicht schlussendlich eine gewollte. Oder sie ist

ebenso ungewollt wie ungeplant und wird allenfalls auch abgebrochen (BZgA, 2013, S. 10).

Eine Konfliktschwangerschaft oder Schwangerschaftsambivalenz ist eine nicht geplante und mit einem anhaltenden Konflikt in Verbindung stehende Schwangerschaft (Riccarda Menghini Sutter, 2017, S. 16 & S. 28). Von einer solchen ist dann die Rede, wenn sich die Frau in einem ambivalenten Prozess der Entscheidungsfindung befindet, an dessen Ende die Schwangerschaft entweder weitergeführt – und in der Regel in der Folge als gewollte Schwangerschaft bezeichnet werden kann – oder abgebrochen wird. Im zweiten Fall wird die ungeplante auch als ungewollte Schwangerschaft bezeichnet. Der Konflikt kann intrapsychisch bei der Frau und/oder interpersonell zwischen der Frau und ihrem Partner oder ihrem familiären und sozialen Umfeld bestehen (Fritz Simon, 2012, S. 11).

Auf eine ungeplante Schwangerschaft beziehungsweise auf das Wissen um eine solche sind folglich drei verschiedene unmittelbare Reaktionen der betroffenen Frau möglich:

- Akzeptanz: Die Schwangerschaft wird zu einer gewollten.
- Ablehnung: Die Schwangerschaft ist eine ungewollte und wird abgebrochen oder in seltenen Fällen ausgeführt und das Kind zur Adoption freigegeben.
- Ambivalenz: Die Frau schwankt zwischen Akzeptanz und Ablehnung. Die Rede ist hier von einer Schwangerschaftsambivalenz oder einer Konfliktschwangerschaft. In diesem Moment ist noch keine Entscheidung getroffen.

2.2. Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

2.2.1. Sexuelle Rechte und entsprechende Gesetze

Die IPPF (2009) hält folgendes fest: „Sexuelle Rechte sind sexualitätsbezogene Menschenrechte“ (S. 11). Die EKSG (2015, S. 3) stützt sich, wie in Kapitel 2.1.2. dargelegt, in ihrer Definition von sexueller und reproduktiver Gesundheit auf diejenige der IPPF (2009, S. 11). Daher basieren auch die Definitionen und Beschreibungen der für die Fragestellung dieser Arbeit relevanten sexuellen Rechte auf derselben Grundlage und lauten wie folgt:

- Das Recht auf persönliche Selbstbestimmung und Anerkennung vor dem Gesetz.
- Das Recht auf Gesundheit und das Recht, am wissenschaftlichen Fortschritt und dessen Errungenschaften teilzuhaben.
- Das Recht auf Bildung und Information.
- Das Recht auf freie Entscheidung für oder gegen Ehe und für oder gegen die Gründung und Planung einer Familie sowie das Recht zu entscheiden, ob, wie und wann Kinder geboren werden sollen (IPPF, 2009, S. 11-12).

Damit die in der Schweiz lebende Bevölkerung ihre sexuellen Rechte wahrnehmen kann, wurden diverse Gesetze und Verordnungen erlassen. Bedeutsam für die obengenannten sexuellen Rechte sind folgende:

- Art. 1, Abs. 1-4 des Bundesgesetzes über die Schwangerschaftsberatungsstellen vom 9. Oktober 1981 und die entsprechende Verordnung von 1983 sind die Grundlagen dafür, dass jeder Kanton eine Schwangerschaftsberatungsstelle einrichtet, die kostenlos und niederschwellig Beratungen durchführt.
- Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 hält in Art. 3 Abs. 1 fest, dass jede in der Schweiz lebende Person eine Krankenversicherung haben muss. Gemäss KVG Art. 13 ist eine Leistung dieser Versicherung die Kostenübernahme eines allfälligen straflosen Schwangerschaftsabbruchs gemäss Art. 119 StGB.
- Art. 119 Abs. 2 StGB erteilt die Befugnis, dass jede Frau innerhalb der ersten zwölf Wochen nach der Regelblutung selber bestimmen kann, ob sie die Schwangerschaft abbricht oder weiterführt, sofern sie ihre Notlage schriftlich geltend gemacht hat, eine zugelassene medizinische Fachperson besucht und mit ihr ein eingehendes Gespräch geführt hat.
- Betreffend Kostenlast steht im Krankenversicherungsgesetz KVG Art. 30: „Bei straflosem Abbruch einer Schwangerschaft nach Artikel 119 des Strafgesetzbuches übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit“.

Judy Austin, Samantha Guy, Louise Lee-Jones, Therese McGinn und Jennifer Schlecht (2008) halten fest, dass Flüchtlinge das gleiche Recht auf Gesundheit haben, wie die restliche Bevölkerung, welches das Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit mit einschliesst (S. 10).

2.2.2. Offizielle Kritik an der aktuellen Situation

Im Rahmen der allgemeinen regelmässigen Überprüfung (Universal Periodic Review), welche ein Überprüfungsinstrument des UNO-Menschenrechtsrates zur Menschenrechtssituation in den Mitgliedstaaten darstellt, hat SEXUELLE GESUNDHEIT Schweiz (SGCH) in Zusammenarbeit mit Sexual Rights Initiative (SRI) 2017 einen Schattenbericht mit Perspektive auf die sexuellen und reproduktiven Rechten eingereicht. Dies kann als offizielle Kritik an der aktuellen Rechtslage bezeichnet werden und weist auf verschiedenen Aspekte unzureichend geschützter sexueller Rechte in der Schweiz hin.

SGCH und SRI (2017) kritisieren, dass Frauen mit Fluchtmigrationshintergrund in Unterkünften leben müssen, welche nicht geschlechtersensibel strukturiert sind, da es keine diesbezüglichen Standards gibt (S. 9). Weiter merken sie an, dass Frauen, welche im Ausland Opfer von geschlechterspezifischer Gewalt wurden, nur ungenügende Unterstützung erhalten. Gemäss der United Nations (1993) bezeichnet der Begriff „geschlechtsspezifische Gewalt“ (ohne Seitenzahl) alle Gewalthandlungen, welche Frauen körperlichen, sexuellen oder psychischen Schaden antun.

Ein weiterer Kritikpunkt bezieht sich auf die Gesundheit von Migrantinnen in den Bereichen Müttersterblichkeit, Kindersterblichkeit, Geburtskomplikationen und Schwangerschaftsabbruch, welche deutlich schlechter ist als die der schweizerischen Bevölkerung (SGCH & SRI, 2017, S. 12).

Als ungenügend wird des Weiteren die Verfügbarkeit und Finanzierung von Übersetzerinnen und Übersetzern in kleineren Gesundheitsinstitutionen eingestuft (SGCH & SRI, 2017, S. 13).

Bemängelt wird ganz allgemein auch der Zugang zu Verhütungsmitteln, welche nicht von der Krankenversicherung übernommen werden (SGCH, 2017, S. 13). Auch die Sozialhilfe sieht keine zusätzliche Finanzierung für Verhütungsmittel vor (Ibd.). SGCH und SRI (2017) betonen explizit, dass dieser erschwerte Zugang zu Verhütungsmitteln Stress verursacht und das Risiko von ungewollten Schwangerschaften erhöht, was junge Menschen und Migrantinnen in hohem Masse betrifft (Ibd.).

Schliesslich wird der Zugang von Frauen mit Fluchtmigrationshintergrund zu Diensten der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sowie Beratung als

problematisch bezeichnet. Ohne zusätzliche Ressourcen und Finanzen kann dieser Zugang nicht gewährleistet werden (SGCH & SRI, 2017, S. 13).

2.3. Fachliche Rahmenbedingungen: Empfehlungen zur idealen Verfügbarkeit der sexuellen Rechte

Zahlreiche Studien haben die Situation von Migrantinnen allgemein oder von Frauen mit Fluchtigrationshintergrund im Spezifischen untersucht und machen Empfehlungen auf verschiedenen Ebenen und für verschiedene Akteure im Hinblick auf die ideale Verfügbarkeit der sexuellen Rechte aus der Sicht von Betroffenen. Es sind die Folgenden:

Spezialkenntnisse von Betreuungs- und Beratungspersonen

Gemäss SGCH (2017) erfordert die Erbringung von Dienstleistungen im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit bei Asylsuchenden Spezialkenntnisse (S. 3). Voraussetzungen für ein professionelles Betreuungs- und Beratungsangebot sind also Kenntnisse zur Grundproblematik von Flucht und Abhängigkeit sowie Qualifizierung zum Sprechen über Sexualität und sexuelle Gesundheit (Ibd.).

Ebenso bewerten SGCH (2013a, S. 8) und Alexandra Ommert (2013, S. 29) die transkulturelle Kompetenz der Betreuungs- und Beratungspersonen als wichtige Voraussetzung. „Transkulturelle Kompetenz ist die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten“ (Dagmar Domenig, 2007, S. 174).

Um allfällige fehlende Kompetenzen auszugleichen, ist auch der Einsatz von interkulturellen Übersetzenden angemessen (SGCH, 2013a, S. 8). Kurth et al. (2010) betonen diesbezüglich die speziellen Bedürfnisse von solchen Übersetzerinnen und Übersetzern, welche allenfalls ähnliche Hintergründe haben wie die asylsuchenden Personen selber und deshalb bei der Übersetzung hohen emotionalen Belastungen ausgesetzt sein können (S. 10).

Zugang zu Übersetzungsdiensten

Ein weitere dringende Empfehlung betrifft die Zurverfügungstellung von Übersetzungsdiensten (SGCH & SRI, 2017, S. 14).

Nationaler Aktionsplan

SGCH und SRI (2017) befürworten auf nationaler Ebene die Implementierung eines „Aktionsplans, der Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Erschwinglichkeit und Akzeptanz von Diensten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit für verschiedene Bevölkerungsgruppen einschließlich junger Menschen, Migranten und Flüchtlinge gewährleistet“ (S. 13). Ein solcher Aktionsplan beinhaltet Dienstleistungen wie Beratungsangebote, Zugang zu Verhütungsmitteln sowie Traumatherapien (SGCH & SRI, 2017, S. 14).

Sensibilisierungskampagnen

Im Hinblick auf das Recht auf Information empfehlen SGCH und SRI (2017) Sensibilisierungskampagnen in den Sprachen der Migrationsbevölkerung mit dem Ziel, diese über Angebote betreffend der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu informieren (S. 14). Wie SGCH (2013a) festhält, ist damit zu rechnen, dass in einigen Herkunftsländern der Frauen der Schwangerschaftsabbruch beispielsweise verboten ist (S. 14). Vibeke Rasch et al. (2007) betonen in diesem Zusammenhang die Wichtigkeit, dass solche Kampagnen kultursensibel und im Bewusstsein der grossen Heterogenität der Zielgruppe informieren (S. 1325).

Sicherstellung des Zugangs zu Verhütungsmethoden

Des Weiteren werden von SGCH und SRI (2017) einerseits eine systematische Überprüfung des Zugangs zu Verhütungsmitteln und andererseits eine strategische Sicherstellung dieses Zugangs empfohlen (S.14).

Anpassung der schweizerischen Gesetzgebung einschliesslich des Bundesgesetzes über Opferhilfe

Da auch geschlechtsspezifische Gewalt, sprich Vergewaltigung, zu ungeplanten Schwangerschaften führen können, wird eine Anpassung der Gesetzgebung betreffend Opferhilfe¹ und des Ausländergesetz² angefordert (SGCH & SRI, 2017, S. 10). Damit soll erreicht werden, dass Migrantinnen nicht mehr aus Angst, ihren

¹ Art. 1-3 OHG bestimmen, dass alle Personen, welche in der Schweiz durch eine Straftat in ihrer körperlichen, psychischen oder sexuellen Integrität beeinträchtigt worden sind, Anspruch auf Opferhilfe in Form von Beratung, sofortige oder langfristige Hilfe und oder finanzielle Leistungen haben.

² Gemäss Art. 1 AuG wird darin die Ein- und Ausreise sowie der Aufenthalt und den Familiennachzug von Ausländerinnen und Ausländern in der Schweiz geregelt.

aufenthaltsrechtlichen Status zu verlieren, in ihren missbräuchlichen Ehen bleiben müssen (SGCH & SRI, 2017, S. 9).

Bereitstellung eines Rahmen- und Aktionsplans zur Deckung des Bedarfs an Opferunterstützungen

SGCH und SRI (2017) fordern zusätzliche Unterstützung betreffend Unterkunft und Beratung von Opfern sexueller Gewalt allgemein aber auch im Spezifischen von vulnerablen Gruppen wie Migrantinnen (S. 10). Gefordert wird überdies eine Überwachung und Kontrolle dieser von Kantonen umgesetzten Rahmen- und Aktionsplans (Ibd.).

Chancengleicher Zugang zu Beratungsstellen

SGCH (2013a) konstatiert, dass Migrantinnen einen Chancenausgleich benötigen, um gleichermassen wie die übrige Bevölkerung Zugang zu Beratungsstellen zu erhalten (S. 21). Ein Chancenausgleich kann anhand verschiedener Ansatzpunkte gewährleistet werden, nämlich

- Bekanntheit bei Migrantinnen und Migranten fördern
- Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen Institutionen des Migrationsbereichs wie zum Beispiel Empfangs- und Durchgangszentren von Asylsuchenden, Caritas, Schweizerisches Rotes Kreuz und ähnlichen
- Verschiedensprachiger Webauftritt
- Hochdeutsche Ansage auf dem Telefonbeantworter
- Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen und für Analphabetinnen
- Transkulturelle Kompetenz der Fachpersonen

(SGCH, 2013a, S. 21-22)

Partizipation von Betroffenen fördern

Eine Mitarbeit und Mitbestimmung von Migrantinnen und Migranten bei der Angebotsentwicklung von Beratungsstellen ist gemäss SGCH (2013a) auf unterschiedlichen Ebenen sinnvoll und nötig (S. 24-25). So kann zum Beispiel das Einbeziehen von interkulturellen Vermittlerinnen und Vermittlern bei der Planung und Durchführung von Projekten wertvolles Wissen generieren (SGCH, 2013a, S. 25). Ebenso können diese als Brückenbauenden zwischen Beratenden und Betroffenen wertvolle Arbeit leisten (Ibd.).

3. Aktueller Forschungsstand

Das nachfolgende Kapitel beinhaltet die aktuellen Statistiken, Forschungsergebnisse und liefert erste Antworten aus der Wissenschaft zur eingangs dargelegten Fragestellung (vgl. Kapitel 1.2.). Eine kritische Würdigung des Forschungsstandes und ein kurzes Fazit für die Fragestellung bilden den Abschluss des Kapitels.

3.1. Statistische Annäherung

3.1.1. Reproduktionsfähige Frauen im schweizerischen Asylkontext

Die statistischen Kennzahlen lassen keine präzisen Aussagen zur Grösse der Zielgruppe im Alter zwischen zwölf und 49 Jahren zu (vgl. Kapitel 2.1.1.). Die Anzahl Frauen dieser Altersklasse ist nicht ermittelbar, da Altersklassen wie beispielsweise sechs bis und mit 13 Jahren zusammengefasst erhoben wurden (SEM, 2018b, ohne Seitenzahl).

Sicher ist jedoch, dass in den letzten vier Jahren (2014-2017) jeweils zwischen 3050 und 6974 14- bis 49-jährige Frauen neu in die Schweiz kamen und ein Asylgesuch gestellt haben (SEM, 2018b, ohne Seitenzahl)³. Sicher ist auch, dass die Mehrheit der weiblichen Personen, die in den letzten vier Jahren ein Asylgesuch gestellt haben, zwischen 15 und 34 Jahre alt sind (SEM, 2018a, S. 12; SEM, 2017c, S. 12; SEM, 2016, S. 11; SEM, 2015, S. 10).

Von den verfügbaren statistischen Daten lässt sich im Wesentlichen ableiten, dass die Mehrheit der weiblichen Personen, die in den letzten Jahren in den Asylkontext eingetreten sind, zwischen 15 und 34 Jahre alt ist.

3.1.2. Verhütungsstatistik

Alle fünf Jahre befragt das Bundesamt für Statistik (BFS) die Bevölkerung in der Schweiz zu ihrem Verhütungsverhalten und das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) analysiert die erhobenen Daten (Anna Späth, Cornelia Schneider, Lina Stutz, Sibil Tschudin & Elisabeth Zemp Stutz, 2012, S. 4). Da die Daten in einer der vier Landessprachen telefonisch oder schriftlich generiert

³ Dabei sind die Frauen, die sich länger als ein Jahr und weniger als fünf Jahre mit Aufenthaltsstatus N, F oder B in der Schweiz aufhalten, nicht mitgerechnet (Ibd.).

werden, kann davon ausgegangen werden, dass keine oder nur sehr wenig Frauen befragt werden, die Zielpersonen dieser Arbeit sind. Die einzige Aussage der Studie, welche die Zielpersonen allenfalls betrifft, ist, dass ausländische Frauen seltener verhüten als Schweizerinnen (Späth et al., 2012, S. 24).

Eine deutsches Studienprojekt mit Namen „Charité für geflüchtete Frauen: Women for Women“ hat von 2015 bis 2017 Daten zum Verhütungsverhalten weiblicher Flüchtlinge in deutschen Gemeinschaftsunterkünften gesammelt (Gülhan Inci, 2017, S. 20). Die Resultate zeigen, dass nur 43 Prozent aller Frauen, die grundsätzlich an Verhütung interessiert sind, tatsächlich verhüten (Inci, 2017, S. 21). Jeweils 12.1 Prozent der befragten Frauen verhüten mit Coitus Interruptus oder dem Intrauterinpessar, 5.2 Prozent verhüten mit Kondom und 6.9 Prozent mit der Hormonpille (Ibd.).

3.1.3. Geburtenrate⁴

Es ist statistisch nicht untersucht, wie viele Geburten im Asylkontext vorkommen. Gemäss Corinne Di Loreto, einer Mitarbeiterin des Informationszentrums des Bundesamtes für Statistik, werden bei der Berechnung der Geburtenzahlen von Ausländerinnen alle Frauen berücksichtigt, die sich während mindestens zwölf Monaten in der Schweiz aufhalten und zur ständigen Wohnbevölkerung gehören, ungeachtet ihres Aufenthaltsstatus (E-Mail vom 28. Januar 2018). Die Geburtenraten der letzten vier Jahre bis 2016 gemäss Staatszugehörigkeit der Mutter sind in der nachfolgenden Tabelle ersichtlich.

Geburtenrate nach Jahr und Staatszugehörigkeit der Mutter

	2013	2014	2015	2016
Schweiz	1.42	1.43	1.43	1.42
Ausland	1.84	1.87	1.86	1.91

Tabelle 1: Geburtenrate nach Jahr und Staatszugehörigkeit der Mutter (Quelle: BFS, 2017)

3.1.4. Häufigkeit von ungeplanten Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen

Wie häufig eine Schwangerschaft ungeplant eintritt, wurde in der Schweiz bis dato noch nicht untersucht, weder bei Schweizerinnen noch Frauen mit anderem

⁴ Mit Geburtenrate (auch Geburtenziffer) wird die Anzahl der Lebendgeborenen pro Jahr bezogen auf 1000 Personen bezeichnet.

aufenthaltsrechtlichem Status. Jedoch hat eine deutsche Studie der BZgA (2013) untersucht, wie oft in Deutschland ungeplante Schwangerschaften entstehen und wie viele davon abgebrochen beziehungsweise ausgetragen wurden (S. 10-11). Frauen von 20 bis 44 Jahren wurden rückblickend dazu befragt. Der aufenthaltsrechtliche Status oder die Staatsangehörigkeit wurde dabei nicht erhoben. Die Untersuchung hat gezeigt, dass 33.7 Prozent der befragten Frauen mindestens einmal im Leben ungeplant schwanger wurde (BZgA, 2013, S. 10). Ungeplante Schwangerschaften können entweder ebenfalls ungewollt oder dann doch gewollt sein (vgl. Kapitel 2.1.3.). Die in der Studie beschriebenen ungewollten Schwangerschaften beinhalten die ungeplanten Schwangerschaften, die am Ende auch nicht gewollt waren (Ibd.). Von diesen ungewollten Schwangerschaften wurden 43 Prozent abgebrochen (Ibd.). Inci (2017) geht mit Hinblick auf das Studienprojekt „Charité für geflüchtete Frauen: Women for Women“ davon aus, dass aufgrund der geringen Verhütungsprävalenz und der fehlenden beziehungsweise unsicheren Verhütungsmethoden⁵ mit erhöhter Rate von ungeplanten Schwangerschaften bei ausländischen Frauen in Deutschland gerechnet werden muss (S. 21).

Kurth et al. (2010) untersuchten die Gesundheitsversorgung von asylsuchenden Frauen anhand von 80 Fällen in der Frauenklinik des Universitätsspitals in Basel (S. 1-11). Die Ergebnisse machen deutlich, dass die Schwangerschaftsabbruchrate bei asylsuchenden Frauen sogar 2.5 Mal höher ist als bei Schweizerinnen (Kurth et al., 2010, S. 8).

Eine weitere deutsche Studie der BZgA (2010b) gelangt ebenfalls zum Ergebnis, dass bei Frauen mit Migrationshintergrund deutlich mehr Schwangerschaftsabbrüche als bei Einheimischen durchgeführt werden (S. 13). Besonders interessant erscheint in diesem Zusammenhang, dass die Schwangerschaftsabbruchrate proportional kleiner wird, je länger die Migrantinnen schon in Deutschland leben. Ferner stellte die Studie einen Zusammenhang zwischen einem erschwerten Zugang zu Verhütungsmitteln im Herkunftsland und der erhöhten Abbruchrate betreffender Migrantinnen fest. Darüber hinaus ist ein tieferes Bildungsniveau ein Faktor, der zu erhöhter Abbruchrate beiträgt (Ibd.).

⁵ Unsichere Verhütungsmethoden sind gemäss SGCH (2013b) die Folgenden: Ogino/Knaus Methode, Spermizide, Coitus Interruptus und Scheidendusche.

3.2. Ungeplante Schwangerschaft bei Frauen im schweizerischen Asylkontext

3.2.1. Ungeplante Schwangerschaft

Die gleichzeitige Erfüllung von vier Bedingungen ist erforderlich, damit eine ungeplante Schwangerschaft eintritt, konstatiert die Schweizer Paar- und Familienberaterin Menghini Sutter (2017, S. 21). Es sind die Folgenden:

- kein Kinderwunsch
- heterosexueller Geschlechtsverkehr
- keine oder eine nicht funktionierende Verhütung
- Eintreten einer Schwangerschaft

(Ibd.)

Bei dieser Ausführung macht Menghini Sutter (2017) keinen Unterschied, ob es sich um Frauen mit Fluchtmigrationshintergrund handelt oder um Schweizer Frauen (S. 21). Da die Fortpflanzungsbiologie bei allen Frauen unabhängig ihrer Herkunft gleich funktioniert, wird diese Annahme für die Bearbeitung der Thematik geltend gemacht. In Anlehnung an das oben dargestellte Konzept von Menghini Sutter (2017) wird nun anhand aktueller Studien versucht, die Situation der Zielgruppe zu untersuchen (Ibd.).

Kein Kinderwunsch

Ob und inwiefern Frauen im schweizerischen Asylkontext den Wunsch nach einem Kind verspüren, ist aus der Literatur nicht ableitbar. Tatsache ist, dass diese Frauen unter Einfluss einer Vielzahl von psychosozialen Stressfaktoren stehen können, wie Kurth et al. (2010) festhalten (S. 6). Mögliche Ursachen dieser Stressfaktoren sind Krieg, Verhaftung, Folter, Misshandlung, Vergewaltigung, Verlust von Familie und Freunden, Flucht, Zwang zur Flucht, Separation von Familie und Freunden, Isolation im Aufnahmeland, Überbelastung und Stress, finanzielle Schwierigkeiten, stressvolle Lebensbedingungen, Gefühl von Unerwünscht- und Abgelehnt-Sein, Angst vor Ausschaffung, Fehlen von Perspektiven, Sorge um Angehörige und unsichere Zukunft (Ibd.). Ob und inwiefern dies Auswirkungen auf einen möglichen Kinderwunsch haben, wurde bisher nicht erforscht.

Heterosexueller Geschlechtsverkehr

Heterosexueller Geschlechtsverkehr kann einvernehmlich oder unter Zwang geschehen. Das Recht auf Sexualität, inklusive heterosexuellen Geschlechtsverkehr, besteht für alle Menschen, auch solche mit Migrationshintergrund (vgl. Kapitel 2.2.1.).

Tatsache ist, dass viele Frauen auf der Flucht von ihrem Herkunftsland in die Schweiz vergewaltigt werden (Karin Brendel, 2017, S. 4; Büchler, 2016, S. 12; Cignacco et al., 2017, S. 20). In der Schweiz angekommen, werden sie während des Asylverfahrens in Kollektivunterkünften beherbergt (Terre des Femmes (TDF), 2013, S. 6). Die Zimmer sind zwar geschlechtergetrennt, die sanitären Anlagen jedoch häufig nicht (Ibd.). Immer wieder kommt es in solchen Unterkünften zu Belästigungen und Gewalt (Cignacco et al., 2017, S. 24). Es fehlen Standardinstrumente, um von sexueller Gewalt betroffene Frauen zu erkennen und zu schützen (Cignacco et al., 2017, S. 21). Büchler (2016) konstatiert weitergehend, dass ungenügende Sprachkenntnisse auf beiden Seiten, Arbeitsbelastung der Betreuenden und Angst der betroffenen Frauen einer angemessenen Betreuung im Wege stehen (S. 35).

Keine oder eine nicht funktionierende Verhütung

Die Faktoren, die zu fehlender oder nicht funktionierender Verhütung beitragen, werden in die beiden Kategorien intra- beziehungsweise interpersonelle Faktoren und asylspezifische Faktoren eingeteilt. Grund für diese Kategorisierung ist, dass Frauen mit Migrationshintergrund in erster Linie Frauen sind und in zweiter Linie in der Schweiz unter speziellen Lebensbedingungen leben, welche Einfluss auf die Verhütung haben können. Einige Faktoren können nicht eindeutig einer Kategorie zugeordnet werden.

Intra- beziehungsweise interpersonelle Faktoren für nicht vorhandene oder funktionierende Verhütung

a. Ablehnung möglicher Nebenwirkungen

Wie die BZgA (2013) in ihrer Studie feststellt, gibt es Frauen, die trotz fehlendem Kinderwunsch keine Verhütungsmittel benutzen, weil sie sich nicht mit möglichen Nebenwirkungen belasten wollen (S. 26). Eine dänische Studie hat das Verhütungsverhalten heimischer Frauen und Migrantinnen untersucht und kam zum Schluss, dass problematische Erfahrungen mit Verhütungsmitteln im

Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen und zwangsläufig mit ungeplanter Schwangerschaft in Verbindung standen (Rasch et al., 2007, S. 1322).

b. Praktizieren von Geschlechtsverkehr in Situationen, „die kognitiv wenig zugänglich bzw. unerwartet waren“ (BZgA, 2013, S. 26).

Damit meinte die BZgA (2013) unter anderem Geschlechtsverkehr in von Alkohol oder anderen Drogen berauschem Zustand (Ibd.).

c. Fehlende Absprache oder Missverständnisse zwischen den Sexualpartnerinnen und -partnern

Dies ist der Fall, wenn beide oder alle am heterosexuellen Geschlechtsverkehr Beteiligten gleichzeitig davon ausgehen, der oder die andere kümmere sich um die Verhütung, tatsächlich aber niemand verhütet (BZgA, 2013, S. 26).

d. Ambivalenz betreffend Kinderwunsch

Eine Frau kann eine Schwangerschaft nicht aktiv anstreben oder planen, eine solche jedoch grundsätzlich akzeptieren und aufgrund dessen nicht oder nur ungenügend verhüten (BZgA, 2013, S. 26). Ein möglicherweise damit zusammenhängender Faktor ist das Entsprechen dem Kinderwunsch des Partners ohne eigenen Kinderwunsch (Ibd.). Ebenfalls können ambivalente Gefühle betreffend Kinderwunsch hier eine Rolle spielen (Ibd.).

e. unbewusster Kinderwunsch bei der Frau

Maja Langsdorff (2000) beschreibt den unbewussten Kinderwunsch als mögliche Ursache für unzureichendes Verhütungsverhalten (S. 42-43 & S. 51).

Asylspezifische Faktoren für nicht vorhandene oder funktionierende Verhütung

f. Ungenügende Sprachkenntnisse

Die Studie über die Gesundheitsversorgung von asylsuchenden Frauen in der Schweiz von Kurth et al. (2010) ergab, dass Sprachbarrieren eine Verhütung hemmen (S. 4). Hinzu kommt, dass in vielen medizinischen Institutionen die Verfügung und Finanzierung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern nicht gewährleistet ist (SGCH & SRI, 2017, S. 11-12).

g. fehlendes Wissen um Funktionen des Körpers und Möglichkeiten zur Verhütung
Fehlendes Wissen oder Halbwissen betreffend Fruchtbarkeit sind gemäss der Studie vom BZgA (2013) Gründe für ungenügende Verhütung (S. 26). Die dänische Studie

von Rasch et al. (2007), welche das Verhütungsverhalten von einheimischer und Migrationsbevölkerung untersucht, kommt zum gleichen Ergebnis (S. 1325).

h. negative Einstellung des Partners gegenüber Verhütungsmittel

Rasch et al. (2007) gelangen in ihrer Studie überdies zum Schluss, dass die ablehnende Haltung des Sexualpartners gegenüber von Verhütungsmitteln zum Unterlassen von Schwangerschaftsverhütung und demzufolge zu ungeplanten Schwangerschaften führen kann (S. 1322).

Nicht eindeutig zugeordnete Faktoren für nicht vorhandene oder funktionierende Verhütung

i. Erzwungener Geschlechtsverkehr

Erzwungener Geschlechtsverkehr ist eine Form der sexuellen Gewalt. In der Natur der Sache liegt, dass die betroffene Frau den Geschlechtsverkehr nicht plant, vorhersieht oder will und folglich nicht verhütet (BZgA, 2013, S. 26). Kurth et al. (2010) stellten in einer Studie betreffend asylsuchende Frauen fest, dass diese sowohl im Heimatland wie auch in der Schweiz Vergewaltigungen erlitten (S. 4). SGCH und SRI (2017) betonen, dass asylsuchende Frauen in der Schweiz ungenügend gegen sexuelle Gewalt geschützt sind (S. 9).

j. fehlerhafte Anwendung des Verhütungsmittels

Ein Verhütungsmittel kann ausschliesslich bei dauerhaft korrekter Anwendung die angestrebte Wirkung entfalten und ist nicht zuverlässig bei fehlerhafter Anwendung (BZgA, 2013, S. 25). Rasch et al. (2007) stellten in diesem Zusammenhang fest, dass ausländische Frauen anfälliger dafür sind, Verhütungsmittel fehlerhaft anzuwenden, was die Entstehung einer ungeplanten Schwangerschaft begünstigt (S. 1324-1325).

k. Verhütungsmittel wegen Geldmangel nicht verfügbar

Alle in der Schweiz wohnhaften Personen haben Zugang zur Gesundheitsversorgung durch die obligatorische Krankenversicherung, auch Frauen im Asylkontext (Cignacco et al., 2017, S. 25). Die Verhütungsmittel werden jedoch weder von der Grundversicherung noch von der Sozialhilfe übernommen, sondern müssen separat finanziert werden (SGCH & SRI, 2017, S. 13). Wenn eine Frau in knappen finanziellen Verhältnissen lebt, können ihr die Mittel für eine Verhütung fehlen (BZgA, 2013, S. 26). Kurth et al. (2010) stellen in ihrer Studie über die Gesundheitsversorgung von asylsuchenden Frauen in der Schweiz fest, dass die von

der Krankenkasse nicht gedeckten Kosten ein Grund dafür sind, dass sie nicht verhüten, sofern sie in prekären finanziellen Verhältnissen leben (S. 4). Überdies halten Kurth et al. (2010) fest, dass dies „möglicherweise zu ungewollten Schwangerschaften mit anschließender Abtreibung“ (S. 10) führt.

Eintreten einer Schwangerschaft

Wenn 100 Frauen ein Jahr lang trotz heterosexuellem Geschlechtsverkehr nicht verhüten, werden durchschnittlich 85 von ihnen tatsächlich schwanger (Bayer, ohne Jahr, S. 17).

3.2.2. Entscheid für das Weiterführen der Schwangerschaft

Gemäss einer Studie des BZgA (2013) entscheiden sich deutsche Frauen dann für das Weiterführen einer (im Sinne dieser Arbeit) als ungeplant (in der Studie als „ungewollt“) bezeichneten Schwangerschaft, wenn sie eine dem Abbruch an und für sich ablehnende Haltung vertreten (S. 13). Sofern die betroffene Frau schon ein oder mehrere Kinder hat, entscheidet sie sich ebenfalls tendenziell für das Weiterführen der Schwangerschaft (Ibd.).

Der Entscheid, die Schwangerschaft nicht abzuberechnen und das Kind zu bekommen, kann auch den Entscheid beinhalten, das Kind später zur Adoption frei zu geben. Ein solcher Schritt ist oft sehr schwierig für eine Frau, da durch die ausgetragene Schwangerschaft und die daraus entstehende Möglichkeit, eine Beziehung zum Kind aufzubauen, oft ambivalente Gefühle aufkommen lassen (Langsdorff, 2000, S. 118-121).

3.2.3. Entscheid für einen Schwangerschaftsabbruch

Kurth et al. (2010) erkennen erlittene psychische Traumata und Angst vor Rücksendung in ihr Herkunftsland als Hauptgründe für den Entscheid bei asylsuchenden Frauen, die Schwangerschaft abzuberechnen (S. 8). Zudem identifiziert die Studie einen Zusammenhang zwischen der hohen Schwangerschaftsabbruchrate und der sozioökonomischen Situation der betroffenen Frauen (Ibd.). Diese führt dazu, dass die Frauen sich nicht oder nur schlecht zutrauen, für ein Kind sorgen zu können (Ibd.). In der Studie wird weiter ausgeführt, dass asylsuchende Frauen sozial zwar eher isoliert sind, jedoch ist unklar, ob dies einen Einfluss auf den Entscheid für einen Schwangerschaftsabbruch hat (Ibd.).

Petra Schweiger (2012), eine in der Gynmed Ambulanz für Schwangerschaftsabbrüche der Salzburger Universitätsklinik tätige klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin stellt fest, dass ein Drittel aller Schwangerschaften weltweit ungewollt eintreten (S. 17). Von diesen ungewollten Schwangerschaften werden etwas mehr als die Hälfte abgebrochen (Ibd.). Schweiger (2016) betont des Weiteren, dass eine Entscheidung für das Weiterführen oder Abbrechen der Schwangerschaft „nie unüberlegt getroffen“ (S. 40) wird. Vor dem Entscheid prüft die betroffene Frau ihre sozioökonomischen und psychosozialen Ressourcen gewissenhaft (Ibd.). Sie hält weiter fest, dass die Wahrscheinlichkeit für einen Schwangerschaftsabbruch steigt, je mehr der folgenden Gründe zutreffen:

- „keine auf ein Kind bezogene Zukunftsvorstellungen,
- abgeschlossene Familienplanung,
- keine feste Partnerschaft oder kurze Dauer der Partnerschaft,
- in Ausbildung,
- Berufstätigkeit,
- hohe Berufszufriedenheit,
- schlechte Wohnverhältnisse,
- geringes Einkommen,
- körperliche und/oder psychische Erkrankung“ (Schweiger, 2012, S. 17-18).

Als weiteren Aspekt hinsichtlich eines Entscheids für einen Schwangerschaftsabbruch erscheint die Position von Trine Munk-Olsen, Thomas Munk Laursen, Carsten Pedersen, Øjvind Lidegaard und Preben Bo Mortensen (2011). Dergemäss verändern sich psychische Probleme durch einen Schwangerschaftsabbruch nicht signifikant (Ibd.). Ob schon bestehende psychische Erkrankungen die Entscheidungsfindung beeinflussen, wird daraus nicht klar.

3.3. Tatsächliche Verfügbarkeit der sexuellen Rechte

3.3.1. Zugang zu Informationen betreffend sexuelle und reproduktive Gesundheit

Die 2017 veröffentlichte Studie der Berner Fachhochschule zur sexuellen und reproduktiven Gesundheitsversorgung von Frauen und ihren Säuglingen in Asylunterkünften in der Schweiz kommt zum Schluss, dass es nicht nachvollziehbar ist, „in wieweit die Frauen genügend Informationen zu verschiedenen Möglichkeiten

der Schwangerschaftsverhütung erhalten“ (Cignacco et al., 2017, S. 56). Es wird vermutet, dass mangelnde Sprachkenntnisse und fehlende Übersetzungsdienste die Ursachen dafür sind, dass den Frauen nur ungenügende Informationen zu Methoden, Vor- und Nachteilen und Anwendung der Schwangerschaftsverhütung abgegeben werden können (Ibd.).

Obwohl Betreuungspersonen sich der Fluchterfahrungen, der Gefahr der sexuellen Gewalt und möglicher Konsequenzen daraus bewusst sind, fehlt eine umfassende Sensibilisierung für Themen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit (Cignacco et al., 2017, S. 54 & S. 57). Erschwerend kommt auf Seiten der asylsuchenden Frauen hinzu, dass Sorgen um den Aufenthaltsstatus, vermisste Familienmitglieder oder das Auseinanderfallen der familiären Strukturen aufgrund der Flucht Themen wie ungewollte Schwangerschaft in den Hintergrund drängen (Cignacco et al., 2017, S. 52).

In zwei der untersuchten Asylunterkünften wird mit Fachstellen der sexuellen Gesundheit zusammengearbeitet und Informationsveranstaltungen zu sexuellen und reproduktiven Gesundheitsthematiken organisiert (Cignacco et al., 2017, S. 57).

Es wird zusammenfassend festgestellt, dass der Zugang zu Informationen als ungenügend erscheint. Dies ist teilweise durch fehlende Sprachkenntnisse der Frauen und unzureichende Übersetzungsdienste bedingt. Überdies werden auch zu wenig Informationen zur Verfügung gestellt.

3.3.2. Zugang zu Methoden der Schwangerschaftsverhütung

Das Ergebnis der Schweizer Studie von Cignacco et al. (2017) zeigt, dass allgemein „der Zugang zu Verhütungsmitteln für asylsuchende Frauen erschwert“ (S. 55) ist. Dies bestätigen ebenfalls Christine Sieber (2017, S. 22) und Milena Wegelin (2017, S. 9). Auch eine deutsche Studie von Christine Kurmeyer und Meryam Schouler-Ocak (2017) stellt fest, dass lediglich zehn Prozent der befragten Flüchtlingsfrauen in Deutschland einen Zugang zu Medikamenten haben (S. 44). Sie vermuten hohe Zugangsbarrieren als Ursache (Ibd.).

Die Faktoren für einen erschwerten Zugang zu Verhütungsmitteln sind vielfältig. Wie Cignacco et al. (2017) festhalten, werden Kondome in Asylunterkünften kostenlos abgegeben (S. 55). Andere Verhütungsmittel müssen Frauen im Asylkontext grundsätzlich selber bezahlen (Ibd.; Wegelin, 2017, S. 9). Gewisse Kantone unterstützen die Frauen dabei, es gibt jedoch grosse interkantonale und

innerkantonale Unterschiede (Wegelin, 2017, S. 9). Eine Studie von SGCH (2017) kommt zur gleichen Erkenntnis und zählt folgende Modelle der Finanzierung von Schwangerschaftsverhütungsmitteln für Asylsuchende auf (S. 2):

- „Der Kanton übernimmt die Kosten für Verhütungsmittel, wenn vom Arzt / von der Ärztin verschrieben.
- Der Kanton beteiligt sich auf Gesuch hin an den Kosten für Verhütungsmittel.
- Der Kanton bzw. die zuständige Asylbetreuungsorganisation finanziert Verhütungsmittel, aber nur ganz bestimmte (z.B. Pille und Spirale).
- Der Kanton arbeitet mit den regionalen Fachstellen für sexuelle Gesundheit oder anderen Fachstellen zusammen, welche über einen Fonds verfügen oder Gesuche an andere Institutionen stellen.
- Keine Beteiligung des Kantons. Kosten müssen über den Grundbedarf selber finanziert werden.“ (SGCH, 2017, S. 2)

Falls eine Frau das Gesundheitssystem nicht genügend kennt oder auf Geheimhaltung angewiesen ist, besteht laut Cignacco et al. (2017) dadurch eine weitere, „zu hohe Hürde“ (S. 55). Sieber (2007) nennt einen weiteren Aspekt: Eine falsch oder unzureichend informierte Frau kann ihr zufolge aufgrund von Anwendungsfehlern bei der Verhütung ungeplant schwanger werden (S. 465). Rasch et al. (2007) gehen davon aus, dass fehlende Informationen über Verhütungsmittel beziehungsweise Unwissenheit darüber den Zugang erschweren (S. 1324-1325). Die dänische Studie stellt fest, dass nebst dem Wissen um Verhütungsmittel auch eine Auswahl derjenigen gegeben sein muss, damit Familienplanung effektiv und selbstbestimmt gestaltet werden kann (Ibd.). Ebenfalls wird festgehalten, dass Migrantinnen diesbezüglich eine besonders gefährdete Gruppe darstellen (Ibd.).

Übereinstimmend mit der Studie von Cignacco et al. (2017, S. 82), bestätigt auch eine Studie der Berner Fachhochschule von Paola Origlia Ikhilior et al. (2017, S. 9-10) zur barrierefreien Kommunikation in der geburtshilflichen Versorgung anderssprachiger Migrantinnen, dass Migrantinnen und asylsuchende Frauen Schwierigkeiten haben, sich im komplexen schweizerischen Gesundheitssystem zu orientieren und ihre Anliegen an der richtigen Stelle und bei der richtigen Person zu deponieren.

Weiter geht Katja Johanna Eichler (2008) davon aus, dass Migrantinnen bezüglich der Gesundheitsversorgung generell als besonders gefährdet dafür gelten, Handlungskompetenzen im Einwanderungsland zu verlieren (S. 66).

Zusammenfassend wird festgehalten, dass für Frauen im schweizerischen Asylkontext allgemein ein erschwerter Zugang zu Schwangerschaftsverhütung besteht. Die Hürden sind im Wesentlichen Kommunikationsschwierigkeiten, ungenügende finanzielle Möglichkeiten und unzureichende Systemkenntnisse beziehungsweise komplexe Strukturen im Gesundheitssystem.

3.3.3. Zugang zu medizinischer Behandlung

Diverse Studien belegen, dass betreffend medizinischer Behandlung mehrere Hürden bestehen, die den Zugang für betroffene Frauen erschweren.

Helga Seyler (2012), Frauenärztin in Deutschland, stellt fest, dass in der Praxis bei Flüchtlingen „Aspekte der sexuellen und reproduktiven Gesundheit [...] wenig berücksichtigt“ (ohne Seitenzahl) werden. Das bedeutet, dass auch „eine ungewollte Schwangerschaft [...] aus dem Blickfeld“ (Ibd.) gerät.

Wenn gegebenenfalls Aspekte der sexuellen und reproduktiven Gesundheit Thema sind und Frauen im schweizerischen Asylkontext diesbezüglich Zugang zu Behandlung anstreben bestehen weitere Hürden. Denn der Zugang zu vertraulicher (medizinischer, psychosozialer oder psychotherapeutischer) Beratung führt über drei verschiedene Wege (Cignacco et al., 2017, S. 39). Entweder stehen vor Ort medizinische Fachpersonen zur Verfügung oder die Asylunterkunft arbeitet mit einem nahe liegenden Gesundheitszentrum zusammen. Meistens sind lediglich nicht medizinische und mehrheitlich männliche Betreuungspersonen als Ansprechpersonen verfügbar, die allenfalls einen Arzttermin für die Betroffenen vereinbaren (Gignacco et al., 2017, S. 39). Sofern eine genügende sprachliche Verständigung überhaupt gegeben ist, besteht die Gefahr von Fehleinschätzungen bezüglich medizinischer Notwendigkeit, da nicht medizinisch ausgebildete Personen über Arzttermine entscheiden (TDF, 2013, S. 17). Weiter haben betroffene Frauen so nicht die Möglichkeit, ihre Anliegen vertraulich behandeln zu lassen (Ibd.). Interessant erscheint in diesem Zusammenhang die Feststellung der deutschen Studie von Kurmeyer und Schouler-Ocak (2017), dass nur gerade 16 Prozent der befragten Flüchtlingsfrauen in Deutschland einen direkten Zugang zu einem Arzt / einer Ärztin haben (S. 44).

Das BAG (2016) kommt zu einem ähnlichen Schluss, indem es der Tatsache, dass die kantonalen Sozialhilfebehörden entscheiden, wer Zugang zu medizinischer Behandlung bekommt, eine hemmende Wirkung zuschreibt (S. 33). Dies führt zu

erheblichen Unsicherheiten bei Menschen im Asylkontext wie auch bei Leistungserbringenden (Ibd.).

Bei Migrantinnen (und Migranten) sind Kommunikationsprobleme eine wichtige Ursache für Schwierigkeiten im Gesundheitsbereich (Kurth et al., 2013, S. 6). Hinzu kommt, dass Frauen bei der Ärztin / beim Arzt oft Hemmungen haben, viel Zeit in Anspruch zu nehmen (Ilse Schläpfer-Reiser, 2000, S. 250-251). Diese Zeit würden sie jedoch für eine Entscheidungsfindung im Fall einer ungeplanten Schwangerschaft brauchen. Auch passiert es immer wieder, dass die Sprache der Ärztinnen und Ärzte für sie unverständlich ist oder dass eine Ärztin oder ein Arzt im Falle eines positiven Schwangerschaftstest die Frau beglückwünschen, ohne an eine mögliche Schwangerschaftsambivalenz zu denken. Dies kann dazu führen, dass die betroffene Frau gehemmt wird, ihrer Ärztin oder ihrem Arzt zu sagen, dass sie an einen Schwangerschaftsabbruch denkt oder sich dafür entschieden hat (Ibd.).

Orgilia Ikhilor et al. (2017) gelangen ebenfalls zum Schluss, dass wegen unzureichenden Kommunikationsmöglichkeiten wesentliche Informationen nicht gegeben oder verstanden werden (S. 9). Dies führt soweit, dass sich betroffene Frauen übergangen fühlen oder gar erleben, dass Entscheidungen an ihrer Stelle getroffen werden (Ibd.).

Was den Zugang zu einem Schwangerschaftsabbruch im Gegensatz zu Schwangerschaftsverhütung für asylsuchende Frauen erleichtert ist die Tatsache, dass dieser durch die Krankenkasse finanziert wird (Cignacco et al., 2017, S. 56).

SGCH (2013a) beschreibt die Angst vor Ablehnung durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte als weitere Hürde, sich überhaupt in die Begleitung und Behandlung von Beratungspersonen und Ärztinnen und Ärzte zu begeben (S. 13). Ein Beispiel dafür sind Frauen mit veränderten und beschnittenen Genitalien (Ibd.). Eichler (2008) beschreibt in diesem Zusammenhang die Gefahr, dass Vertreterinnen und Vertreter der westlichen Schulmedizin eine anmassende Haltung gegenüber andersartigen Normen und Werten einnehmen (S. 46).

3.3.4. Zugang zu psychosozialer Beratung

Ähnlich dem Zugang zu medizinischer Behandlung ist auch der Zugang zu psychosozialer Beratung hürdenreich. Denn auch hier gilt: Gesichtspunkte der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, insbesondere ungewollte

Schwangerschaften, stehen bei Flüchtlingen oft nicht im Fokus (Seyler, 2012, ohne Seitenzahl).

Die Terminvereinbarung muss laut Cignacco et al. (2017) durch mehrheitlich männliche Betreuungspersonen erreicht werden (S. 39). Wie hinsichtlich medizinischer Behandlung ist auch hier die Vertraulichkeit nicht gewährleistet, wie (TDF 2013, S. 17).

Fehlende sprachliche Kenntnisse ist ein weiterer erschwerender Faktor auf dem Weg zu einer Beratung (SGCH, 2013a, S. 16). Hinzu kommt, dass oft Angehörige für die Übersetzung bei psychosozialer Beratung hinzugezogen werden. Befangenheit oder Abhängigkeiten zwischen den Beteiligten können unüberwindbare Hürden darstellen bei der Bearbeitung von Anliegen in der Beratung (SGCH, 2013a, S. 17).

Der Zugang zu medizinischer Behandlung und psychosozialer Beratung im Sinne des Erwerbs eines Termins und der gewünschten Dienstleistung ist eine Sache. Eine andere ist der Zugang zu psychosozialer Beratung, sofern schon eine medizinische Behandlung gegeben ist. Schläpfer-Reiser (2000) von der Beratungsstelle für Familienplanung, Schwangerschaft und Sexualität in St. Gallen betont, dass insbesondere bei der Beratung und Behandlung im Falle einer ungeplanten Schwangerschaft allgemein bei Frauen in der Schweiz einige Stolpersteine im Weg liegen (S. 250-251). Bei einer Schwangerschaftsambivalenz erachtet sie eine alleinige Beratung durch eine Ärztin / einen Arzt als nicht passend, da diese aufgrund ihrer Rolle dazu neigen, Ratschläge zu erteilen und somit einen selbstbestimmten Entscheid der Frau behindern (Schläpfer-Reiser, 2000, S. 250). Vielmehr befürwortet sie die Beratung durch eine spezialisierte Beratungsstelle, um betroffenen Frauen eine adäquate Begleitung zu gewährleisten (Ibd.).

3.3.5. Schutz vor sexueller Gewalt

TDF (2013) stellt fest, dass Frauen in Asylunterkünften immer wieder der Gefahr von sexueller Belästigung und Gewalt ausgesetzt sind (S. 6). Das hat unter anderem damit zu tun, dass die Unterbringung von Frauen und Männern nicht immer räumlich getrennt ist (TDF, 2013, S. 7). Diese Tatsache kann dazu führen, dass Frauen Gefühlen der Unsicherheit und Angst und somit hoher psychischer Belastung ausgesetzt sind (Ibd.).

Auch Kurmeyer und Schouler-Ocak (2017) stellen in ihrer Studie zu weiblichen Flüchtlingen in Deutschland fest, dass Frauen teilweise unter der Gewalt von ihren eigenen Partnern litten und die Polizei nicht jedes Mal gerufen wird (S. 51).

Cignacco et al. (2017) weisen nach, dass sich Betreuungspersonen in Asylunterkünften sich in der Regel zwar bewusst sind, dass viele Frauen von sexueller Gewalt betroffen sind oder waren (S. 67). Jedoch besteht einerseits kein standardisiertes Verfahren zur Erhebung solcher Fälle und andererseits hemmen Angst- und Schamgefühle die Frauen, sich Hilfe zu holen (Ibd.).

3.3.6. Besonderheit von Frauen im schweizerischen Asylkontext

Frauen mit Fluchtmigrationshintergrund weisen in verschiedener Hinsicht Besonderheiten im Hinblick auf sexuelle und reproduktive Gesundheit im Allgemeinen sowie im Hinblick auf ungeplante Schwangerschaft im Spezifischen auf. Der Bericht von United Nations Refugee Agency (UNHCR), United Nations Population Fund (UNFPA) und Women's Refugee Commission (WRC) aus dem Jahr 2016 macht deutlich, dass sexuelle Gewalt ein Grund ist, warum Frauen überhaupt ihre Heimat verlassen und flüchten (S. 8). Des Weiteren kommen sie zum Schluss, dass Frauen auf der Flucht einem hohen Risiko ausgesetzt sind, (erneut) Opfer sexueller Gewalt zu werden (Ibd.). Angekommen in der Schweiz, sind Gewalterfahrungen auf der Flucht und daraus entstehende Traumatisierungen Themen, welche die Betroffenen sowie die Betreuungspersonen in Asylunterkünften überfordern könnte (Cignacco et al., 2017, S. 53). Spezifische Bedürfnisse der Frauen im Hinblick auf sexuelle Gesundheit übersteigen oft das Fachwissen und die Kompetenzen von Betreuungspersonen (Cignacco et al., 2017, S. 54).

Besonders an der Situation solcher Frauen ist überdies die Tatsache, dass eine Vergewaltigung, fehlende Verhütungsmöglichkeiten oder eine ungeplante Schwangerschaft selten aus Eigeninitiative angesprochen werden, weil die Sorge um vermisste Familienmitglieder oder die Unsicherheit wegen eines ungeklärten Aufenthaltsstatus in der Schweiz diese in den Hintergrund rücken (Cignacco et al., 2017, S. 52).

Das BAG (2016) stellt im Rahmenkonzept für die HIV&STI Prävention mit Blick auf Migration und Vulnerabilitätsfaktoren fest, dass „eine unerwünschte Schwangerschaft und Schwangerschaftskonflikte [...] emotional stark belastend“ (S. 32) sein können.

Es besteht die Möglichkeit, dass „unerwünschte Schwangerschaften“ (Ibd.) Abhängigkeitsverhältnisse verschärfen.

Nebst der in vielen Studien dargelegten Benachteiligung nimmt Eichler (2008) hingegen an, dass Migrantinnen das Potenzial haben, sich selber auf ihre individuelle Art und Weise zu helfen und eigene Handlungsstrategien zur Lösung von Schwierigkeiten entwickeln (S. 70). So wertet Eichler (2008) einerseits die Verbindung zur Herkunftsfamilie und andererseits in der Schweiz gebildete soziale Netzwerke als Informationsressourcen und Möglichkeit der gegenseitigen emotionalen Unterstützung (S. 149 & S. 153).

3.4. Kritische Würdigung des Forschungsstandes und erstes Fazit

Der aktuelle Forschungsstand kann keine abschliessende und allumfassende Antwort auf die Fragestellung der vorliegenden Master-Arbeit geben. Bisherige Studien liefern lediglich Antworten für Teilbereiche der Fragestellung, sei dies zielpersonen- oder themenspezifisch.

Es gibt themenrelevante Untersuchungen in der Schweiz oder im nahen Ausland mit Fokus auf die einheimische Bevölkerung, auf Unterschiede zwischen einheimische und ausländische Bevölkerung oder auf Asylsuchende. Die für die Master-Arbeit gewählte Zielgruppe wurde in keiner themenspezifisch relevanten Studie angetroffen. Eine einzige Schweizer Studie von Kurth et al. aus dem Jahr 2010 ist betonenswert, denn sie hat sich mit der eng verwandten Thematik des Schwangerschaftsabbruchs und dessen Bedingungen bei asylsuchenden Frauen in der Schweiz befasst. Sie ist nicht mehr ganz aktuell, da sie vor acht Jahren durchgeführt wurde und umfasst deshalb auch nicht die Zielgruppe dieser Master-Arbeit. Einen ähnlichen thematischen Fokus hat die dänische Studie von Rasch et al. (2007) gewählt. Sie untersuchte das Verhütungsverhalten von asylsuchenden Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch beantragten. Diese Studie ist mehr als zehn Jahre alt. Ansonsten wurden weder betreffend Schweizerinnen noch andere in der Schweiz wohnhaften Frauen Studien zu ungeplanter Schwangerschaften durchgeführt, ebenso wenig im vergleichbaren Ausland.

Die Frage nach einem allgemeinen Zugang von Frauen (und Männern) im schweizerischen Asylkontext zu Informationen über sexuelle und reproduktive Gesundheit wurde empirisch noch nicht untersucht. Wie der Zugang zu

Verhütungsmitteln im Spezifischen für Frauen (und Männer) im Asylkontext Schweiz aussieht, die nicht mehr in Asylunterkünften leben, ist bis dato ebensowenig erforscht. Untersucht wurde indessen von SGCH (2017) die Situation von in Asylzentren wohnhaften Personen und durch Späth et al. (2012) diejenige der schweizerischen Bevölkerung insgesamt.

Ob und inwiefern Betroffene im Fall einer ungeplanten Schwangerschaft das Bedürfnis nach und den Zugang zu vertraulicher und fachlicher Beratung haben ist nicht erforscht, weder in der Schweiz noch im nahen Ausland.

Da ungeplante Schwangerschaften im schweizerischen Asylkontext nicht erforscht sind, fehlen im Hinblick darauf ebenfalls Daten zu sexueller Gewalt als Ursache von solchen Schwangerschaften. Das Fehlen von Studien zum Thema sexuelle Gewalt bei Frauen im schweizerischen Asylkontext sticht nicht zuletzt deshalb stark ins Auge, weil internationale Untersuchungen davon ausgehen, dass ein beträchtlicher Teil schon einmal Opfer sexueller Gewalt wurde (UNO Flüchtlingshilfe, ohne Jahr).

Statistische Zahlen zum Verhütungsverhalten in der Schweiz, welche im letzten Jahr erhoben wurden, sind noch nicht publik. Jedoch stellt sich betreffend Verhütung die Frage, ob diese Zahlen für die vorliegende Fragestellung relevant sind, denn aufgrund der Erhebungsmethode kann geschlossen werden, dass keine Frauen, welche die Kriterien der Zielgruppe erfüllen, befragt worden sind.

Ein erstes kurzes Fazit an dieser Stelle zeigt, dass hinsichtlich der Fragestellung (vgl. Kapitel 1.3.) erst die Unterfrage 2: *Welche Informationen, Hilfestellungen und Ressourcen stehen Betroffenen von Rechtswegen zu?* vollständig geklärt werden konnte. In den Kapitel 2.1.2. und 2.2.1. konnte aufgezeigt werden, welche Informationen, Hilfsmittel und Ressourcen von Rechtswegen zur Verfügung stehen. In Kapitel 2.3. konnte dargelegt werden, wie die daraus abgeleitete Idealsituation aussehen müsste.

4. Befragung von Betroffenen

Nach der Klärung des aktuellen Forschungsstandes und der Identifizierung von Forschungslücken hinsichtlich ungeplanter Schwangerschaft im schweizerischen Asylkontext im vorangegangenen Kapitel erläutert das folgende Kapitel die Befragung von Betroffenen. Der folgende Abschnitt erörtert das Forschungsinteresse, abgeleitet von der grundsätzlichen Fragestellung (vgl. Kapitel 1.3). Danach widmet sich das Kapitel der Datenerhebung und -auswertung.

4.1. Forschungsinteresse

Die Frage nach Rahmenbedingungen und Praxis bei ungeplanter Schwangerschaft einer Frau im schweizerischen Asylkontext steht im Zentrum des Interesses dieser Master-Arbeit (vgl. Kapitel 1.2.). Die Unterfrage 2: *Welche Informationen, Hilfestellungen und Ressourcen stehen Betroffenen von Rechtswegen zu?* konnte durch die Literaturrecherche geklärt werden (vg. Kapitel 3.4.). Zur Beantwortung der Unterfrage 5: *Wie ist der tatsächliche Zugang zu den sexuellen Rechten zu bewerten beziehungsweise gibt es Handlungsbedarf und wenn ja, welchen?* bieten Kapitel 2.2.2. und 2.3. eine gute Grundlage. Unterfrage 1: *Wie kommt es bei Frauen im schweizerischen Asylkontext zu ungeplanten Schwangerschaften?*, Unterfrage 3: *Welche Informationen, Hilfsmittel und Ressourcen stehen ihnen tatsächlich zur Verfügung?* und Unterfrage 4: *Wie treffen sie den Entscheid, die Schwangerschaft weiterzuführen oder abubrechen?* konnten aufgrund diverser Forschungslücken nicht vollständig geklärt werden (vgl. Kapitel 3.4.).

Um hinsichtlich der Unterfragen 1, 3 und 4 neue Erkenntnisse und weitere Differenzierungen aus Sicht der Betroffenen zu generieren, befragt die Autorin direkt betroffene Frauen dazu. Die Unterfragen 1, 3 und 4 bilden die Basis für die Befragung. Ergebnisse daraus werden zusätzlich zu den Kapitel 2.2.2. und 2.3. dafür verwendet, Unterfrage 5 vollständiger zu klären.

4.2. Datenerhebung

4.2.1. Methodenwahl: Problemzentriertes Interview nach Witzel

Das Problemzentrierte Interview nach Andreas Witzel (2000) ist die für die Befragung von Betroffenen gewählte Methode (ohne Seitenzahl). Das Forschungsinteresse betrifft einen Bereich mit geringem Vorwissen und wird aus ressourcentechnischen Gründen eine kleine Stichprobe umfassen. Qualitative Forschung ist geeignet für Fragestellungen oder Themen die bisher kaum erforscht sind und erlaubt, subjektive Erfahrungen, Sichtweisen und Deutungen intensiv zu erörtern, offene Fragen zu stellen, Theorien trotz kleiner Stichproben zu generieren und zirkulär vorzugehen (Patrick Heiser, 2018, S. 26-44).

Ziel des problemzentrierten Interviews ist es, so unvoreingenommen und offen wie möglich „individuelles Handeln sowie subjektive Wahrnehmungen und Verarbeitungen gesellschaftlicher Realitäten zu erfassen“ (Daniel Kunz & Irene Müller, 2016, S. 2). Es geht darum, ein wenig strukturiertes Interview zu einer vorgegebenen Fragestellung zu führen (Ibd.). Realisiert wird dies anhand eines Leitfadens, der mit Hilfe des vorhandenen Vorwissens konzipiert ist (Ibd.). Der Leitfaden ermöglicht der interviewenden Person, trotz des offenen Gesprächs auf die wesentlichen Fragestellungen zu fokussieren und den Überblick zu behalten (Kunz & Müller, 2016, S. 2).

4.2.2. Vorgehensweise

Gemäss Kunz und Müller (2016) wird folgendes Vorgehen empfohlen (S. 2-4):

1. *Vorarbeit*: Unter der Vorarbeit wird die Einarbeitung in das Thema anhand einer Literaturrecherche, die Reflexion über wichtige Aspekte und die Entwicklung einer Fragestellung subsumiert (Kunz & Müller, 2016, S. 2).

2. *Leitfaden erstellen*: Der Leitfaden beinhaltet eine Einstiegsfrage und eine stichwortartige oder aus einer Gedankenkarte bestehende Vorlage für das Interview (Ibd.; vgl. Anhang II).

3. *Kontaktaufnahme*: Bei Kontaktaufnahme mit einer Zielperson müssen die Rahmenbedingungen für das Interview geklärt werden (Harry Hermanns, 2000, S. 367). Bei Zusage wird das schriftliche Einverständnis für die Tonaufnahme und die

Verwendung der anonymisierten Ergebnisse für die Master-Arbeit eingeholt (Kunz & Müller, 2016, S. 3).

4. Interview durchführen

Für die Sicherung aller zur Verfügung gestellten Daten wird eine Tonaufzeichnung empfohlen (Kunz & Müller, 2016, S. 3; Rolf Porst & Ruth Holthoff, 2015, S. 95). Anhand eines Kurzfragebogens werden vor oder nach dem Interview demographische Daten erhoben, die zur Beschreibung der interviewten Person dienen und zur Begründung des Interviews und der Auswahl der Person beitragen (Kunz & Müller, 2016, S. 2-3). Der Hauptteil bei der Befragung ist das problemzentrierte Interview anhand des Leitfadens. Nach dem Interview werden nicht sprachliche Aspekte in Form eines Postskripts dokumentiert (Ibd.).

4.2.3. Fallauswahl

Das Ziel bei der Befragung ist es, eine qualitative Repräsentation auf der Subjektebene anzustreben (Aglaja Przyborski & Monika Wohlrab-Sahr, 2008, S. 311-331). Um dies zu erreichen, wird beim Sampling eine möglichst grosse Heterogenität betreffend folgender Merkmale angestrebt: Schwangerschaft weitergeführt oder abgebrochen, Aufenthaltsdauer und Aufenthaltsstatus in der Schweiz, Wohnsituation, Alter, Beziehung zu Erzeuger / Kindsvater und Anzahl Kinder bei Eintritt der ungeplanten Schwangerschaft (Jan Kruse, 2015, S. 241). Allen Befragten gemein ist das Merkmal, dass sie im Asylprozess sind und ungeplant schwanger geworden sind. Bei der Auswahl wird zudem darauf geachtet, dass eine möglichst ausgeglichene Fallzahl betreffend Entscheid hinsichtlich der Schwangerschaft (Weiterführen oder Abbruch) besteht. Das heisst, es werden zwei Frauen befragt, welche die Schwangerschaft weitergeführt haben und zwei, welche abgebrochen haben.

Die Befragungen erfolgen zwischen Mai und Juli 2018. Nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht über die interviewten Personen im Hinblick auf ihre Merkmale bei Eintritt der ungeplanten Schwangerschaft.

Übersicht Interviewte Personen

Merkmale	Interviewte Personen (IP)			
	IP 1	IP 2	IP 3	IP 4
Schwangerschaft	weitergeführt	weitergeführt	Abgebrochen	abgebrochen
Aufenthaltsdauer in der Schweiz	2 Jahre	5 Jahre	2 Jahre	weniger als 1 Jahr
Aufenthaltsstatus	Ausweis N	Ausweis F	Ausweis F	Ausweis N
Wohnsituation	4er Zimmer Asylunterkunft	3 Zi.-Whg.	WG in 5 Zi.-Whg.	4 Zi.- Whg.
Alter	22	35	22	42
Beziehung zu Erzeuger / Kindsvater	unverh. Partnerschaft	keine	unverh. Partnerschaft	Ehepaar
Anzahl Kinder	0	2	0	4

Table 2: Übersicht Interviewte Personen

Die interviewten Personen (IP) IP 1 und IP 2 sind Klientinnen der Autorin und der Beratungsstelle, wo sie tätig ist, und konnten durch sie rekrutiert werden. Die Befragungen werden in einer gemeinsam gesprochenen Fremdsprache geführt. IP 3 und IP 4 sind Klientinnen von zwei verschiedenen Beratungsstellen zu sexueller Gesundheit, welche von der Autorin angefragt wurden. Die Kontaktaufnahme wurde durch die zuständigen Beraterinnen der IP 3 und IP 4 ermöglicht. Befragt werden IP 3 und IP 4 jeweils mit Hilfe einer interkulturellen Übersetzerin. Alle Befragungen finden in Räumlichkeiten besagter Beratungsstellen statt, welche den betroffenen Frauen vertraut sind.

4.3. Datenauswertung

4.3.1. Methodenwahl: Zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring

Die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (2010) zielt darauf ab, die wesentlichen Inhalte der gesammelten Daten systematisch und ressourcenschonend aufzubereiten und zu analysieren (S. 65). Im Hinblick auf den Umfang, den Qualitätsanspruch und die zur Verfügung stehenden zeitlichen und forschungstechnischen Ressourcen erscheint diese Methode als angemessen.

4.3.2. Vorgehensweise

Die Vorgehensweise der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) ist wie folgt (S. 68-70):

1. *Bestimmung der Analyseeinheit:* Der erste Schritt legt fest, was genau untersucht wird. Dabei sind die Fragestellung und die gesammelten Daten relevant. Hierbei fällt die Entscheidung, ob jeder gesagte Satz oder nur die Aussage als solche Beachtung findet.
2. *Paraphrasierung:* Im zweiten Schritt werden die transkribierten Daten paraphrasiert und so in einer beschränkten und deskriptiven Form dargestellt.
3. *Festlegung des Abstraktionsniveaus:* Der dritte Schritt beinhaltet die Entscheidung, wie stark die Daten zusammengefasst und noch mal reduziert werden sollen. Konkret werden die Paraphrasen zu einem Aspekt generalisiert.
4. *Erste Reduktion:* Die erste Reduktion besteht darin, verallgemeinerte Paraphrasen durch Auslassen und Selektion abzurunden und zu vermindern. Dies bedeutet, unwichtige, nichtssagende und inhaltsgleiche Paraphrasen zu identifizieren und wegzulassen.⁶
5. *Zweite Reduktion:* In der zweiten Reduktion werden die Paraphrasen nochmal zusammengefasst und Überbegriffen zugeordnet.
6. *Erstellung des Kategoriensystems:* Nach der zweiten Reduktion wird auf Basis des Datenmaterials ein Kategoriensystem mit entsprechenden Überbegriffen formuliert. Darin werden die zusammengefassten Paraphrasen eingeordnet.
7. *Prüfung des Kategoriensystems:* Geprüft wird das in Schritt 6 erhaltene Kategoriensystem anhand eines Vergleichs mit dem ganzen Interviewtext oder den ursprünglichen Paraphrasen.

⁶ Sofern das Interview schon in zusammengefasster Form vorliegt, werden Schritte 2 bis 4 ausgelassen.

5. Darstellung der Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse stützt sich auf das in der Datenauswertung erstellte fallübergreifende Kategoriensystem (vgl. Anhang VII). Dieses beinhaltet alle relevanten Aussagen sämtlicher interviewter Personen (vgl. Anhang III, IV, V & VI). Jeder Kategorie ist ein Teilkapitel gewidmet, worin die betreffenden Ausprägungen dargestellt sind.

Für das richtige Verständnis der Ergebnisse sei hier darauf hingewiesen, dass die interviewten Personen nach dem Eintritt der ungeplanten Schwangerschaft retrospektiv befragt wurden. Die Schwangerschaft lag jeweils einige Wochen bis Monate zurück.

Die Bezeichnung *soziale Beratungsperson* steht nachfolgend für soziale Beratungspersonen von Beratungsstellen für Familienplanung beziehungsweise für Fachpersonen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und wird zur Vereinfachung der Leserlichkeit verwendet.

5.1. Zugang zu Verhütungsmitteln

Der *Zugang zu Verhütungsmitteln (K1)*⁷ vor dem Eintritt der ungeplanten Schwangerschaft erweist sich bei allen Frauen als ungenügend. Die Gründe dafür sind in jedem Fall vielschichtig und können nicht auf eine einzige Ausprägung zurückgeführt werden.

Drei Befragte waren aufgrund fehlender Finanzen einerseits und fehlender Systemkenntnis andererseits nicht in der Lage, sich ausreichend vor einer Schwangerschaft zu schützen. Eine der Befragten erzählte dazu: „Vor der Schwangerschaft, hm, ich fragte in Camp wegen Pille, weil ich wollte kein Kind. Ich habe nur Kondome bekommen. Sie sagten, es ist teuer. Der Kanton bezahlt nicht“ (IP 1⁸). Sie und die anderen beiden wussten nicht, wo sie sich Hilfe und Unterstützung für die Beschaffung von geeigneten Verhütungsmitteln holen konnten. Ein weiterer Grund für den ungenügenden Zugang sieht die eben zitierte Befragte in der Benachteiligung durch Bestimmungen am Wohnort bzw. durch soziale Betreuungspersonen. Sie sagte dazu: „Bei einen bekommt man Verhütungsmittel, bei anderen nicht... Es kommt auf die Betreuungspersonen an. Im einen

⁷ K1 = Kategorie 1. Vgl. Anhang VII

⁸ vgl. Anhang III

Durchgangszentrum war gleich eine Ärztin da. Sie hat über Verhütungsmittel gesprochen“ (IP 1).

Für die drei anderen Befragten erwies sich das fehlende Wissen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit sowie zu Verhütung als Zugangshindernis. Die Ergebnisse bestätigen, dass sie nur über lückenhaftes Wissen verfügten. „Ich kenne die Pille, Kondom und Spirale als Verhütungsmittel“ (IP 2⁹). Ähnliche Aussagen machten zwei andere Befragte. Die wenigen bekannten Verhütungsmittel kamen für eine Befragte nicht mehr in Frage, für eine andere waren sie nicht erschwinglich. Eine dritte verkannte die Notwendigkeit von Verhütung aufgrund von fehlendem Wissen zur reproduktiven Gesundheit.

Für eine Befragte spielte das unprofessionelle Verhalten der medizinischen Fachperson eine wichtige Rolle bei der ungeplanten Schwangerschaft. Sie verhütete eine Zeitlang mit der Spirale, denn „In Afrika habe ich gehört, dass ich mich gegen Schwangerschaft und Geschlechtskrankheiten schützen muss. Im Spital in der Schweiz, man hat mir gesagt, ich muss mich vor Schwangerschaften schützen. Da habe ich die Spirale genommen“ (IP 2). Als sie diese wegen unerwünschter Nebenwirkungen rausnehmen liess, wurde ihr keine Alternative angeboten. Als Folge verfügte sie über keine Verhütungsmöglichkeit mehr. „Der Arzt hat die Spirale rausgenommen und ich bin wieder nach Hause gegangen“ (IP 2).

Zwei Befragte sind trotz aktiv betriebener Verhütung (mit Kondom beziehungsweise mit der Knaus-Ogino Methode¹⁰) schwanger geworden. „So habe ich mit Körperbeobachtung und Beobachtung der Blutung verhütet (...) Im Spital hat die Ärztin gesagt, ich bin schwanger. (...) Ich war sehr traurig, sehr gestresst!“ (IP 1). Auch hier erweist sich der Zugang zu den Verhütungsmethoden als ungenügend.

Die Ergebnisse zeigen, dass alle Befragten nach und schliesslich wegen der ungeplanten Schwangerschaft einen ausreichenden Zugang zu Verhütungsmitteln erhalten haben. Diesen Zugang ermöglichte ihnen entweder die medizinische Fachperson oder die soziale Beratungsperson. IP 3¹¹ sagt dazu: „Die Beraterin [der Beratungsstelle für Familienplanung] hat mir alle Verhütungsmittel gezeigt“.

⁹ vgl. Anhang III

¹⁰ Die Knaus-Ogino Methode wird auch Kalender-Methode genannt. Sie basiert auf der Berechnung der fruchtbaren und unfruchtbaren Tage (Bayer, ohne Jahr, S. 41).

¹¹ vgl. Anhang IV

5.2. Zugang zu Wissen über sexuelle und reproduktive Gesundheit

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass der *Zugang zu Wissen über sexuelle und reproduktive Gesundheit (K2)* sich vor Eintritt der Schwangerschaft grundsätzlich als ungenügend erwies.

Die Ergebnisse verweisen darauf, dass drei Befragte selber vor dem Eintritt der Schwangerschaft der Meinung waren, dass sie zumindest in den für sie wichtigen Bereichen über genügend Wissen verfügten. „Es spielt keine Rolle für mich [dass ich in der Schweiz keine Infos zu sexueller Gesundheit bekommen habe], ja, ich habe vorher alles gewusst. (...) Ich bin genug reif und weiss über alles auch Bescheid“ (IP 4¹²).

In den Interviews zeigte sich jedoch, dass alle Befragten im Herkunftsland wie in der Schweiz keine beziehungsweise unzureichende Wissensvermittlung erhielten. So ging IP 4 beispielsweise davon aus, dass sie nach vierzig nicht mehr schwanger werden könne und sagte dazu: „Ich habe gedacht, ich werde niemals wieder schwanger. Und dann plötzlich!“ (IP 4).

Fehlende Systemkenntnisse ver- oder behinderten neben dem fehlenden Wissen bei allen vier Befragten den Zugang zu weiterführendem Wissen, das für ihre jeweiligen Situationen hilfreich gewesen wäre. Eine Befragte gab an zu wissen, dass Verhütungsmittel im Spital erhältlich sind. Sie wusste nicht, dass sie sich auf Beratungsstellen informieren kann und dass in Apotheken gewisse Verhütungsmittel rezeptfrei verfügbar sind. Diese und eine andere Befragte wussten zudem nicht, dass es Beratungsstellen für sexuelle Gesundheit gibt und welche weiterführende Hilfe diese vermitteln können, wenn beispielsweise eine Ärztin den Schwangerschaftsabbruch nach der 12. Schwangerschaftswoche verweigert. „Meine Betreuerin sagte, ich soll zur Beratungsstelle gehen, da könnte mir weitergeholfen werden. Ich wollte nicht gehen, ich wusste nicht genau, bei was mir geholfen werden kann“ (IP 1). Eine weitere Befragte versuchte, sich das Medikament für einen Schwangerschaftsabbruch in der Apotheke zu besorgen.

Die Ergebnisse verdeutlichen überdies, dass drei Befragten der Zugang durch unzureichende Sprachkenntnisse und fehlende Übersetzung erschwert wurde. Eine Befragte war lediglich mithilfe ihrer minderjährigen Tochter, die einigermaßen genügend Deutsch konnte, in der Lage, sich einen Termin für einen

¹² vgl. Anhang V

Schwangerschaftsabbruch geben zu lassen. Eine weitere war auf hilfreiche Passanten angewiesen, um den Spital zu finden, da sie die Wegbezeichnungen nicht lesen konnte. Eine Dritte konnte den Arzt nicht weiter über den Schwangerschaftsabbruch befragen, weil „er hat nur wenig Englisch gesprochen. Ich habe nur ein wenig verstanden“ (IP 2).

Analog zum *Zugang zu Verhütungsmitteln (K1)* bestätigen die Daten auch hier den ausreichenden *Zugang zu Wissen über sexuelle und reproduktive Gesundheit (K2)* nach dem Eintreten der Schwangerschaft. IP 3 erklärte: „Von Fachpersonen in der Schweiz habe ich keine Informationen dazu bekommen. Ich bin aber auch zufrieden mit der Hilfe, die ich jetzt vom Spital und der Beratungsstelle bekomme, ja. Ich war alleine mit der Schwangerschaft und habe dafür Hilfe bekommen“.

5.3. Zugang zu medizinischer Behandlung

Die Ergebnisse weisen nach, dass der *Zugang zu medizinischer Behandlung (K3)* in mancher Hinsicht gegeben war, aber nicht in jeder.

Eine Befragte hatte ungenügenden Zugang aufgrund eines Systemfehlers beziehungsweise aufgrund unprofessionellen Verhaltens der zuständigen sozialen Betreuungsperson. „Ich habe meine Blutung nicht bekommen. Und dann hat... Meine Betreuerin hat mich zu einer Ärztin geschickt“ (IP 3). Diese Ärztin war eine Allgemeinmedizinerin, die entweder standardmässig zuerst konsultiert werden musste oder zu der die soziale Betreuungsperson sie fälschlicherweise schickte. Aufgrund der fehlenden Kenntnisse der Befragten ist es nicht möglich, dies genauer zu beurteilen.

Wie die Daten jedoch weiterführend aufzeigen, hatte dieselbe und eine weitere Befragte überdies ungenügenden Zugang zu medizinischer Behandlung aufgrund unprofessionellen Verhaltens der medizinischen Fachperson. IP 3 erzählte weiter: „Die Ärztin sagte mir, ich bin nicht schwanger. Sie sagte, ich muss auf die Blutung warten und in dieser Zeit kein Sex haben... Aber ich war aber da schon schwanger.“ Die Fehldiagnose beziehungsweise fehlende weitere Begleitung bis zum Eintritt der Blutung oder einem positiven Schwangerschaftstest wird in diesem Fall als ungenügenden Zugang zu medizinischer Behandlung gedeutet. Derselben Befragten wurde der Zugang zu medizinischer Behandlung ein zweites Mal ebenso durch das unprofessionelle Verhalten einer weiteren medizinischen Fachperson verwehrt, als

sie einen Schwangerschaftsabbruch wollte. Aufgrund der Fehldiagnose der ersten Ärztin ging sie fälschlicherweise davon aus, nicht schwanger zu sein und entdeckte die bestehende Schwangerschaft erst in der 14. Schwangerschaftswoche. Sie wollte einen Schwangerschaftsabbruch machen. „Ich konnte das nicht akzeptieren. Ich war schockiert. Ich habe der Ärztin gesagt, bitte helfen Sie mir. Sie sagte, ein Schwangerschaftsabbruch ist nicht mehr möglich“ (IP 1).

Erschwerend kam hinzu, dass dieselbe Befragte sowie eine zweite ihre sexuellen Rechte nicht kannten. IP 1 wusste nicht, dass sie eine weitere medizinische Fachperson hätte konsultieren können und dass unter Umständen wie den ihren ein Schwangerschaftsabbruch auch nach der 12. Schwangerschaftswoche noch möglich gewesen wäre. „Ich hatte nicht genügend klare Informationen gehabt über Schwangerschaftsabbruch“ (IP 1).

Für eine andere Befragte führten fehlende Sprachkenntnisse beziehungsweise fehlende Übersetzung zu ungenügendem Zugang zu medizinischer Behandlung. „Ich sprach ein bisschen Deutsch und Englisch. Der Arzt konnte nur wenig Englisch sprechen. Niemand hat übersetzt. Weil das Thema so wichtig war, hätte ein Übersetzer da sein müssen. Der Arzt hat mich nur ein wenig, nicht alles verstanden (...) Er hat nicht gesagt, wie ich einen Schwangerschaftsabbruch machen kann oder wie das geht. Er hat mich nicht verstanden“ (IP 2).

Fehlende Systemkenntnisse waren für zwei Befragte weitere Gründe, weshalb der Zugang ungenügend ausfiel. „Als ich wusste, dass ich schwanger bin, ging ich zu Apotheke, damit ich eine Lösung finde, wie ich die Schwangerschaft abbrechen kann“ (IP 4). Sie dachte, sie könne dort das Medikament für einen Schwangerschaftsabbruch kaufen.

Die Ergebnisse erbringen neben den aus unterschiedlichen Gründen ungenügenden Zugang auch den Nachweis über genügenden Zugang zu medizinischen Behandlungen.

Aus den Daten lässt sich schliessen, dass drei Befragte aufgrund professionellen Verhaltens der zuständigen medizinischen Fachperson die gewünschte medizinische Behandlung erhielten. IP 3 berichtete diesbezüglich: „Ich war in Behandlung im Spital wegen anderen Gründen (...) Am Folgetermin der Behandlung hat die Ärztin herausgefunden, dass ich schwanger bin (...) Zum Glück bin ich aus anderen Gründen in Spital gekommen. Da wurde die Schwangerschaft entdeckt. Sie haben mir schnell geholfen. Sonst wäre es sehr schwierig für mich gewesen“.

Diejenige Befragte, die durch ein erstes unprofessionelles Verhalten der sozialen Betreuungsperson beziehungsweise aufgrund eines Systemfehlers ungenügenden Zugang erhielt, erlangte im weiteren Verlauf genügenden Zugang aufgrund professionellen Verhaltens eben dieser sozialen Betreuungsperson. „Es waren mehr als drei Monate seit meiner Blutung. Meine Betreuerin machte mit mir einen Schwangerschaftstest. Das Resultat sagte, ich bin schwanger. Ich konnte das nicht akzeptieren. Darum bekam ich Termin bei der Ärztin [Gynäkologin]“ (IP 1).

Zwei Befragte erreichten aufgrund vorhandenen Vorwissens genügenden Zugang. Sie wussten ohne ärztliche Untersuchung oder Schwangerschaftstest, dass sie schwanger waren. IP 2 sagte dazu: „Ich habe nicht gut gegessen und musste oft erbrechen. Darum ging ich in den Spital“.

Aus den Daten geht hervor, dass diese Befragte gleichzeitig über ungenügenden Zugang zu einem Schwangerschaftstest aufgrund fehlender Finanzen verfügte. „Ich wollte einen Schwangerschaftstest kaufen. Aber ich hatte kein Geld“ (IP 2).

Eine andere Befragte erhielt genügenden Zugang zu einem Schwangerschaftstest aufgrund des professionellen Verhaltens der sozialen Betreuungsperson. „Ich habe einen Schwangerschaftstest gemacht nach mehr als drei Monaten ohne Monatsblutung. Ich habe den Schwangerschaftstest von der Betreuerin bekommen“ (IP 1).

5.4. Zugang zu psychosozialer Beratung

Betreffend *Zugang zu psychosozialer Beratung (K4)* zeigen die Ergebnisse unterschiedliche Hindernisse und Unterstützungsmomente auf.

Drei Frauen erlebten ihre fehlende Systemkenntnis beziehungsweise die Tatsache, dass sie von diesem Angebot vor und nach dem Eintritt der Schwangerschaft weder Kenntnis noch eine Vorstellung hatten als hinderlich. Eine Befragte formulierte es so: „Da Schwangerschaftsabbruch nicht mehr möglich war, sagte die Gynäkologin, ich soll zur Beratungsstelle gehen, da könne mir weitergeholfen werden. Ich wollte nicht gehen. Ich wusste nicht genau, bei was mir geholfen werden könnte. Das einzige, was ich wollte, konnte ich nicht haben“ (IP 1).

Eine dieser Frauen sah zusätzlich fehlende Sprachkenntnisse als Ursache für den ungenügenden Zugang und sagte: „Vor der Schwangerschaft hat es mich nicht interessiert, wo ich dazu Informationen bekommen könnte. Aber wäre hilfreich

gewesen, das zu wissen (...) Die Sprache war schwierig. Weiss auch nicht wo, wann, wie einen Termin abmachen“ (IP 3).

Eine andere Befragte wurde durch das unprofessionelle Verhalten der medizinischen Fachperson um eine psychosoziale Beratung gebracht. „Der Arzt hat mir 30 Minuten Zeit gelassen, damit ich mich entscheide, weil ich weinte als er mir gesagt hat, dass ich schwanger bin“, berichtete IP 2. Obwohl sie nach der Bestätigung der Schwangerschaft aufgelöst und schockiert war, hat der behandelnde Arzt sie lediglich dazu aufgefordert, sich genügend Zeit für die Entscheidung zu nehmen, ob sie die Schwangerschaft abbrechen oder weiterführen will. Sie nahm sich dann eine halbe Stunde Zeit und entschied sich gleich anschliessend – immer noch im Schockzustand. Den in dieser Situation notwendigen Hinweis oder gar die Empfehlung, sich beraten zu lassen, gab der Arzt nicht.

Die drei anderen Befragten erhielten aufgrund eben solcher Hinweise der medizinischen Fachperson Zugang zu psychosozialer Beratung. Sie wurden von der behandelnden Ärztin aufgrund der ungeplanten Schwangerschaft an Beratungsstellen verwiesen. „Für mich war es gut, dass ich nicht sofort behandelt wurde, nachdem ich um einen Schwangerschaftsabbruch gebeten habe. Mir wurde alles genau und höflich erklärt. Ich hatte die Möglichkeit, mir noch Zeit für den Entscheid zu nehmen. Das war wichtig für mich“ (IP 4).

Ebenfalls genügenden Zugang wurde in einem anderen Fall durch das professionelle Verhalten der sozialen Betreuungsperson erreicht. „Sie hat einen Termin abgemacht mit der Beratungsstelle. Ich wollte nicht, aber die Betreuerin sagte mir immer wieder, bis ich ging. Bei der Beratungsstelle habe ich mentale Unterstützung bekommen und wieder Hoffnung gehabt“ (IP 1).

Die Ergebnisse belegen, dass alle Befragten aufgrund professionellen Verhaltens der sozialen Beratungsperson genügend Zugang zu psychosozialer Beratung bekommen haben. IP 2 erklärte: „Die Beratungsstelle sexuelle Gesundheit hat mir sehr geholfen. Ich denke, ich wäre nicht schwanger geworden, wenn ich vorher schon so eine Unterstützung gehabt hätte“.

Weiter erbringen die Daten den Nachweis, dass in allen untersuchten Fällen der Zugang nach und wegen Eintritts der ungeplanten Schwangerschaft genügend ausfiel. Obwohl IP 3 vor der ungeplanten Schwangerschaft ungenügenden Zugang zu psychosozialer Beratung hatte, meinte sie dazu: „Ich bin aber zufrieden mit der Hilfe, die ich jetzt vom Spital und der Beratungsstelle bekomme. Ich war alleine mit

der Schwangerschaft und habe dafür Hilfe bekommen (...) Ich habe mit niemandem sonst über Schwangerschaft geredet, weil es keine gute Nachricht ist... Nein, ich kann niemandem erzählen, dass ich schwanger war und abgetrieben habe“.

5.5. Beziehung zu Kindsvater / Erzeuger

Die Daten verweisen darauf, dass die Befragten bei Eintritt der Schwangerschaft unterschiedliche *Beziehungen zum Kindsvater beziehungsweise Erzeuger (K5)* führten.

Drei unterhielten zum Zeitpunkt der ungeplanten Schwangerschaft eine Liebesbeziehung. „Ich bin verheiratet“, meinte IP 4 dazu. IP 3 beschrieb ihre Beziehung so: „Ich hatte eine Beziehung mit ihm. Zuerst wir waren Freunde, danach eine Liebesbeziehung“.

Eine Befragte wurde von einer Zufallsbekanntschaft schwanger und beschreibt dies folgendermassen: „Ich habe ihn an einer Party kennen gelernt. Wir haben zusammen die Nacht verbracht. Dann haben wir Nummern ausgetauscht“ (IP 2).

Die Ergebnisse zeigen, dass drei bei einvernehmlichem Geschlechtsverkehr schwanger geworden sind. Eine Befragte wurde mit psychischem Druck zum Geschlechtsverkehr gezwungen. IP 3 sagte: „Ich kann nicht genau beschreiben. Er hat mich nicht geschlagen oder so! Er hat mir immer gesagt, du bist die Beste, ich tue dies und das für dich. Dann habe ich gedacht, ja, vielleicht... ich sollte schon“.

Nach dem Eintritt der ungeplanten Schwangerschaft erlebte eine den Kindsvater / Erzeuger als unterstützend. „Die Beziehung zu meinem Freund war und ist gut. Die Schwangerschaft hat nichts geändert“ (IP 3). Die drei anderen erlebten das Gegenteil. IP 2 erzählte: „Er hat sich nie gemeldet (...) Ich habe immer wieder angerufen, aber die Nummer hat nicht funktioniert“.

5.6. Einflussfaktoren auf den Entscheidungsfindungsprozess

Die Daten verdeutlichen unterschiedliche *Einflussfaktoren auf den Entscheidungsfindungsprozess (K6)*. Diese Einflussfaktoren wurden in folgende drei Unterkategorien aufgeteilt:

- *Intrapersonelle Einflussfaktoren (K6.1)*
- *Interpersonelle Einflussfaktoren (K6.2)*
- *Soziale Einflussfaktoren (K6.3)*

Mit der Unterkategorisierung sollen die jeweiligen Ausprägungen gemäss ihren Haupteigenschaften gegliedert werden.

Intrapersonelle Einflussfaktoren

Intrapersonelle Einflussfaktoren (K6.1) beschreiben persönliche Haltungen und Gefühle in Bezug auf die Entscheidungsfindung der befragten Frauen.

Für alle vier Befragten war es ein schwieriger Entscheid. Eine der Frauen beschrieb ihr Dilemma folgendermassen: „Als er mir sagte, dass ich schwanger bin, ich war hoffnungslos (...) Ja... Ich sagte mir, es wird sehr schwer, aber es wird gehen“ (IP 2).

IP 1 war „sehr traurig, sehr gestresst“, als ihr die ungeplante Schwangerschaft bestätigt wurde. IP 4 sagte: „Ich hab mir wirklich lange überlegt...“.

Drei Befragte vertraten die Haltung, dass ein Schwangerschaftsabbruch das Töten eines Menschen bedeutet und darum etwas Schlimmes ist. „Ich konnte das Kind nicht töten, weil es jemand Unschuldiges ist“, erklärte IP 1 ihre Haltung.

Ein Frau sagte sich, dass ein Schwangerschaftsabbruch bis zum zweiten Monat akzeptabel sei: „Ich bin nicht so ganz sicher, aber wenn das Kind mehr als zwei Monate gewesen wäre, da würde ich wahrscheinlich noch die Schwangerschaft weiterführen (...) Zum Glück habe ich es früher gemerkt. Wenn das Kind mehr als zwei Monate und ich hätte einen Schwangerschaftsabbruch gemacht, das wie wenn ich ... einen Mann ... einen Mensch getötet hätte“ (IP 4).

Die Angst vor der Verachtung von der Familie und/oder der Gesellschaft wegen der ungeplanten Schwangerschaft beeinflusste drei Frauen bei der Entscheidungsfindung. „Meine Familie akzeptiert die Schwangerschaft vor der Ehe nicht. Sie würden einen Schwangerschaftsabbruch nicht akzeptieren und wissen nicht, dass ich das tun wollte (...) Meine Familie spricht nicht mehr direkt mit mir wegen der Schwangerschaft. Mit meinem Bruder spreche ich nicht. Mit meiner Schwester spreche ich noch, aber nicht mehr das... wie vor der Schwangerschaft“ (IP 1).

Ebenfalls drei befürchteten die Verachtung von Erzeuger, Bezugsperson, Familie und/oder Gesellschaft aufgrund ihres Wunsches nach einem Schwangerschaftsabbruch. IP 3 erklärte es so: „Ich habe darum mit gar niemandem sonst darüber über Schwangerschaft geredet, weil es sind keine guten Nachrichten. Ich kann niemandem erzählen, dass ich schwanger war oder... und, also auch, dass ich abgetrieben habe. Ich bin nicht so erzogen worden“.

Eine der Befragten hatte Angst, dass sie selber aufgrund eines Schwangerschaftsabbruchs sterben könnte. Sie sagte „Für das Weiterführen der Schwangerschaft hat gesprochen, dass ich bei einem Schwangerschaftsabbruch sterben könnte und weil es das letzte Kind sein könnte, das Gott mir gibt“ (IP 2).

Interpersonelle Einflussfaktoren

Die Ergebnisse zeigen im Hinblick auf *interpersonelle Einflussfaktoren* (K6.2) diverse Ausprägungen.

Unterschiede zeigten sich beispielsweise bei der Haltung des Erzeugers zur Schwangerschaft oder zur getroffenen Haltung diesbezüglich. Zwei Befragte berichten von übereinstimmender Haltung mit dem Erzeuger. IP 1 erzählte Folgendes über seine Haltung zur Schwangerschaft: „Er denkt das Gleiche wie ich. Er hat wie ich das gleiche Leben und hatte er die gleichen Gefühle wie ich“.

Eine der Befragten ging von der gegenteiligen Haltung ihres Ehemannes aus, weshalb sie ihn nicht über die Schwangerschaft informierte. „Ich hatte kalte Füße, weil mein Mann hat es nicht gewusst, dass die Schwangerschaft abgebrochen wird. Und in Syrien, das ist bekannt, wenn die Frau es machen wird, dann muss man äh, muss der Mann dabei sein. Die Frauen dürfen es nie machen ohne Männer. Das war für mich Angst, dass ich hier in der Schweiz das nicht machen kann, weil er nicht da ist und nicht weiss“ (IP 4).

Drei Befragte waren in der Situation, ohne oppositionelle Beeinflussung ihren Entscheid treffen zu können. Der Partner von IP 3 hatte ihr freie Wahl gelassen bei der Entscheidungsfindung: „Ich habe mich entschieden, ich will die Schwangerschaft abbrechen und dann habe ich es meinem Freund gesagt. Er hat gesagt, ich kann das machen was ich will“.

Bei der vierten Befragten gestaltete sich die Situation diesbezüglich schwieriger, denn sie wurde von einer Bezugsperson, ihrer Tochter, oppositionell beeinflusst. Ihre Tochter versuchte, sie vom Schwangerschaftsabbruch abzubringen. „Meine Tochter hat immer gesagt, lass das Baby, ...nicht so, die Schwangerschaft nicht abbrechen. Es ist ein Mensch, das sollten wir nicht abbrechen und diese Fragen waren... sie haben mich getroffen“ (IP 4).

Beim Treffen des Entscheids erhielten zwei Unterstützung von einer sozialen Beratungsperson. Beide waren froh darüber. IP 4 erzählte dazu: „Für mich war es gut, weil sie es nicht gerade so gesagt haben, ja, wollen Sie einen

Schwangerschaftsabbruch machen? Ja dann machen wir es. Nein, sie haben es mir alles erklärt, wie man es behandeln wird und ob ich... Ich hatte noch eine Woche Gelegenheit zu überlegen, ob ich es möchte und sie haben mir alles erklärt und das war für mich noch wichtig“.

Die beiden anderen Befragten hatten keine Unterstützung einer sozialen Beratungsperson beim Treffen der Entscheidung. „Nein, ich habe die Beratungsstelle nicht gekannt“, sagte IP 2 auf die Frage, ob sie psychosoziale Beratung für die Entscheidungsfindung erhalten hatte.

Soziale Einflussfaktoren

Die letzte Unterkategorie der Einflussfaktoren auf die Entscheidungsfindung betrifft die *sozialen Einflussfaktoren (K6.3)*. Sie beinhaltet die im weiteren Sinne gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und persönlichen Einflussfaktoren auf das Treffen der Entscheidung. Alle genannten sozialen Einflussfaktoren wurden als negativ für ein Kind angesehen. In den Interviews wurden keine sozialen Bedingungen erwähnt, welche nach Ansicht der Befragten oder nach objektiven Gesichtspunkten als positiv gewertet werden könnten.

Zwei hielten gleichzeitig ihre Wohnsituation sowie ihren unsicheren Aufenthaltsstatus als unangemessen für ein Kind. IP 1 erklärte es so: „Das Leben im Durchgangszentrum und mit N Status ist schon ohne Kind schwierig“.

Ausnahmslos bewerteten die Befragten ihre wirtschaftliche und berufliche Situation als äusserst ungeeignet für ein (weiteres) Kind. Alle betonten, dass sie zuerst besser Deutsch lernen, eine Aus- oder Weiterbildung machen und Geld verdienen wollten, anstatt in diesem Moment ein (weiteres) Kind zu haben. „Ich darf nicht arbeiten. Mit einem Kind ich habe auch keine Möglichkeit in die Schule zu gehen und eine Ausbildung zu machen“ sagte IP 1.

Zusätzlich beeinflusste die Beziehung oder vielmehr die nicht vorhandene Beziehung zum Erzeuger den Entscheid von IP 2. „Für einen Schwangerschaftsabbruch hat gesprochen, dass ich ohne Mann bin und ich... es ist schwierig mit drei Kindern alleine. Jetzt werden die ersten zwei langsam gross, ich könnte wieder in die Schule gehen und bald arbeiten gehen“ (IP 2). IP 2 spricht damit auch die fehlende Unterstützung infolge der nicht vorhandenen Beziehung bei der Kinderbetreuung an, welche für sie ein wichtiger Aspekt darstellte.

Eine der Befragten führte ihr relativ fortgeschrittenes Alter im Hinblick auf eine erneute Mutterschaft ins Feld. „Ich bin jetzt 42. Und in zehn Jahren wird das Kind zehn und ich werde 52. Ich wäre sicher zu alt und ich kann das Kind nicht so gut erziehen und ehm... dann es wird ein bisschen schwierig und die... es gibt zwei Generationen zwischen mir und dem Kind“ (IP 4).

Alle vier Frauen betonten, dass das Austragen der Schwangerschaft für sie eine massive Einbusse der Unabhängigkeit beziehungsweise ein grosses Hindernis im Hinblick auf die von ihnen angestrebte Unabhängigkeit darstellen würde. „Ich will die Sprache lernen, arbeiten, unabhängig werden. Wenn ich unabhängig bin, kann ich meiner Familie helfen“, erklärte IP 3. Damit meinte sie, sie wolle ihre beiden Brüder finanziell unterstützen, die sich im Sudan und in Äthiopien befinden. IP 1 sah aufgrund ihrer Schwangerschaft und der Unmöglichkeit, diese abubrechen, dass „viele Lebenspläne platzten“.

5.7. Entscheid

Die Befragten trafen unterschiedliche *Entscheide* (K7) betreffend der ungeplanten Schwangerschaft. Nicht alle Entscheide konnten auch durchgeführt werden.

Drei der vier Frauen entschieden sich für einen Schwangerschaftsabbruch. „Ich habe den Entscheid getroffen, die Schwangerschaft abubrechen“ (IP3). IP 4 hingegen hat entschieden, die Schwangerschaft weiterzuführen: „Ich könnte einen Schwangerschaftsabbruch machen. Aber ich wollte nicht“.

Die Durchführbarkeit des Entscheids war bei drei Befragten gegeben. IP 1 jedoch wurde der gewünschte Schwangerschaftsabbruch verweigert: „Ich wollte einen Schwangerschaftsabbruch machen. Ich bat die Ärztin, dass sie mir hilft! Aber sie sagte, es ist nicht möglich“.

5.8. Persönliche Ressourcen / Schwierigkeiten

Die Ergebnisse zeigen ein breites Spektrum an persönlichen Ressourcen und Schwierigkeiten auf, welche in den verschiedenen Fällen unterstützend oder behindernd wirkten.

Zwei der Befragten zeigten ein selbstbewusstes Auftreten. So sagte beispielsweise IP 1 von sich: „Ich habe genug Mut, um bei Ärzten nachzufragen. Wenn Ärzte keine Zeit haben, frage ich nicht alles, was ich möchte. Meistens frage ich aber“.

Eben diese beiden Befragten erscheinen überdies als widerstandsfähige, hartnäckige Persönlichkeiten. Bei IP 4 zeigte sich dies zum Beispiel, indem sie trotz vermeintlich hohen und für sie im ersten Augenblick unbezahlbaren Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch ihr Ziel beharrlich weiterverfolgt. Sie sagte: „Die Kosten für das Medikament waren eine Hürde für mich. Ich habe im Internet davon erfahren und wusste, dass ich dieses nicht kaufen kann“.

Eine weitere Ressource dieser beiden Frauen sind gute Sprachkenntnisse in Englisch, welche über fehlende Deutschkenntnisse hinweggeholfen haben. „Manchmal ist es hart, auf Englisch kommunizieren zu müssen. Ich verstehe aber meistens alles“ (IP 1).

In einem Fall erwiesen sich Internetkenntnisse als wichtige Ressource, welche zum Beispiel fehlende Systemkenntnisse oder ungenügende Zugänge zu medizinischer Behandlung überbrücken konnte. „Ich hatte Kontakt mit arabisch sprechender Online-Ärztin“ (IP 4). Diese informierte sie über den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch.

Einer anderen Befragten half der Glaube an Gott bei der Bewältigung der ungeplanten Schwangerschaft und des Schwangerschaftsabbruchs. „Ich denke, ich bekomme von Gott Hilfe (...) Ich bin deswegen, hm... sehr traurig und ich bitte Gott um Verzeihung“ (IP 3).

In zwei Fällen trug neben theoretischem Vorwissen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit die Lebenserfahrung wesentlich dazu bei, die eingetretene Schwangerschaft frühzeitig zu erkennen. „Ich hatte nur einfach die, die gleiche ... Mir war ein bisschen schwindlig und ich hatte Übelkeit und ich habe gedacht, ich bin schwanger (...) Ich wusste, dass ich einen Schwangerschaftstest kaufen kann. Aber ich war total äh, ja, sicher, dass ich schwanger bin und wollte darum keinen kaufen“ (IP 4).

Behindernd war für zwei Befragte das Fehlen von persönlichen Vertrauenspersonen. IP 2 erzählte niemandem von der Schwangerschaft: „Bis die Leute es sehen konnten, habe ich es niemandem erzählt. Ich habe mich geschämt“.

Drei der vier Frauen waren geschockt von der Nachricht über die Schwangerschaft. IP 3 erklärte: „Es war ein Schock! Ich hatte überhaupt nicht erwartet, schwanger zu sein!“. Der Schock führte dazu, dass sie im ersten Moment nicht fähig waren, ruhig und klar zu denken. Trotz psychosozialer Beratung hielt der Schock an bis über den Zeitpunkt der Entscheidungsfindung. „Ich habe genug Informationen bekommen zu

Rechten und Methoden beim Entscheid. Aber ich hätte gern noch einmal Informationen dazu, weil ich beim Entscheid sehr gestresst war“, konstatierte IP 3.

Eine der vier Befragten war in ihrem Wohlbefinden aufgrund der ungeplanten Schwangerschaft und des Schwangerschaftsabbruchs beeinträchtigt und litt unter Gewissenskonflikten. IP 3 erzählte: „Es war ein Fehler, schwanger zu werden. Was passiert ist, ist immer noch schwierig für mich und es beschäftigt mich“.

Hinderlich und förderlich gleichzeitig war für eine Befragte die Tatsache, dass sie ihre minderjährige Tochter gezwungenermassen über die Schwangerschaft und ihren Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch informieren musste. Einerseits hatte sie nicht genug Zeit, die Tochter wieder nach Hause zu bringen, nachdem sie in Erfahrung brachte, wo sie sich behandeln lassen konnte. Andererseits war sie auf ihre Tochter als Übersetzerin angewiesen. IP 4 sagte: „Ich war gezwungen, es meiner Tochter es zu sagen. In dieser Moment, äh Zeit war äh, hat mein Mann nicht gewusst, dass ich schwanger bin (...) Ja ich wünschte, meine Tochter wüsste es nicht“.

6. Diskussion der Ergebnisse

Nach einer kurzen Reflexion der Befragung werden in diesem Kapitel die Ergebnisse der Befragung den Resultaten der aktuellen Forschung entgegengestellt und diskutiert. Das Kapitel präsentiert in der Folge erzielte Erkenntnisgewinne und neue, bisher unerforschte Resultate.

6.1. Reflexion der Befragung

Um die Ergebnisse besser einordnen zu können, werden hier folgende zwei Fragen reflektiert:

- Waren die eingesetzten Methoden zweckmässig?
- Sind die Ergebnisse aussagekräftig, zuverlässig, in der Tendenz verallgemeinerbar?

Ebenfalls geht es in diesem Kapitel darum, den Forschungsprozess an sich und die Rolle der Autorin als Forschende kurz zu reflektieren.

Die verwendeten Datenerhebungs- und Auswertungsmethoden erwiesen sich als sachdienlich, effektiv und effizient. Sie hielten, was sich die Autorin von ihnen versprach und boten die Möglichkeit, einen Bereich mit wenig Vorwissen zu erforschen und trotz der daraus folgenden grossen Offenheit für die Thematik systematisch und strukturiert vorgehen zu können. Ebenfalls konnten ressourcenschonend viele Ergebnisse erzielt werden.

Die Rekrutierung erwies sich teilweise insofern als relativ einfach, als dass die Autorin selber durch ihre Arbeit Zugang zu potentiellen Befragten hatte und dadurch die Befragung von IP 1 und IP 2 im Rahmen eines bestehenden Vertrauensverhältnisses stattfinden konnte. Andererseits erwies sich die Suche nach IP 3 und IP 4 als schwierig, da das Thema im Fokus ein Tabuthema ist und alle von der Autorin angefragten Fachpersonen, welche Zugang zu möglichen Interviewpartnerinnen hatten, durch ihre Schweigepflicht gehemmt wurden.

Als weiteren zu beachtenden Aspekt bei der Rekrutierung ist die Tatsache, dass alle Befragten früher oder später die Begleitung einer psychosozialen Beraterin erhielten. Eine wahrscheinliche Folge davon kann sein, dass die befragten Frauen einen gewissen emotionalen Abstand zu den Ereignissen rund um die ungeplante Schwangerschaft erreichten. Möglich ist zudem, dass dadurch eine vertiefere

Reflexion und Auseinandersetzung mit dem Thema stattfinden konnte. Infolgedessen waren die Befragten vermutlich eher für ein Interview bereit, im Gegensatz zu Betroffenen ohne Begleitung einer professionellen Beratung. Dagegen spricht jedoch wiederum die bei allen Frauen während des Interviews sehr spürbare Betroffenheit, die engagierte Offenheit der Autorin gegenüber und nicht zuletzt ihre zutage getretene Emotionalität. Im Hinblick auf diesen Zugang zu sozialer Beratung (und medizinischer Behandlung), unterschieden sich die rekrutierten Frauen vermutlich von anderen, nicht erreichten Betroffenen insofern, als dass sie (noch) weniger Zugang zu den sexuellen Rechten (in Form von psychosozialer Beratung beispielsweise) erhielten.

Die Tatsache, dass die Autorin selber in dem untersuchten Feld tätig ist, darf ebenfalls nicht ausser Acht gelassen werden. Es bestand dadurch die Gefahr, dass das vorhandene Vorwissen ihre Offenheit für Neues beeinträchtigte. Zur Vorbeugung dessen hat die Autorin versucht, sich ihres Vorwissens jederzeit bewusst zu sein. Ebenfalls barg die Doppelrolle der Autorin gegenüber IP 1 und IP 2 einerseits als soziale Beraterin und andererseits als Forscherin ein weiteres Risiko. Dieses bestand darin, dass die Befragten beschönigende Antworten geben konnten aus Angst, dass allfällige Kritik sich negativ auf die weitere Beratung auswirkt, obwohl im Vorfeld der Beratung ihnen gegenüber das Gegenteil versichert wurde.

Während des Forschungsprozesses wurde der Autorin bewusst, dass sie die Befragten in erster Linie als Opfer wahrnahm, denen in jedem Fall geholfen werden musste. Die Rolle der Befragten auf Opfer zu reduzieren erwies sich jedoch als falsch und zu simpel. Denn sie bewiesen sich in jedem Fall – in unterschiedlicher Ausprägung – als selbstbewusste, erfinderische und auch stolze Frauen, die eine Schwierigkeit mehr oder weniger erfolgreich und mit mehr oder weniger Unterstützung anpackten.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Ergebnisse der Befragung in der Tendenz verallgemeinerbar sind und einen guten, zuverlässigen und aussagekräftigen Einblick in die Lebensrealität von Frauen im schweizerischen Asylkontext im Falle einer ungeplanten Schwangerschaft geben.

6.2. Übereinstimmungen und Widersprüche hinsichtlich aktueller Forschung

Im vorliegenden Kapitel wird der Frage nachgegangen, in welchem Verhältnis die Ergebnisse zur übrigen Forschung stehen und inwieweit sie sich mit der übrigen Forschung decken oder ihr widersprechen. Überlegungen und Erklärungsansätze der Autorin für die erhaltenen Ergebnisse werden dargelegt. Die Ergebnisse sind gemäss der Struktur des Kategoriensystems (vgl. Anhang VII) aufgeführt.

Zugang zu Verhütungsmitteln

Übereinstimmend mit aktuellen nationalen Forschungsergebnissen von Cignacco et al. (2017, S. 55) und SGCH (2017, S. 2) haben die Ergebnisse der vorliegenden Befragung gezeigt, dass der Zugang zu Verhütungsmitteln für Frauen im schweizerischen Asylkontext insgesamt ungenügend ist. Die Ursachen für diesen ungenügenden Zugang sind – ebenfalls in Übereinstimmung mit Resultaten nationaler und internationaler Studien zu Migrantinnen und Asylsuchenden – vielfältiger Natur. Es sind fehlende finanzielle Möglichkeiten, Benachteiligung durch Bestimmungen am Wohnort, mangelhaftes Wissen über sexuelle und reproduktive Gesundheit und Verhütungsmittel, ungenügende Sprach- und Systemkenntnisse und das Schwanger-Werden trotz Verhütung (Cignacco et al., 2017, S. 25 & S. 55; Orgilia Ikhilor et al., 2017, S. 9-10, S. 82; Rasch et al., 2005, S. 1324-1325; SGCH, 2017, S. 2; SGCH & SRI, 2017, S. 11-12; Sieber, 2007, S. 465).

Die beiden verhütungswilligen Befragten erklärten, Kondome seien für sie verfügbare Verhütungsmittel gewesen. Dies bestätigt die Untersuchung von Cignacco et al. (2017), welche die Situation von Asylsuchenden in der Schweiz prüften (S. 55). Eine Befragte benutzte auch Kondome. Man könnte argumentieren, dass hier der Zugang zu Verhütungsmitteln gegeben war. Die Autorin stellt sich jedoch die Frage, ob die blosser Abgabe von Kondomen ohne dazugehörige Informationen (abgesehen von der Packungsbeilage in drei der Schweizer Landessprachen¹³) fahrlässig ist, wenn angenommen werden muss, dass die Benutzerinnen und Benutzer eine allgemein schlechtere Ausbildung genossen haben als in der Schweiz üblich und zudem keiner der Landessprachen mächtig sind. Denn wie die Ergebnisse zeigen, fehlte es auch

¹³ Gebrauchsanweisungen beispielsweise auf einer Kondom Verpackung der Marke Ceylor sind in Deutsch, Französisch und Italienisch gehalten. Die Abbildungen unterstützen das Verständnis zwar, sind aber nicht in der Lage, alle wichtigen Hinweise zu verdeutlichen.

an wichtigen Informationen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit, was möglicherweise in den vorliegenden Fällen dazu führten, dass die benutzten Verhütungsmittel nicht richtig angewendet wurden. Zum gleichen Schluss sind auch das BZgA (2013, S. 25) und Sieber (2007, S. 465) gekommen, die Abteilungsleiterin Zugang, Wissen und Migration von SEXUELLE GESUNDHEIT Schweiz, dem nationalen Dachverband der Fachstellen zu sexueller Gesundheit und Familienplanung. Ebenfalls haben Rasch et al. (2007) in Dänemark festgestellt, dass ausländische Frauen anfälliger für fehlerhafte Anwendung von Verhütungsmittel sind (S. 1324-1325).

Natürlich muss bei jedem Verhütungsmittel mit einem Restrisiko gerechnet werden, das auch bei vollständig sachgemässer Anwendung bestehen bleibt. Die vorliegenden Resultate geben jedoch keinen Hinweis darauf, worauf das Versagen der Verhütungsmittel in diesen beiden Fällen schlussendlich zurückzuführen ist, da ungeklärt blieb, ob sie die Kondome korrekt angewendet haben.

Zugang zu Wissen über sexuelle und reproduktive Gesundheit

Die Ergebnisse der Befragung decken sich mit den bisherigen Erkenntnissen der aktuellen Forschung im Hinblick auf die unzureichende Wissensvermittlung in der Schweiz sowie auf die fehlende Sprachkenntnis und/oder Übersetzung (Cignacco et al., 2017, S. 56; SGCH, 2013a, S. 6).

Besonders interessant erachtet die Autorin diese Ergebnisse im Hinblick auf den Zugang zu Verhütungsmitteln und auf den Zugang zu Wissen betreffend IP 1 und IP 4, welche beide von sich behaupten, ganz grundsätzlich über genügend Wissen zu verfügen und trotzdem schwanger geworden sind. Hier scheint die Volksweisheit treffend, dass niemand weiss, was er oder sie nicht weiss. Aber auch aus wissenschaftlichen Kreisen in Deutschland wird in allgemeiner Hinsicht bestätigt, dass bezüglich Verhütung Halbwissen gefährlich ist und zu ungeplanten Schwangerschaften führen kann (Elisabeth Raith-Paula, 2016, S. 2).

Zugang zu medizinischer Behandlung

Wie das BAG (2016, S. 33), Cignacco et al. (2017, S. 39) und TDF (2013, S. 17) auf nationaler Ebene im Hinblick auf Menschen im Asylkontext feststellen, zeigt auch die vorliegende Befragung Hürden auf in Form eines Systemfehlers oder durch unprofessionelle Verhaltensweisen einer nicht medizinischen, sozialen Betreuungsperson, welche über einen Arzttermin entscheidet. Denn schliesslich

wurde die Betroffene mit einem gynäkologischen Anliegen von einer allgemeinpraktizierenden medizinischen Fachperson behandelt und dies fehlerhaft (vgl. Kapitel 6.3.). Wobei hier die Frage gestellt werden kann, ob eine nicht medizinische Fachperson unprofessionell handelt, wenn sie beispielsweise die Notwendigkeit für einen Termin bei einer Frauenärztin oder einem Frauenarzt verkennt, denn es ist nicht ihr Fachgebiet und es ist davon auszugehen, dass sie nach bestem Wissen und Gewissen handelt. Deshalb scheint das Problem in erster Linie im System zu liegen, das verunmöglicht, dass Betroffene in einen direkten und vertraulichen Austausch mit medizinischen Fachpersonen gelangen, um ihre Anliegen oder Beschwerden zu thematisieren und in die richtigen Bahnen lenken zu können. Auch stellt sich die Frage, ob eine medizinische Fachperson, sei es nun die richtige oder falsche für das Anliegen, selber in der Lage sein muss, Betroffene zur richtigen Fachperson zu leiten. Das Manko scheint darin zu bestehen, dass Betroffene keine Möglichkeit haben, ihre Anliegen vertraulich behandeln zu lassen. Denn ein am falschen Ort deponiertes Bedürfnis muss von einem Arzt oder einer Ärztin in die richtigen Bahnen geleitet werden, nicht von einer sozialen Betreuungsperson oder von den Betroffenen selber. Ebenfalls sieht die Autorin einen Mangel darin, dass unter Umständen eine soziale Betreuungsperson den Termin bei einer medizinischen Fachperson verweigern kann. Zusammenfassend liegt hier auf jeden Fall ein ungenügender, wenn nicht gar fahrlässiger Prozessablauf vor. Auch der Befund schweizerischer Untersuchungen zu Frauen im Asylkontext hinsichtlich fehlender Sprachkenntnisse oder Übersetzung konnte mit der Befragung bestätigt werden (Kurth et al., 2010, S. 6; TDF, 2013, S. 17) .

Zugang zu psychosozialer Beratung

Wie schon die in der Schweiz tätige Ärztin Ilse Schläpfer-Reiser (2000) betonte, weisen auch die Ergebnisse der Befragung auf unprofessionelle Verhaltensweisen von medizinischen Fachpersonen als Hürde beim Zugang zu psychosozialer Beratung hin (S. 250-251). Explizit ist hier beispielsweise die fehlende Triage der medizinischen Fachperson bei IP 2 zu einer Beratungsstelle für sexuelle Gesundheit gemeint. Bei der aufgetretenen Schwangerschaftsambivalenz konnte so keine Unterstützung geleistet werden. Die Autorin ist der Ansicht, dass IP 2 durch die Unterstützung einer psychosozialen Beratung in der Schwangerschaftsambivalenz informierter und selbstbestimmter handeln und sich allenfalls sogar anders hätte

entscheiden können. Oder aber dass IP 2 eher in Frieden mit der getroffenen Entscheidung gewesen wäre. Denn obwohl die Befragung schon einige Zeit nach ihrer Entscheidung stattfand, brachte die Befragte ihre Ambivalenz emotional und verbal stark zum Ausdruck. Dies wies für die Autorin auf einen immer noch andauernden inneren Konflikt hin.

Die Befragung steht ebenfalls im Einklang mit aktuellen Forschungsergebnissen, nach welchen fehlende Sprachkenntnisse eine Beratung erschweren oder sogar verhindern (Kurth et al., 2010, S. 6; SGCH, 2013a, S. 16).

Beziehung zu Kindsvater / Erzeuger

Die Resultate im Hinblick auf die Beziehung zum Kindsvater beziehungsweise zum Erzeuger der Schwangerschaft bestätigen insofern den aktuellen nationalen Forschungsstand, als dass heterosexueller Geschlechtsverkehr eine Mitursache der ungeplanten Schwangerschaft ist (Menghini Sutter, 2017, S. 21). Ebenfalls ergab die Befragung übereinstimmend mit den Resultaten zur Bevölkerung in der Schweiz von Herman et al. (2016), dass drei ungeplante Schwangerschaften in einer Liebesbeziehung und eine im Rahmen einer Zufallsbekanntschaft entstanden (S. 27).

Genauso bestätigt wird, dass Frauen im schweizerischen Asylkontext Opfer von sexueller Gewalt werden (BZgA, 2013, S. 26; Kurmeyer & Schouler-Ocak, 2017, S. 51; Kurth et al., 2010, S. 4; SGCH & SRI, 2017, S. 9). Eine der Befragten sagte aus, dass es dem Geschlechtsverkehr unter psychischer, nicht physischer, Gewalt zugestimmt habe. Überlegungen der Autorin gehen dahin, dass die Betroffene als Folge ihrer Lebenssituation, die von einer Vielzahl von Stressfaktoren beeinflusst wurde, verletzlicher war und dieser psychischen Nötigung vermutlich nichts entgegensetzen konnte. Die Betroffene verliess die Heimat vor dem 20. Lebensjahr, erlebte auf der Flucht viel Schlimmes und lebte nun als Frau aus einem patriarchal geprägten Land alleine in der Schweiz in prekären, unsicheren Verhältnissen. Vermutlich sehnte sie sich nach emotionaler Nähe, als sie sich auf die Beziehung einliess und war in dem Moment bereit, einen hohen Preis dafür zu bezahlen. In dieselbe Richtung weist das Postulat von Kurth et al. (2010), dass asylsuchende Frauen sozial tendenziell isoliert sind (S. 8). Auf jeden Fall war im Interview die seelische Verletzung, die sie durch diese Beziehung und erlebt hatte, ein immer wieder durchscheinendes und wesentliches Hintergrundthema.

Intrapersonelle Einflussfaktoren auf den Entscheidungsfindungsprozess

Alle Befragten vertraten grundsätzlich eine ablehnende Haltung gegenüber einem Schwangerschaftsabbruch. Trotzdem entschieden sich drei von ihnen für einen Abbruch. Dies steht im Widerspruch zur Studie des BZgA (2013) über deutsche Frauen, welche zum Resultat gelangt, dass sich ungeplant schwangere Frauen mit einer solchen Haltung tendenziell für das Weiterführen der Schwangerschaft entscheiden (S. 13). Die Autorin vermutet, dass der Grund dafür in der bei Frauen im schweizerischen Asylkontext im Gegensatz zu Frauen ohne Migrationshintergrund starken Gewichtung der wirtschaftlichen und aufenthaltsrechtlichen Lebensbedingungen liegt (vgl. nachfolgenden Abschnitt „Soziale Einflussfaktoren auf Entscheidungsfindung“).

Ebenfalls geht die Autorin davon aus, dass die von Kurth et al. (2010) postulierte Belastung von Frauen im schweizerischen Asylkontext durch eine Vielzahl von psychosozialen Stressfaktoren betroffen sind (S. 6). Diese spielen bei der Entscheidungsfindung eine wichtige, jedoch wissenschaftlich noch unerforschte Rolle.

Schweiger (2016) betont in ihrer Studie über Frauen in Österreich, dass eine Entscheidung „nie unüberlegt getroffen“ (S. 40) wird. Dies wird insofern bestätigt, als dass der Entscheid einerseits von allen Befragten als schwierig bezeichnet wurde. Was die Autorin als zusätzliches Indiz dafür sieht, ist die Tatsache, dass alle Befragten vielfältige, zahlreiche und schwerwiegende Gedanken und Ängste nannten, welche sie bei der Entscheidungsfindung beeinflussten.

Soziale Einflussfaktoren auf den Entscheidungsfindungsprozess

Die Ergebnisse der Befragung decken sich mit denjenigen von Schweiger (2016) auch hinsichtlich der Position, dass die betroffene Frau ihre sozioökonomischen und psychosozialen Ressourcen vor dem Entscheid gewissenhaft prüft (S. 40). Sie listet verschiedene Defizite auf, welche je zahlreicher vorhanden umso eher zu einem Schwangerschaftsabbruch führen (Schweiger, 2012, S. 17-18). Folgende Defizite decken sich mit den Ergebnissen der Befragung:

- abgeschlossene Familienplanung beziehungsweise ungeeignetes fortgeschrittenes Alter
- ungeeignete Partnerschaft
- ungeeignete Wohnverhältnisse

- ungeeignete berufliche / wirtschaftliche Situation (Ibd.)

Auch Kurth et al. (2010) postuliert, dass sozioökonomische Faktoren eine wichtige Rolle im Zusammenhang mit einem Entscheid für Schwangerschaftsabbruch spielen (S. 8).

Ausserdem stimmen die Ergebnisse mit der Einschätzung des BAG (2016) betreffend Auswirkung von ungeplanten Schwangerschaften auf die Unabhängigkeit der Betroffenen überein (S. 32). Für alle vier Befragten würde sich die zum Zeitpunkt der ungeplanten Schwangerschaft schon hohe, als negativ konnotierte Abhängigkeit bei der Geburt eines Kindes vergrössern oder diese verlängern.

Eine weitere durch die vorliegende Forschung bestätigte Annahme von Kurth et al. (2010) ist die Angst vor Rücksendung ins Herkunftsland als Hauptgrund für den Entscheid, eine Schwangerschaft abubrechen (S. 8). Die beiden Befragten mit Ausweis N beurteilten ihren Aufenthaltsstatus als ungeeignet und zu unsicher, um ein Kind zu bekommen. Diese Tatsache verstärkte mutmasslich den Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch.

Entscheid

In Übereinstimmung mit den Ergebnissen bezüglich weiblicher deutscher Flüchtlingen von Inci (2017, S. 21) und denjenigen von Kurth et al. (2010, S. 8) belegt die Befragung das Vorkommen von ungeplanten Schwangerschaften im (schweizerischen) Asylkontext einerseits und die daraus folgende Erfordernis eines dementsprechenden Entscheids andererseits.

Das nicht explizit so formulierte aber doch anzunehmende Resultat von Kurth et al. (2010), nämlich dass die Durchführbarkeit des Entscheids gegeben ist, wird in drei der hier untersuchten Fällen bestätigt (Ibd.).

Persönliche Ressourcen und Schwierigkeiten

Der Blick auf persönliche Ressourcen zeigt in gewisser Hinsicht übereinstimmende Ergebnisse mit den Resultaten aus Deutschland von Eichler (2008, S. 10). Sie geht davon aus, dass Migrantinnen im Allgemeinen in der Lage sind, sich selber auf ihre eigene Art und Weise weiterzuhelfen und kreative Lösungen zu finden (Ibd.). Konkrete Ergebnisse der vorliegenden Studie, welche diesen Standpunkt bestätigen, sind aus Sicht der Autorin folgende Ressourcen der befragten Frauen:

- Selbstbewusste Persönlichkeit
- Widerstandsfähige, hartnäckige Persönlichkeit

- Sprachkenntnisse in Englisch
- Internetkenntnisse
- Glaube
- Lebenserfahrung

Auch hinsichtlich der Schwierigkeiten zeigen sich Kongruenzen. Wie das BAG (2016) bereits nachgewiesen hat, verdeutlichen auch die vorliegenden Ergebnisse, dass „eine unerwünschte Schwangerschaft und Schwangerschaftskonflikte [...] emotional stark belastend“ (S. 32) sein können. Diese Auslegung lässt sich durch die Ergebnisse der Befragung stützen, welche auf eine starke Beeinträchtigung des Wohlbefindens und Gewissenskonflikte ursächlich der ungeplanten Schwangerschaft hinweisen. Dafür spricht ebenfalls die Tatsache, dass drei der Befragten aufgrund der Information über die ungeplante Schwangerschaft unter Schock standen.

Aufgrund fehlender Qualifikation der Autorin war es nicht möglich, bei der Befragung mögliche Traumata zu identifizieren. Jedoch vermutet sie bei drei der Befragten Traumatisierungen aufgrund von Beobachtungen während den Interviews und im Hinblick auf den internationalen Bericht von UNHCR, UNFPA und WCR (2016) über erlebte Gewalterfahrungen als Fluchtursache oder während der Flucht (S. 8). Wenn sich nun gemäss der Studie von Munk-Olsen et al. (2011) bei dänischen Frauen allgemein psychische Probleme durch einen Schwangerschaftsabbruch nicht signifikant verändern, ist das eine Sache. Die andere ist, ob vorhandene Traumata die Entscheidungsfindung beeinflussen. Dazu liefert weder die Befragung noch die aktuelle Forschung Antworten.

Als Ressource und Schwierigkeit gleichzeitig erscheint die Tatsache, dass die eine Befragte ihre minderjährige Tochter als Übersetzungshilfe gezwungenermassen in das ansonsten von ihr sehr gehütete Geheimnis der Schwangerschaft einweihte. Dies spricht für die von SGCH (2013a) gezogenen Schlüsse, welche auf die Schwierigkeiten von Übersetzungen von Angehörigen hinweisen, die durch Befangenheiten oder Abhängigkeitsverhältnisse zwischen Betroffenen und Angehörigen entstehen können.

6.3. Neue Erkenntnisse

Im Folgenden werden neuen Resultate der Befragung der Frauen im schweizerischen Asylkontext erörtert. Die Struktur folgt hier ebenfalls derjenigen des Kategoriensystems (vgl. Anhang VII).

Zugang zu Verhütungsmitteln

Betreffend Zugang zu Verhütungsmitteln ergaben sich drei neue Erkenntnisse.

In einem Fall sind ungenügende Zugänge auf die wahrgenommene Benachteiligung durch soziale Betreuungspersonen in Asylunterkünften zurückgeführt worden. Einerseits kann dies aus Sicht der Autorin daher resultieren, dass die Befragte nicht vollständig verstanden hat, warum sie so behandelt wurde und sich deshalb diskriminiert fühlte. Andererseits kann hier nicht ausgeschlossen werden, dass die Betreuungsperson ihre Machtposition ausnutzte, um die Betroffene zu benachteiligen, aus welchem Grund auch immer. Oder aber die Betreuungsperson war aufgrund mangelhafter Ausbildung nicht in der Lage, adäquat zu handeln.

In einem anderen Fall wurde ein ungenügender Zugang auf das unprofessionelle Verhalten der medizinischen Fachperson zurückgeführt. Missverständnisse wegen mangelnder sprachlicher Verständigung erscheinen der Autorin als plausible Erklärung dafür. Dies kann beispielsweise dazu führen, dass einer medizinischen Fachperson nicht klar ist, dass die Patientin trotz Wunsch nach Absetzung der aktuellen Verhütungsmethode weiterhin verhüten möchte.

Ebenfalls neu ist die Erkenntnis, dass alle befragten Frauen mit Hilfe einer sozialen Beratungsperson oder einer medizinischen Fachperson – zu welcher sie aufgrund der ungeplanten Schwangerschaft Kontakt aufbauten – die Hürden zwischen sich und einem adäquaten Verhütungsmittel überwinden konnten oder sich nun diesbezüglich hinreichend befähigt fühlten. Dies deutet aus Sicht der Autorin auf einen hohen professionellen Standard der sozialen Beratungspersonen sowie der betreffenden medizinischen Fachperson hin.

Zugang zu Wissen über sexuelle und reproduktive Gesundheit

Wie viel und welches Wissen tatsächlich vorhanden ist, wurde bisher nicht untersucht (vgl. Kapitel 3.4.). Die vorliegende Befragung konnte die Vermutung der aktuellen Forschung, dass der Zugang zu diesen Informationen ungenügend ist (Cignacco et al., 2017, S. 56; SGCH, 2013a), bestätigen. Die Ergebnisse haben

gezeigt, dass alle Befragten weder im Herkunftsland noch in der Schweiz mit genügend Informationen versorgt wurden. Welches die Gründe dafür sind, lassen die Resultate der Befragung offen. Die Autorin hat bezüglich der fehlenden Wissensvermittlung in der Schweiz drei Vermutungen: Entscheidungsträger und Entscheidungsträgerinnen haben noch nicht erkannt, wie wichtig diese Wissensvermittlung ist. Oder sie sind noch nicht bereit, genügend Ressourcen dafür bereitzustellen. Oder aber es fehlt schlicht das Bewusstsein dafür, da es bisher auch keine wissenschaftlich fundierten Belege gibt.

Überdies konnte in drei Fällen falsche Selbsteinschätzungen betreffend Wissen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit nachgewiesen werden. Bekannterweise mit fatalen Auswirkungen, da diese Selbsteinschätzung zur Entstehung der ungeplanten Schwangerschaft und all ihren Folgen beigetragen hat. Dies erlaubt einen neuen Blickwinkel auf oben diskutierte Ergebnisse. Ungenügende Informationen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit können nicht nur als Folge von mangelnder Zurverfügungstellung von Wissen sondern auch als Folge von Verslossenheit gegenüber Bemühungen von Begleitpersonen sein, allfällige Wissenslücken zu schliessen. Überdies könnten auch unterschiedliche Einschätzungen und Ansprüche betreffend Idealzustand zwischen Befragten und Autorin zu solchen Resultaten führen. Damit ist gemeint, dass beispielsweise trotz – aus Sicht der Autorin – bestehenden Wissenslücken Betroffene sich als genügend informiert betrachten.

Ein weiterer Faktor dabei ist das neue Resultat, welches fehlende Systemkenntnis als Ursache für unzureichenden Wissenszugang identifizierte. Damit ist gemeint, dass die Befragten nicht wussten, wohin sie sich mit allfälligen Fragen oder Anliegen wenden konnten beziehungsweise dass sie überhaupt die Möglichkeit gehabt hätten, sich damit irgendwohin zu wenden. Auf jeden Fall misst die Autorin dem grundsätzlichen Ergebnis wesentliche Bedeutung zu, dass ungenügende Zugänge zu benötigtem Wissen bestehen.

Wie schon im Hinblick auf den Zugang zu Verhütungsmitteln lassen die Ergebnisse auch hier einen Zusammenhang zwischen der ungeplante Schwangerschaft und einem daraus folgenden ausreichenden Wissenszugang durch professionelle soziale Beratungspersonen und medizinischer Fachpersonen herzustellen.

Zugang zu medizinischer Behandlung

Neu ins Blickfeld gerückt ist das fehlende Wissen um sexuelle Rechte als Zugangshürde für medizinische Behandlung. Bei einer der beiden Befragten, auf welche dies zutraf, führte es unter anderem dazu, dass sie nicht in der Lage war, ihren Entscheid für einen Schwangerschaftsabbruch durchzusetzen.

Den gleichen Befragten, denen Wissen zu sexuellen Rechten fehlte, mangelte es gleichzeitig an Systemkenntnissen. Das wird ebenso als neue Erkenntnis gewertet, da keine Studie bisher solche Ergebnisse vorweist. Die Befragten wussten nicht, wohin sie sich mit ihrem Anliegen wenden sollten beziehungsweise dass es für ihre Anliegen überhaupt Anlaufstellen gab. Dies erscheint der Autorin überdies unter anderem als ursächlich dafür, dass oben genannte Befragte ihren Entscheid nicht durchsetzen konnte. Gründe für fehlende Systemkenntnisse könnten mangelnde Aufklärung, Komplexität des Systems, Unterschiede zum System im Herkunftsland oder auch fehlende mentale Ressourcen sein, über welche die Betroffenen verfügen. Die fehlende Professionalität medizinischer Fachpersonen stellte im oben genannten Fall und in einem zweiten einen weiteren wichtigen Einflussfaktor dar, der – neu erkannt durch die Befragung – ein wichtiger Aspekt beim Zugang zu medizinischer Behandlung darstellt. Fehlende Professionalität beinhaltete in einem der beiden Fälle erstens die Fehldiagnose bezüglich Schwangerschaft. Wobei hier die Frage berechtigt erscheint, ob die Fehldiagnose oder die fehlerhafte Behandlung durch eine mangelnde Verständigung bedingt war. Zweitens erachtet die Autorin die nachfolgend fehlende Begleitung bis zum Eintritt der erwarteten Blutung oder der Feststellung der Schwangerschaft sowie drittens das darauf folgende Verweigern eines Schwangerschaftsabbruchs nach der 12. Schwangerschaftswoche trotz enormer psychischer Belastung¹⁴ als mangelnde Professionalität. Im anderen Fall wird das fehlende Hinzuziehen einer Übersetzung bei schweren Verständigungsschwierigkeiten im Falle einer Schwangerschaftsambivalenz, die eine mehr als heikle Situation darstellt, sowie das Unterlassen einer Weiterweisung an eine Beratungsstelle als unprofessionell bezeichnet. Aufgrund von Abklärungen bei der Befragung steht ausser Zweifel, dass die medizinische Fachperson erkannt hat, dass die Befragte Entscheidungsschwierigkeiten betreffend der Schwangerschaft

¹⁴ Art. 119 Abs. 1 StGB hält fest, dass ein Schwangerschaftsabbruch zulässig ist, wenn nach ärztlicher Beurteilung damit eine grosse seelische Not verhindert werden kann. Je fortgeschrittener die Schwangerschaft, desto schwerwiegender muss die Notlage sein, um einen Abbruch zu rechtfertigen. Dieser Artikel gewinnt insbesondere dann an Bedeutung, wenn die ersten zwölf Wochen der Schwangerschaft schon vorüber sind und nicht mehr die Frau alleine darüber entscheiden darf.

hatte. Das fehlende Wissen der medizinischen Fachperson über Beratungsstellen erscheint als einzige Erklärung überzeugend.

Bisher nicht im Fokus der Forschung standen Untersuchungen bezüglich des Zugangs zu Schwangerschaftstests. Die Ergebnisse zeigen, dass hierbei einerseits der Zugang aufgrund fehlender Finanzen nicht gegeben war und andererseits jedoch durch professionelles Verhalten sozialer Betreuungspersonen gewährleistet werden konnte. Dieser Zugang ist deshalb relevant, weil betroffene Frauen so die Möglichkeit haben, frühzeitig und selbstständig eine Schwangerschaft zu erkennen. Da in der Befragung nicht eruiert wurde, wie viel der Test in den Vorstellung der Betroffenen kostet, kann eine allfällige Überschätzung ebendieser Kosten vermutet werden. Dies könnte wiederum dazu führen, dass sie gar nicht erst versuchten, einen solchen zu kaufen. Denn die Autorin geht grundsätzlich davon aus, dass es auch bei kleinem Budget möglich ist, die rund acht CHF für den Billigsten im Angebot aufzuwenden. Die Befragung hat ansonsten Hinweise darauf geliefert, dass teilweise genügend Zugang zu medizinischer Behandlung aufgrund professionellen Verhaltens der medizinischen Fachperson bestand. Das wurde zwar in keiner bisherigen Studie explizit festgehalten, trotzdem kann aus Sicht der Autorin davon ausgegangen werden, dass dies der Fall ist.

Zugang zu psychosozialer Beratung

Nicht neu ist die Tatsache, dass Frauen im Asylkontext oftmals das Gesundheits- und Beratungssystem nicht genügend kennen. Erstmalig kann dies jedoch durch die Befragung in einen Zusammenhang mit dem Zugang zu psychosozialer Beratung gebracht werden. Dies versteht die Autorin als Folge von mangelnder System- und Sprachkenntnis.

Desgleichen zeigen die Ergebnisse der Befragung zum ersten Mal auf, dass eine ungeplante Schwangerschaft an sich dazu beiträgt, den Betroffenen danach den Zugang zur Beratung zu erleichtern. Die Gründe dafür leiten sich aus Perspektive der Autorin aus den ebenfalls neu eruierten Aspekten der professionellen Verhaltensweisen der medizinischen Fachpersonen, der sozialen Betreuungspersonen wie auch der sozialen Beratungspersonen ab.

Beziehung zu Kindsvater / Erzeuger

Die Frage nach der Unterstützung des Kindsvaters oder Erzeugers ist eine Neuheit in der aktuellen Forschungslandschaft. Die Befragung zeigt auf, dass drei von vier

als nicht unterstützend erlebt wurden. Mögliche Gründe dafür sieht die Autorin bei näherer Betrachtung der einzelnen Fälle in folgenden Aspekten:

- Zwei der Kindsväter/Erzeuger haben nichts von der Schwangerschaft gewusst. Einem davon wurde die Information vorsätzlich enthalten, weil die betroffene Frau befürchtete, dass er mit ihrer Entscheidung nicht einverstanden gewesen wäre, was innerfamiliäre Probleme und vermutlich auch die Verhinderung ihrer Entscheidung zur Folge gehabt hätte. Der Andere konnte von der Betroffenen nicht erreicht werden.
- Der Dritte hat die Entscheidung der betroffenen Frau überlassen und sich aus der Beziehung zurückgezogen, vermutlich aus Gründen der Überforderung.

Einer wurde als unterstützend empfunden. Gemäss Aussagen der Befragten und Einschätzung der Autorin bestand die Unterstützung darin, dass er einerseits eine übereinstimmende Haltung bezüglich Schwangerschaft vertrat, andererseits weiterhin zu ihr stand und in Beziehung mit ihr blieb.

Intrapersonelle Einflussfaktoren auf den Entscheidungsfindungsprozess

Eine der Befragten gab an, dass für sie ein Schwangerschaftsabbruch höchstens bis zum Ende des zweiten Schwangerschaftsmonats akzeptabel gewesen sei. Diese Haltung ist in keiner bisherigen Studie anzutreffen. Die Autorin sieht diese Haltung als Folge der damit übereinstimmenden Gesetzgebung in ihrem Herkunftsland.

Ein weiterer, neu entdeckter Einfluss war die Angst der drei (unverheirateten) Frauen vor der Verachtung der Familie und/oder der Gesellschaft wegen einer ungeplanten Schwangerschaft. Obwohl zwei davon in einer Beziehung waren, spielte diese Angst eine wichtige Rolle in der Entscheidungsfindung. Entsprechend der Einschätzung der Autorin ist dies eine Folge der Sozialisierung in Herkunftsländern, wo Geschlechtsverkehr bei unverheirateten Frauen eine Schande für die ganze Familie darstellt.

Ebenfalls bisher empirisch vernachlässigt war die Angst vor Verachtung von Erzeuger, Familie und/oder Gesellschaft wegen eines Schwangerschaftsabbruchs als Einflussfaktor. Dieser trat bei denjenigen auf, die sich für einen Abbruch entschieden hatten. Auch diesen Aspekt betrachtet die Autorin als Folge von in den Heimatländern vermittelten Wertesystemen, die Schwangerschaftsabbrüche diskreditieren oder möglicherweise sogar kriminalisieren. Diese Einschätzung deckt sich mit denjenigen von SGCH (2013a, S. 14).

Überdies konnte bei einer Befragten festgestellt werden, dass die Angst vor Todesfolge bei einem Abbruch Auswirkungen auf die Entscheidung gehabt hatte. Ursache für solche irrationalen Ängste sind möglicherweise bewusste oder unbewusste Vermittlung von Falsch- oder Halbwissen. Sofern es eine bewusste Weitergabe von Falschinformationen war, können dahinter Motive zur Verhinderung allfälliger Schwangerschaftsabbrüche vermutet werden.

Interpersonelle Einflussfaktoren auf den Entscheidungsfindungsprozess

Die vorliegende Befragung hat als erste untersucht, inwiefern Entscheidungen in Übereinstimmung oder im Widerspruch mit dem Kindsvater / Erzeuger getroffen werden. Ein Konsens war in einem Fall die Folge der gemeinsamen Entscheidungssuche, wobei auch der Partner als unterstützend erlebt wurde. Im anderen Fall gründete sich die Übereinstimmung im Rückzug des Partners aus dem Entscheidungsfindungsprozess beziehungsweise im Überlassen der Entscheidung der betroffenen Frau. Demjenigen Partner, welcher bewusst nicht über die Schwangerschaft informiert wurde, unterstellte die Betroffene eine gegenteilige Haltung. Als Ursache dafür vermutet die Autorin bei ihm eine grundsätzliche Ablehnung eines Schwangerschaftsabbruchs. Im letzten Fall war die Untersuchung nicht möglich, da beim Entdecken der Schwangerschaft schon kein Kontakt mehr zu dem Mann bestand.

Überdies untersuchte die Befragung erstmals den Zusammenhang zwischen der Entscheidungsfindung und Beeinflussung durch Bezugspersonen bei Frauen im schweizerischen Asylkontext. Die eine, welche aktiv und oppositionell von einer Bezugsperson, namentlich ihrer minderjährigen Tochter, beeinflusst wurde, blieb bei ihrer Entscheidung. Jedoch stellte dies klar eine Herausforderung für sie dar und erschwerte ihre Entscheidungsfindung. Die Autorin vermutet als Ursache dafür das Offenlegen der eigenen Bedenken und das daraus folgende Unverständnis seitens der Tochter, der einzigen familiären Bezugsperson, die überhaupt von der Schwangerschaft wusste.

Ob der Entscheid mit oder ohne Unterstützung einer sozialen Beratungsperson getroffen wurde, ist ein weiterer, neu erforschter Aspekt. Über die Auswirkungen dieser Unterstützung lassen sich jedoch nur Vermutungen anstellen. Mit Blick auf die Resultate hinsichtlich des Zugangs zu psychosozialer Beratung und medizinischer

Behandlung fällt auf, dass die beiden Befragten, die frühzeitig¹⁵ die Unterstützung einer sozialen Beratungsperson bekamen, diese durch professionelles Verhalten der medizinischen Fachperson vermittelt wurde. Medizinische Fachpersonen spielen also eine wichtige Rolle bei der Vermittlung von psychosozialer Beratung.

Eine der beiden anderen Befragten wurde trotz schwerer Ambivalenz von der medizinischen Fachperson nicht an eine Beratungsstelle verwiesen. Die Befragte vermittelte der Autorin beim Interview einen starken Eindruck, immer noch sehr ambivalent zu sein. Des Weiteren hält die Autorin für möglich, dass sich diese Frau mit Unterstützung einer sozialen Beratungsperson in Form von weiteren Informationen zu Schwangerschaftsabbruchmethoden und Risiken sowie einer beraterischen Unterstützung bei der Entscheidungshilfe für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden hätte.

Bei der zweiten Befragten, welche ohne Unterstützung einer sozialen Beratungsperson den Entscheid fällte, scheint diese Tatsache nach Meinung der Autorin einen grossen Einfluss auf das Durchführen der Entscheidung gehabt zu haben, wie im folgenden Abschnitt erläutert wird.

Entscheid

Ob sich die getroffenen Entscheide überhaupt als durchführbar erwiesen, wurde durch die vorliegende Untersuchung erstmals eruiert. Dabei ist vor allem der Fall von Interesse, bei welchem der Entscheid nicht gemäss Wunsch der Betroffenen durchgeführt werden konnte.

Es geht dabei um dieselbe Betroffene, die auch keine frühzeitige Unterstützung einer sozialen Beratungsperson erhielt (vgl. Abschnitt oben). Die Autorin geht davon aus, dass das unprofessionelle Verhalten zweier medizinischer Fachpersonen wesentlich dazu beitrug, dass der Entscheid nicht durchgeführt werden konnte. Die betroffene Befragte reagierte frühzeitig auf das Ausbleiben der Menstruation und forderte medizinischen Rat ein. Die daraus folgende medizinische Begleitung war aus Sicht der Autorin in dem Sinne mangelhaft, als dass sie nicht bis hin zum Eintreten der Menstruation oder der zweifelsfreien Feststellung einer Schwangerschaft dauerte. Ebenfalls als fraglich wenn nicht gar unprofessionell kann der Entscheid der zweiten medizinischen Fachperson gewertet werden, welche die Notlage nicht als

¹⁵ Damit ist die Zeitspanne vor Ablauf der ersten zwölf Schwangerschaftswochen gemeint, in welcher eine Frau noch vollständig selbstbestimmt einen Schwangerschaftsabbruch initiieren kann (vgl. Kapitel 2.2.1.)

ausreichend für einen Abbruch nach der 12. Woche im Sinne von Art. 119 Abs. 1 StGB erachtete.

Die Autorin ist der Überzeugung, dass eine frühzeitige Begleitung durch eine soziale Betreuungsperson einerseits die fehlende Begleitung der ersten medizinischen Fachperson hätte neutralisieren können, beispielsweise durch Vermittlung von Informationen oder Zugang zu einem Schwangerschaftstest, was das frühzeitige Erkennen der Schwangerschaft begünstigt hätte. Andererseits hätte eine solche Begleitung nach der 12. Woche die Möglichkeit geboten, eine weitere medizinische Fachperson zu konsultieren, die allenfalls die vorhandene Notlage als ausreichend für einen Schwangerschaftsabbruch gewichtet hätte. Denn gemäss Erfahrungen der Autorin ist die Praxis und Auslegung medizinischer Fachpersonen bezüglich Art. 119 Abs. 1 StGB unterschiedlich.

Persönliche Ressourcen und Schwierigkeiten

Wie schon weiter oben beim Kapitel 6.2. bei der Diskussion zu *Beziehung zu Kindsvater / Erzeuger* besprochen, identifizierten Kurth et al. (2010) soziale Isolation bei Frauen im schweizerischen Asylkontext (S. 8). Dies konnte durch die vorliegenden Ergebnisse erstmalig durch besagte Frauen in einen Zusammenhang mit der Entscheidungsfindung gebracht werden. Zwei der Befragten erklärten das Fehlen einer Bezugsperson als Schwierigkeit in der ohnehin schon herausfordernden Ausnahmesituation. Die Autorin geht davon aus, dass sich die beiden Befragten durch eine Vertrauensperson emotionale Zuwendung und Kraft erhofft hätten. Das wiederum hätte einen solchen Entscheid sowie das Aushalten der ganzen Situation ein wenig erleichtert.

Diejenige Befragte, welche ihren Entscheid für einen Schwangerschaftsabbruch nicht durchsetzen konnte ist eine davon.

7. Schlussfolgerung

Das vorliegende Kapitel präsentiert die Antworten auf die Forschungsfrage beziehungsweise den daraus abgeleiteten Unterfragen, referiert die Bedeutung der Ergebnisse für die Praxis und stellt diesbezüglich Handlungsempfehlungen vor. Abschluss des Kapitels und der Master-Arbeit bildet der Ausblick.

7.1. Wie es zu ungeplanten Schwangerschaften kommt

Ähnlich der Erklärung von Menghini Sutter (2017) hat die Untersuchung auch gezeigt, dass ungeplante Schwangerschaften im schweizerischen Asylkontext entstehen, wenn folgende vier Aspekte zusammen kommen:

- kein Kinderwunsch
- heterosexueller Geschlechtsverkehr
- keine oder eine nicht funktionierende Verhütung
- Eintreten einer Schwangerschaft

(S. 21)

Die Befragten hatten alle keinen Kinderwunsch. Die Motive dafür waren teilweise unterschiedlich, wie die Erforschung der Gründe, welche für einen Schwangerschaftsabbruch sprachen, zeigte. Allen gemein war jedoch die Einschätzung der Frauen, sie befänden sich in einer für ein Kind ungeeigneten wirtschaftlichen und beruflichen Situation. Ebenfalls äusserten alle Befragten, dass ein Kind in der aktuellen Lebenslage ihre jeweilige schon relativ grosse Abhängigkeit wesentlich vergrössern würde. Die unpassende Wohnsituation, die ungünstige Beziehung zum Kindsvater und das bei einer Befragten zu weit fortgeschrittene Alter wurden ebenso als Gründe genannt wie auch der unsichere Aufenthaltsstatus in der Schweiz.

Der erfolgte und zur Schwangerschaft führende heterosexuelle Geschlechtsverkehr fand einerseits in Liebesbeziehungen statt und andererseits bei einer Gelegenheitsbekanntschaft. In einem Fall war der Geschlechtsverkehr durch psychischen Druck bedingt.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung machen überdies sichtbar, dass in zwei Fällen nicht verhütet wurde und in den anderen zwei Fällen die Verhütung nicht funktionierte. Ursachen für die nicht vorhandene oder nicht praktizierte Verhütung

waren fehlende finanzielle Ressourcen sowie mangelndes Wissen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit. Fehlende Systemkenntnis und die unprofessionelle Verhaltensweise von einer medizinischen Fachperson spielten dabei ebenfalls eine essentielle Rolle. In einem der beiden Fälle, in dem trotz Verhütung eine Schwangerschaft eingetreten ist, deuten die Hinweise darauf hin, dass der Zugang zu sicherer Verhütung durch Benachteiligung am Wohnort verhindert wurde. Damit ist gemeint, dass die Betroffene dadurch den Zugang zu anderen Verhütungsmitteln als dem Kondom aufgrund der Bestimmungen ihres Wohnkantons – im Gegensatz zu anderen Kantonen – massiv behindert wurde. Auch sie wurde, ebenfalls wie eine zweite Befragte, trotz Verhütungsbemühungen schwanger. Mögliche Ursachen dafür sind Anwendungsfehler oder das Restrisiko, welches bei allen Verhütungsmethoden in grösserem oder kleinerem Ausmass besteht.

Ob grundsätzlich eine Schwangerschaft eintreten kann oder nicht, ist logischerweise durch die Fruchtbarkeitsphase der Frau bedingt. Alle Befragten befinden sich ebenso wie die grosse Mehrheit der Frauen im schweizerischen Asylkontext im reproduktionsfähigen Alter.

7.2. Ressourcen und Unterstützungsmöglichkeiten von Rechts wegen

In Bezug auf sexuelle Gesundheit und ungeplante Schwangerschaften sind gewisse Gesetze erlassen worden. Wie in Kapitel 2.2.1. dargelegt wurde bedingen diese Gesetze folgende wichtige Aspekte:

- Jeder Kanton bietet seiner Bevölkerung eine kostenlose und niederschwellige Beratungsstelle zu sexueller Gesundheit und Familienplanung.
- Jede in der Schweiz lebende Person hat eine Krankenversicherung, welche die Kosten eines allfälligen straflosen Schwangerschaftsabbruchs übernimmt.
- Jede Frau in der Schweiz darf in den ersten zwölf Wochen einer Schwangerschaft darüber entscheiden, ob sie diese weiterführt oder abbricht.
- Diese Rechte gelten für alle Menschen in der Schweiz, auch für Menschen im Asylkontext.

Die aktuelle Lage in der Schweiz wird aber auch offiziell von SGCH und SRI (2017) bemängelt, wie Kapitel 2.2.2. gezeigt hat. Das ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass

die Ressourcen und Unterstützungsmöglichkeiten, zwar gesetzlich verankert, aber doch ungenügend sind.

Was diese Master-Arbeit nicht weiter geklärt hat ist, inwiefern es nebst der Schulpflicht weitere explizite Gesetze zur Sicherstellung von Bildung aller Menschen in der Schweiz gibt.

7.3. Tatsächlich vorhandene Ressourcen und Unterstützungsmöglichkeiten

Die Ergebnisse der Untersuchungen geben Anhaltspunkte dafür, dass in der Praxis einiges gut funktioniert, verschiedene sexuelle Rechte tatsächlich verfügbar sind und zur erfolgreichen Bewältigung von ungeplanten Schwangerschaften beitragen. Dazu zählen folgende Aspekte:

- Verhütungsbewusstsein und Verantwortungsbewusstsein bei den Befragten
- einiges an Vorwissen, wenn auch nicht vollständiges Wissen (vgl. weiter unten)
- (teilweise) hohe Professionalität der medizinischen Fachpersonen und daraus folgend einen genügenden Zugang zu Informationen und Behandlung
- hoher Berufsethos bei sozialen Beratungspersonen und daraus folgend einen genügenden Zugang zu sexueller Gesundheit und sexuellen Rechten
- persönliche Ressourcen von Betroffenen

Den befragten Frauen standen jedoch vor dem Eintreten der Schwangerschaft auch viele benötigte Ressourcen nicht zur Verfügung.

Der Zugang zu Verhütungsmitteln war vor der Schwangerschaft, wie oben schon erwähnt, aus unterschiedlichen Gründen nicht ausreichend. Nach dem Eintreten der Schwangerschaft konnte dieses Manko hingegen durch professionelle Arbeitsweisen von medizinischen Fachpersonen und/oder sozialen Beratungspersonen ausgeglichen werden. Gleiches zeigt sich im Hinblick auf das Wissen über sexueller und reproduktiver Gesundheit.

Hinsichtlich des Zugangs zu den benötigten und gewünschten medizinischen Behandlungen ergeben die Resultate Unterschiedliches. Teilweise erhielten Betroffene Unterstützung in Form von gewünschten und/oder adäquaten medizinischen Behandlungen, jedoch nicht in jedem Fall. Entsprechendes ergab sich

in Bezug auf psychosoziale Beratung. Hinsichtlich Letzterem zeigt sich, dass wegen der ungeplanten Schwangerschaft der Zugang verbessert wurde.

Die Untersuchung zeigt weiter auf, dass den Befragten weitere Ressourcen in Form von Persönlichkeitsmerkmalen wie Selbstbewusstsein, Hartnäckigkeit und Widerstandsfähigkeit zur Verfügung standen. Ebenfalls halfen Fähigkeiten wie Englisch- und Internetkenntnisse sowie Glaube und Lebenserfahrung den Befragten bei der Bewältigung der ungeplanten Schwangerschaft. In einem Fall erwies sich die Tochter als Ressource in der Übersetzungstätigkeit.

Zusammenfassend kann hier festgehalten werden, dass die tatsächlich vorhandenen Ressourcen und Unterstützungsmöglichkeiten unterschiedlich ausfielen, teilweise genügend und teilweise ungenügend waren.

7.4. Wie Entscheide getroffen werden

Beim Treffen des Entscheids, ob eine Schwangerschaft weitergeführt oder abgebrochen werden sollte, wogen die Befragten sorgfältig alle in ihrem Leben wesentlichen Aspekte ab.

Beeinflusst wurden sie dabei durch eigene Wertvorstellungen im Hinblick auf einen Schwangerschaftsabbruch und durch Angst vor Verachtung von Erzeuger / Kindsvater, Bezugspersonen, Familie und/oder Gesellschaft. Teilweise befürchteten sie Verachtung aufgrund der ungeplanten Schwangerschaft an sich, teilweise wegen eines Schwangerschaftsabbruchs oder aufgrund von beidem. In einem Fall war die Angst vor Todesfolge bei einem Schwangerschaftsabbruch ein Einflussfaktor.

Die Haltung des Erzeugers / Kindsvaters erwies sich überdies als Einflussgrösse bei der Entscheidungsfindung. Ebenso wie die Tatsache, ob währenddessen eine andere Bezugsperson aktiv und oppositionell versuchte, Einfluss auf den Entscheid zu nehmen. Es gibt ferner Hinweise darauf, dass eine allfällig vorhandene oder nicht vorhandene Unterstützung durch psychosoziale Beratung die Entscheidung beeinflusst. Damit ist gemeint, dass eine vorhandene Beratung einen informierten und selbstbestimmten Entscheid fördern kann und umgekehrt.

Als soziale Einflussgrössen bei der Entscheidungsfindung zeigten sich wohnungstechnische, wirtschaftliche und berufliche Aspekte. Ebenso spielte der Aufenthaltsstatus eine wichtige Rolle sowie die Beziehung zum Erzeuger / Kindsvater und das allfällige, fortgeschrittene Alter. Die Unabhängigkeit

beziehungsweise die Auswirkungen, welche eine mögliche Mutterschaft darauf haben könnte, beeinflussten die Entscheidung wesentlich.

7.5. Handlungsempfehlungen

Die Befragungsergebnisse und die daraus folgende Beantwortung der Unterfragen 1, 3 und 4 geben klare Hinweise darauf, dass Defizite in der idealen und menschenrechtskonformen Verfügbarkeit der sexuellen Rechte bestehen. Aus diesen Defiziten lassen sich folgende Handlungsempfehlungen ableiten. Die Handlungsempfehlungen decken sich teilweise mit denjenigen aus Kapitel 2.3., teilweise sind sie neu oder aus einer ein wenig anderen Perspektive heraus entstanden.

Zur Sicherstellung des Zugangs zu Verhütungsmitteln

- Institutionen und Fachpersonen, welche Verhütungsmittel abgeben, müssen sicherstellen, dass die leistungsempfangende Person genügend Informationen über Funktion, Anwendungsweise, Wirkung und Anwendungsfehler erhalten und diese verstanden hat. Dies gilt insbesondere auch für Kondome.
- Verhütungsmittel sollen in den Grundbedarf der wirtschaftlichen Existenzsicherung inkludiert werden. Dies ist eine Aufgabe der Gesetzgebung und des Stimmvolkes.

Zur Sicherstellung des Zugangs zu Wissen über sexuelle und reproduktive Gesundheit

- Vollständiges und richtiges Wissen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit kann ungeplante Schwangerschaften vermeiden helfen. Umgekehrt ist Halbwissen diesbezüglich gefährlich. Insofern wird Prävention in Form von niederschwelliger Wissensvermittlung als enorm wichtig erachtet und empfohlen. Ebenso empfiehlt sich Prävention mit möglichst grosser Partizipation, einerseits hinsichtlich der Selbstüberschätzung der Betroffenen und andererseits aus Respekt vor und Zugeständnis zu vorhandenem Wissen und vorhandener Lebenserfahrung.
- Zur Förderung von Prävention empfiehlt sich zudem eine Sensibilisierung von Betroffenen für Themen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Dabei erscheint der Autorin wichtig, dass wesentliche Folgen einer ungeplanten

Schwangerschaft wie ein Schwangerschaftsabbruch oder das Verstärken oder Verlängern einer sozialen Abhängigkeit dabei im Fokus stehen. Dies, um die Wichtigkeit und Dringlichkeit der Thematik zu unterstreichen.

- Auch im Hinblick auf sexuelle Gewalt ist eine Sensibilisierung von möglichen Betroffenen und Helfenden wichtig wie auch Informationen zur geltenden Rechtslage und Hilfemöglichkeiten.
- Soziale Betreuungspersonen sollten eine Weiterbildung zu sexueller und reproduktiver Gesundheit erhalten, um in diesen wichtigen Lebensthemen adäquat, fachkundig und sensibel reagieren zu können.
- Betroffene müssen wissen, auf welche medizinischen und psychosozialen Dienstleistungen und sexuellen Rechte sie Anspruch haben oder wo sie sich diesbezüglich vertraulich informieren können. Die Autorin empfiehlt dafür die Einrichtung einer Internetplattform mit Informationen in unterschiedlichen Sprachen sowie in einfacher Sprache sowie die Sensibilisierung von Menschen im Asylkontext für die Beratungsstellen zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit.

Diese Empfehlungen richten sich an Integrationsverantwortliche und andere Verantwortliche im Asylkontext sowie Fachpersonen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit.

Zur Sicherstellung des Zugangs zu medizinischer Behandlung

- Der in Kapitel 6.2. identifizierte Systemfehler ist dringend aufzuheben. Empfohlen wird hier die Gewährleistung des direkten Zugangs zu einer medizinischen Fachperson mit Hilfe eines Übersetzungsdienstes ohne Vermittlung durch soziale Betreuungspersonen.
- Die Autorin empfiehlt medizinischen Fachpersonen grundsätzlich, bei der Behandlung von Frauen aus dem Asylkontext sorgfältig vorzugehen, da bei diesem Klientel besonders viele Stolpersteine vorhanden sein können.

Zur Sicherstellung des Zugangs zu psychosozialer Beratung

- Die Sensibilisierung von medizinischen Fachpersonen, sozialen Betreuungspersonen sowie Integrationsverantwortlichen hinsichtlich der Bedeutung von psychosozialer Beratung bei Familienplanung und Schwangerschaftsambivalenz ist hier empfohlen. Dies sieht die Autorin als

Aufgabe sozialer Betreuungspersonen sowie des Dachverbandes SEXUELLE GESUNDHEIT Schweiz.

- Die Autorin empfiehlt medizinischen Fachpersonen und sozialen Betreuungspersonen schwangeren Frauen in jedem Fall über psychosoziale Beratungsstellen und ihr Angebot zu informieren.

Weitere Empfehlungen

- Die Autorin empfiehlt Verantwortlichen im Asylkontext sowie Verantwortlichen im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit, Männer als potentielle Ressourcen dafür zu sehen, eine ungeplante Schwangerschaft zu verhindern. Sie sollen in dieser Hinsicht Unterstützung erhalten und (stärker) in den Fokus von Prävention gelangen.
- Je gebildeter und lebenserfahrener eine Person ist, desto resilienter kann sie schwierigen Situationen begegnen und desto weniger ist sie auf fremde Hilfe angewiesen, weil sie sich selber helfen kann. Insofern empfiehlt die Autorin den Entscheidungstragenden grundsätzlich, in die Bildung von Menschen im Asylkontext zu investieren und ihre individuellen Fähigkeiten und Ressourcen zu fördern.

7.6. Ausblick

Die Master-Arbeit hat Spezifitäten, Defizite und Handlungsempfehlungen hinsichtlich ungeplant schwangeren Frauen im schweizerischen Asylkontext identifiziert. Dies mit der Vision, Frauen im Asylkontext zu befähigen, ihre Familienplanung selbstbestimmter zu gestalten und in jedem Fall einen „informierten, reflektierten und selbstbestimmten“ (Bitzer et al., 2009, S. 4) Entscheid treffen zu können.

Ebenso sind der Autorin weitere Themen für zukünftige Untersuchungen aufgefallen. Im Wesentlichen sind es Folgende:

- Wie viele ungeplante Schwangerschaften gibt es? Diese Frage scheint für die gesamte Bevölkerung interessant, nicht nur für den Asylbereich.
- Inwiefern spielt der Entdeckungszeitpunkt der Schwangerschaft – also die Schwangerschaftswoche – eine Rolle bei der Entscheidungsfindung?
- Wie beeinflusst die Haltung und das Verhalten des heterosexuellen Sexualpartners einer Frau das Verhütungsverhalten und einen allfälligen Entscheid betreffend eine ungeplante Schwangerschaft?

Wie geht es nun weiter? Nach der Aufdeckung zahlreicher Mängel an der gegenwärtigen Situation und der diesbezüglichen Empfehlungen zu Verbesserung sind Entscheidungstragende gefragt. Die Autorin ist davon überzeugt, dass sie mit den vorgeschlagenen Handlungsempfehlungen einen wesentlichen Beitrag dazu leisten können, ungeplante Schwangerschaften und alle daraus folgenden Konsequenzen zu minimieren. Denn dies ist nötig, um Frauen im Asylkontext zu befähigen, ihr Leben und ihre sexuelle Gesundheit unabhängig, frei und selbstbestimmt zu gestalten. Dies ist unabdingbar für die weitgehende Vermeidung ungeplanter Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen, was im Sinne aller Beteiligten ist.

Literaturverzeichnis

Asylgesetz vom 26. Juni 1998 (SR 142.31).

Austin, Judy, Guy, Samantha, Lee-Jones, Louise Lee, McGinn, Therese & Schlecht, Jennifer (2008). Reproductive Health: A Right for Refugees and Internally Displaced Persons. *Reproductive Health Matters*, 31 (16), 10-21.

Bayer (ohne Jahr). *Verhütung. Individuell für jede Lebensphase*. Gefunden unter <https://www.verhuetungsinfo.ch/static/documents/Bayer-Verhuetungsbroschuere-dt.pdf>

Bitzer, Johannes, Schwendke, Angelika & Tschudin, Sibil (2009). *Manual für das Beratungsgespräch vor einem Schwangerschaftsabbruch*. Bern: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Brendel, Karin (2017) Flüchtlingsfrauen kultursensibel und situationsgerecht betreuen. *Hebamme.ch*, 10 (5), 4-7.

Büchler, Alexandra (2016). *Frauen-Flucht-Asyl. Die Situation von Frauen und Mädchen auf der Flucht und im Schweizerischen Asylverfahren*. Gefunden unter https://newsletter.bl.ch/fileadmin/user_upload/Frauen_D_DEF.pdf

Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2016). *Migration und Vulnerabilitätsfaktoren 2016+. Rahmenkonzept für die HIV/STI-Prävention*. Bern: Autor.

Bundesamt für Statistik [BFS]. (2017). *Zusammengefasste Geburtenziffer nach Staatsangehörigkeit der Mutter*. Gefunden unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/fruchtbarkeit.assetdetail.3442620.html>

Bundesgesetz über Ausländerinnen und Ausländer vom 16. Dezember 2005 (SR 142.20).

Bundesgesetz über die Hilfe an Opfer von Straftaten vom 23. März 2007 (SR 312.5).

Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (SR 832.10).

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

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA]. (2013). *frauen leben 3 – Familienplanung im Lebenslauf. Erste Forschungsergebnisse zu ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftskonflikten*. Köln: Autorin.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA]. (2010b). *frauen leben – Familienplanung und Migration im Lebenslauf*. Köln: Autorin.

Cignacco, Eva, Berger, Anke, Senac, Coline, Wyssmuller, Doris, Hurni, Anja & zu Sayn-Wittgenstein, Friederike (2017). *Sexuelle und reproduktive*

Gesundheitsversorgung von Frauen und ihren Säuglingen in Asylunterkünften in der Schweiz (REFUGEE). Bern: Berner Fachhochschule.

Domenig, Dagmar (2007). Das Konzept der transkulturellen Kompetenz. In Domenig, Dagmar (Hrsg.), *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (2. vollst. überarb. Aufl., S. 165-189). Bern: Verlag Hans Huber.

Eichler, Katja Johanna (2008). *Migration, transnationale Lebenswelten und Gesundheit. Eine qualitative Studie über das Gesundheitshandeln von Migrantinnen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, GWV Fachverlage GmbH.

Eidgenössische Kommission für sexuelle Gesundheit [EKSG]. (2015). *Sexuelle Gesundheit – eine Definition für die Schweiz*. Bern: Autor.

Haeberle, Erwin J. (2005). *Dtv-Atlas. Sexualität*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG.

Heiser, Patrick (2018). *Meilensteine der qualitativen Sozialforschung. Eine Einführung entlang klassischer Studien*. Hagen: Springer VS.

Helfferrich, Corneila & Klindworth, Heike (2015). Kein Kinderwunsch und schwanger – wie wird in einer Partnerschaft entschieden? Eine empirische Analyse mit den Daten der BZgA – Studie „Frauen-leben 3“. In Ulrike Busch & Daphne Hahn (Hrsg.), *Abtreibung. Diskurse und Tendenzen* (S. 215 - 233). Bielefeld: transcript Verlag.

Hermann, Michael, Bosshardt, Lorenz, Milic, Thomas & Nowak, Mario (2016). *Sex in der Schweiz - eine Studie der Forschungsstelle sotomo im Auftrag der LOVE LIFE-Kampagne*. Gefunden unter https://www.lovelife.ch/fileadmin/files/documents/studie/de/BAG_Studienbericht_DE.pdf

Hermanns, Harry (2000). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Inci, Gülhan (2017). Gesundheitsaufklärung und Verhütung bei weiblichen Flüchtlingen. *Pro Familia Magazin*, 4 (4), 20-21.

International Planned Parenthood Federation [IPPF]. (2009). *Sexuelle Rechte: Eine IPPF-Erklärung*. London: Autor.

Kruse, Jan (2015). *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Kunz, Daniel & Müller, Irene (2016). *Das Problemzentrierte Interview nach Andreas Witzel*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern - Soziale Arbeit.

- Kurmeyer, Christine & Schouler-Ocak, Meryam (2017). *Abschlussbericht. Study on Female Refugees. Repräsentative Untersuchung von geflüchteten Frauen in unterschiedlichen Bundesländern in Deutschland*. Gefunden unter https://female-refugee-study.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/sonstige/mentoring/Abschlussbericht_Final_-1.pdf
- Kurth, Elisabeth, Jaeger, Fabienne, Zemp, Elisabeth, Tschudin, Sibil & Bischoff, Alexander (2010). *Reproductive health care for asylum-seeking women – a challenge for health professionals*. Gefunden unter <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-10-659>
- Langsdorff, Maja (2000). *Kleiner Eingriff – grosses Trauma. Schwangerschaftskonflikt, Abtreibung und seelische Folgen*. Braunschweig: Verlag Gerd J. Holtzmeier.
- Mayring, Philipp (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (11. überarb. Aufl.). Weinheim und Basel: BELTZ.
- Menghini Sutter, Riccarda (2017). *Frau im Entscheidungskonflikt. Über die psychosoziale Beratung im Entscheidungskonflikt einer ungewollten Schwangerschaft*. Saarbrücken: AK Akademikerverlag.
- Munk-Olsen, Trine, Munk Laursen, Thomas, Pedersen, Carsten, Lidegaard, Øjvind & Bo Mortensen, Preben (2011). *Induced First-Trimester Abortion and Risk of Mental Disorder*. Gefunden unter <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/Nejmoa0905882>
- Ommert, Alexandra (2013). *Migrations- und kultursensible Schwangerschaftsberatung – eine Aufgabe der Institutionellen Beratung. Schwangerschaftsberatung - Forum Sexualaufklärung und Familienplanung*, 2 (2), 29-31.
- Origlia Ikhilor, Paola, Hasenberg, Gabriele, Kurth, Elisabeth, Stocker Kalberer, Barbara, Cignacco, Eva & Pehlke, Jessica (2017). *Barrierefreie Kommunikation in der geburtshilflichen Versorgung allophoner Migrantinnen – BRIDGE. Projektbericht*. Gefunden unter <http://docplayer.org/70197834-Barrierefreie-kommunikation-in-der-geburtshilflichen-versorgung-allophoner-migrantinnen-bridge.html>
- Porst, Rolf & Holthoff, Ruth (2015). *Arten von Befragungen und Befragungstechniken. GWP - Gesellschaft Wirtschaft Politik*, 4 (1), 93-103.
- Przyborski, Aglaja & Wohlrab-Sahr, Monika (2008). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch* (4. Aufl.). Oldenbourg: Wissenschaftsverlag.
- Raith-Paula, Elisabeth (2016). *Bei Kinderwunsch oder Verhütung. Gefährliches Halbwissen um die fruchtbare Zeit. Wirtschaftsmagazin für den Frauenarzt*, 6 (3), 2-5.

- Rasch, Vibeke, Knudsen, Lisbeth, Gammeltoft, Tine, Christensen, Jeanette Tranberg, Erenbjerg, Mette, Platz Christensen, Judy und Sorensen, Jette (2007). Contraceptive attitudes and contraceptive failure among women requesting induced abortion in Denmark. *Human Reproduction*, 22 (5), 1320-1326.
- Schläpfer-Reiser, Ilse (2000). Wieso sind Schwangerschaftsberatungsstellen nötig? *Schweizerische Ärztezeitung / Bulletin des médecins suisses / Bollettino dei medici svizzeri*, 81 (5), 250-251.
- Schweiger, Petra (2016). Schwangerschaftsabbruch. Erleben und Bewältigen aus psychologischer Sicht. *Jatros. Medizin für die Frau*, 20 (2), 40-43.
- Schweiger, Petra (2012). Schwangerschaftsabbruch. *Profamilia Magazin*, 10 (3-4), 17-18.
- Schweizerische Flüchtlingshilfe [SFH]. (2015). *Handbuch zum Asyl- und Wegweisverfahren*. Bern: Haupt Verlag.
- Schweizerische Flüchtlingshilfe [SFH]. (ohne Jahr a). *Asylsuchende*. Gefunden unter <https://www.fluechtlingshilfe.ch/asylrecht/rechtlicher-status/asylsuchende.html>
- Schweizerische Flüchtlingshilfe [SFH]. (ohne Jahr b). *Anerkannte Flüchtlinge (Asylgewährung)*. Gefunden unter <https://www.fluechtlingshilfe.ch/asylrecht/rechtlicher-status/anerkannte-fluechtlinge-asylgewaehrung.html>
- Schweizerische Flüchtlingshilfe [SFH]. (ohne Jahr c). *Anerkannte Flüchtlinge (vorläufige Aufnahme)*. Gefunden unter <https://www.fluechtlingshilfe.ch/asylrecht/rechtlicher-status/anerkannte-fluechtlinge-vorlaeufige-aufnahme.html>
- Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 23. März 2001 betreffend Schwangerschaftsabbruch (SR 311.0).
- Sexuelle Gesundheit Schweiz [SGCH] & Sexual Rights Initiative [SRI]. (2017). *Universal Periodic Review of Switzerland 28th Session 6-17 November 2017*. Gefunden unter https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2017/03/UPR_SWITZERLAND-FINAL.pdf
- Sexuelle Gesundheit Schweiz [SGCH]. (2017). *Schwangerschaftsverhütung: Welchen Zugang haben Asylsuchende?* Gefunden unter https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2017/05/2017_Bericht_Asylsuchende_Zugang_Verhuetung.pdf
- Sexuelle Gesundheit Schweiz [SGCH]. (2013a). *Beratung von Migrantinnen und Migranten zu sexueller und reproduktiver Gesundheit. Leitfaden für Fachpersonen*. Bern, Lausanne: Autorin.
- Sexuelle Gesundheit Schweiz [SGCH]. (2013b). *Unsichere Verhütungsmethoden und -praktiken*. Gefunden unter <https://www.sex-i.ch/de/>

schwangerschaftsverhuetung/unsichere-verhuetungsmethoden/

Seyler, Helga (2012). *Flüchtlinge und Migrantinnen*. Gefunden unter <https://www.forum.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=1742>

Sieber, Christine (2017). Wie ist für Migrantinnen der Zugang zu Schwangerschaftsverhütung geregelt? *Hebamme.ch*, 10 (10), 22-23.

Sieber, Christine (2007). Verhütung und Schwangerschaftsabbruch bei Migrantinnen. In Dagmar Domenig (Hrsg.), *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (2. vollst. überarb. Aufl., S. 457 - 472). Bern: Verlag Hans Huber.

Simon, Fritz (2012). *Einführung in die Systemtheorie des Konflikts* (2. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag und Verlagsbuchhandlung GmbH.

Späth, Anna , Schneider, Cornelia, Stutz, Lina, Tschudin, Sibil & Zemp Stutz, Elisabeth (2012). *Schweizerische Verhütungsstatistik. Obsan Dossier 59*. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Staatssekretariat für Migration [SEM]. (2018a). *Asylstatistik 2017*. Ort: Autor.

Staatssekretariat für Migration [SEM]. (2018b). *Statistik Asylsuchende nach Alter und Jahr* (unveröffentlicht). Bern: Autor.

Staatssekretariat für Migration [SEM]. (2017a). *Ausweis F (Vorläufig aufgenommene Ausländer)*. Gefunden unter https://www.sem.admin.ch/sem/de/home/themen/aufenthalt/nicht_eu_efta/ausweis_f__vorlaeufig.html

Staatssekretariat für Migration [SEM]. (2017b). *Ausweis N (für Asylsuchende)*. Gefunden unter https://www.sem.admin.ch/sem/de/home/themen/aufenthalt/nicht_eu_efta/ausweis_n__asylsuchende.html

Staatssekretariat für Migration [SEM]. (2017c). *Asylstatistik 2016*. Ort: Autor.

Staatssekretariat für Migration [SEM]. (2016). *Asylstatistik 2015*. Ort: Autor.

Staatssekretariat für Migration [SEM]. (2015). *Asylstatistik 2014*. Ort: Autor.

Terre des Femmes [TDF]. (2013). *Bericht zur Lage asylsuchender Frauen in Kollektivunterkünften*. Bern: Autorin.

United Nations [UN]. (1993). *UN-Declaration on the Elimination of Violence against Women*. Gefunden unter <http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm>

United Nations Refugee Agency [UNHCR], United Nations Population Fund [UNFPA] & Women's Refugee Commission [WRC] (2016). *INITIAL ASSESSMENT REPORT: Protection Risks for Women and Girls in the European Refugee and*

Migrant Crisis - Greece and the former Yugoslav Republic of Macedonia.
Gefunden unter <http://www.unhcr.org/569f8f419.pdf>

UNO Flüchtlingshilfe (ohne Jahr). *Frauen auf der Flucht. Besondere Bedürfnisse von Flüchtlingsfrauen.* Gefunden unter <https://www.uno-fluechtlingshilfe.de/fluechtlinge/fluechtlingsschutz/fluechtlingsfrauen.html>

Wegelin, Milena (2017). Reproduktive Gesundheit: Was erleben asylsuchende Frauen in der Schweiz? *Sagefemme.ch*, 10 (5), 8-10.

Witzel, Andreas (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum qualitative Sozialforschung*, 3 (1), ohne Seitenzahl.

Anhang

Anhang I Asylrecht

Der Anhang Asylrecht klärt aufenthaltsrechtliche Rahmenbedingungen der untersuchten Zielgruppe, weshalb diese hier zum besseren Verständnis ihrer Gesamtsituation dargelegt werden.

Art. 3 Abs. 1 AsylG besagt, dass wenn Menschen aus Gründen der Religion, der Nationalität, der Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder Rasse oder aufgrund ihrer politischen Haltung Risiken ausgesetzt sind oder befürchten, dass solche Risiken eintreten, sie in der Schweiz einen Asylantrag einreichen können.

Wie in Art. 26 Abs. 2 AsylG und Art. 29 AsylG geregelt ist, werden nach der Einreichung eines Asylantrags Befragungen und Untersuchungen durchgeführt, welche zu einem Asylentscheid führen. Gemäss Art. 42 AsylG dürfen sich Personen bis zum Abschluss des Verfahrens in der Schweiz aufhalten. Während dieser Zeit werden asylsuchende Personen in Empfangs- und Verfahrenszentren oder in Durchgangszentren untergebracht und erhalten eine Anwesenheitsberechtigung, welche im Ausweis-N ihren Ausdruck findet (SFH, 2015, S. 61; SFH, ohne Jahr a).

Sofern jemand gemäss Art. 3 AsylG als Flüchtling anerkannt wird und keine Asylausschlussgründe gemäss Art. 53 ff. AsylG geltend gemacht werden, erhält diese Person die Aufenthaltsbewilligung B gemäss Art. 34 AuG i.V.m. Art. 60 Abs. 1 AsylG. Verbunden mit der Anerkennung als Flüchtling ist das Recht auf Erwerbstätigkeit, geregelt in Art. 61 AsylG, und Rechte bezüglich Familienzusammenführung, Sozialhilfe und Sozialversicherungsleistungen sowie Bewegungsfreiheit (Alexandra Büchler, 2016, S. 31; SFH, ohne Jahr b).

Wird eine Person nicht als Flüchtling anerkannt und ist die Wegweisung aus unterschiedlichen Gründen nicht möglich, erhält diese gemäss Art. 83 Abs. 1 AuG eine vorläufige Aufnahme. Eine vorläufige Aufnahme bedeutet die Anwesenheitsbewilligung F (SFH, 2015, S. 114-115; SFH, ohne Jahr c). Oft bleiben Personen mit einem sogenannten F-Ausweis länger in der Schweiz und leben in vielen Bereichen unter prekäreren Bedingungen als anerkannte Flüchtlinge (SFH, 2015, S. 114-115).

Anhang II Interviewleitfaden

0. Material

- Aufnahmegerät
- Interviewleitfaden
- Einverständniserklärung
- Dankeschön (20.- Aufwandentschädigung, Datteln)

1. Begrüssung und Einstieg

- Smalltalk
- Dank für Bereitschaft und Zeit

2. Rahmenbedingungen klären

- **Um was es geht:** Wie Sie ja schon wissen, untersuche ich die Situation von Frauen im schweizerischen Asylkontext, welche ungeplant schwanger geworden sind. Man weiss, dass viele Frauen davon betroffen sind. Aber über die genauen Umstände weiss man wenig. Ich möchte mit diesem Interview Ihre persönliche Erfahrung und Gedanken zum Thema kennen lernen und festhalten.
- **Interviewablauf:** Es sind nur wir beide und allenfalls eine transkulturelle Übersetzerin anwesend. Ich werde Ihnen im Interview Fragen stellen zu den drei Hauptthemen:
 - Wie ist es zu der ungeplanten Schwangerschaft gekommen?
 - Welche Ressourcen und Unterstützungen standen Ihnen vor und nach dem Eintreten der ungeplanten Schwangerschaft zur Verfügung?
 - Wie haben Sie den Entscheid getroffen, die Schwangerschaft abubrechen / weiterzuführen?
- **Freiwilligkeit:** Alles ist freiwillig. Beantworten Sie jede Fragen nur, wenn Sie das möchten. Sie dürfen jederzeit eine Frage überspringen.
- **Zeitdauer:** Das Interview dauert von ... Uhr bis ..., insgesamt ca. 45 Minuten.
- **Elektronische Aufzeichnung / Handhabung der Daten / Anonymität:** Gerne würde ich das Interview auf Tonband aufzeichnen. Ich bin die einzige Person, die das Interview hören wird um eine Abschrift zu machen. Nachdem ich alles abgetippt habe, wird es sofort wieder gelöscht. Die Abschrift

beinhaltet keine Angaben über Namen und Ort, ausser die Angaben über Ihr Herkunftsland. Alle Informationen werden nur für diese Masterarbeit verwendet. Ich bin die einzige Person, die Ihren Namen kennt und ich stehe unter Schweigepflicht. Falls meine Arbeit als sehr gut bewertet wird, kann sie öffentlich zugänglich gemacht werden. Wenn Sie einverstanden sind, unterschreiben Sie bitte diese Einverständniserklärung.

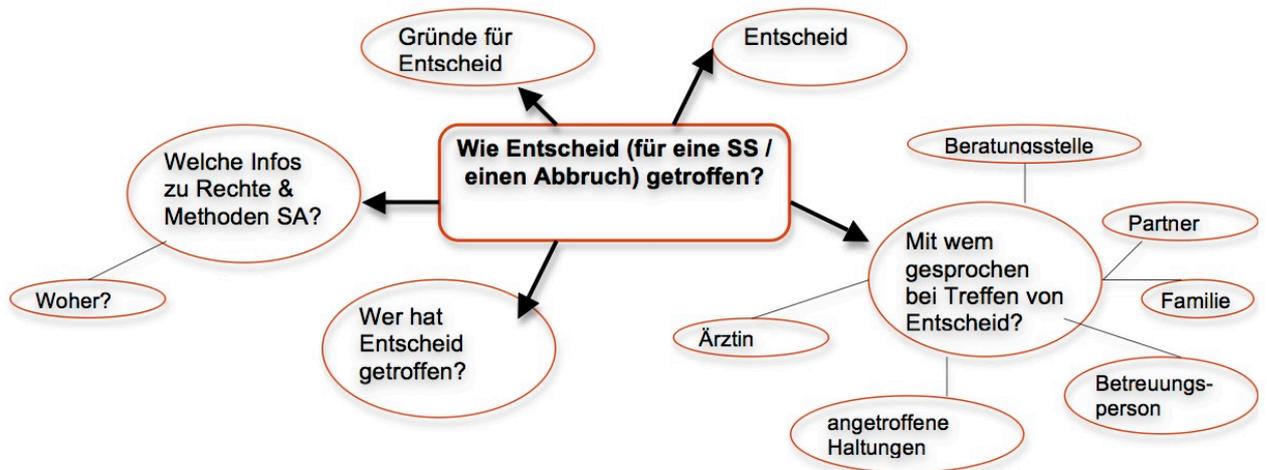
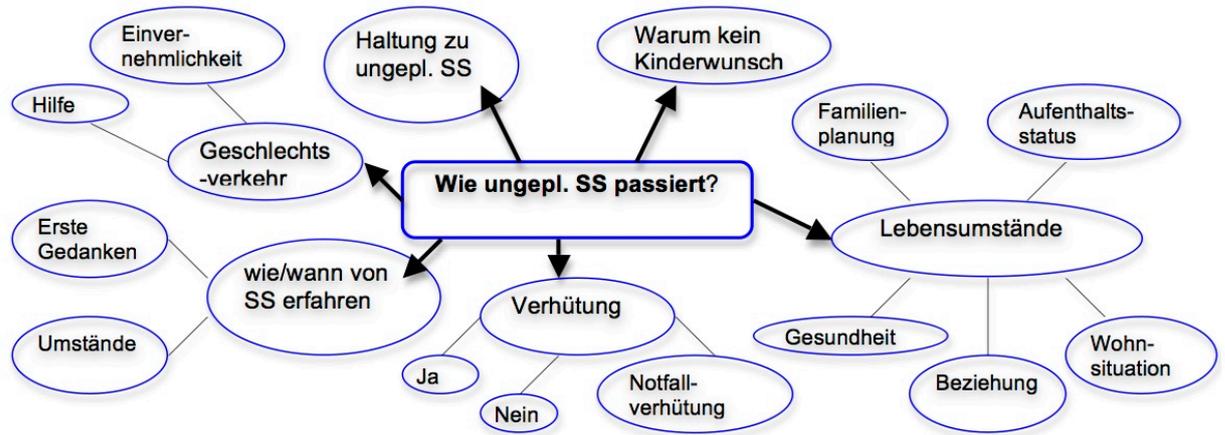
- **Meine Rolle:** Ich bin hier als Studentin, obwohl ich als Beraterin zu sexueller Gesundheit arbeite. Ich studiere an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Das Studium heisst Master of Advanced Studies Sexuelle Gesundheit im Bildungs-, Beratungs- und Sozialbereich.
- **Zusatz für IP 1 und IP 2:** Nichts von dem, was wir heute besprechen, hat einen Einfluss auf die weitere Schwangerschaftsberatung, ausser Sie möchten das ausdrücklich. Ich weiss natürlich schon einiges, was Sie mir von sich erzählt haben. Trotzdem werde ich im Interview eventuell noch einmal Fragen dazu stellen.
- **Fragen?**

3. Vorinterview

Bevor wir mit dem eigentlichen Interview beginnen, möchte ich noch kurz Fragen zu Ihrer Person klären: Alter, Herkunftsland, Aufenthaltsbewilligung in CH, Aufenthaltsdauer in CH, Wohnform, Zivilstand, Beziehungsstand, Anzahl Kinder, Religion, Deutschkenntnisse, wirtschaftliche Existenzsicherung.

4. Leitfaden

Einleitungsfrage: Wir haben uns ja im Rahmen der Schwangerschaftsberatung kennen gelernt. Können Sie mir noch einmal sagen, wie es dazu gekommen ist, dass Sie einen Termin vereinbart haben? Bitte erzählen Sie, was Ihnen dazu noch alles in den Sinn kommt.



Formulierungshilfen / Aufrechterhaltungsfragen:

- Bitte erzählen Sie mir von ...
- Beschreiben Sie doch mal ...
- Erklären Sie mir bitte ...
- Bitte berichten Sie mir von ...
- Können Sie das genauer beschreiben?
- Was meinen Sie damit?
- Und wie ging es dann weiter?
- Welche Auswirkungen hatte das auf Sie / den Entscheid / das weitere Vorgehen?

Ausstiegsfrage: Von mir her war das alles. Gibt es noch etwas, das Ihnen sehr wichtig erscheint für das Thema, was wir jetzt noch nicht besprochen haben?

5. Verabschiedung

Herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben für dieses Gespräch. Sie haben mir damit sehr geholfen.

6. Angaben zum Gespräch und Postskript

Datum, Art des Interviews, Ort, Dauer, Gesprächsatmosphäre, Befindlichkeiten, Beziehung zwischen den Interviewpersonen, Gesprächsverlauf, Interaktionen, Besonderheiten, auffallende Themen und Störungen.

Anhang III Auswertung Interview 1

Interviewte Person 1 (IP 1)

Die IP1 war bei Eintritt der ungeplanten Schwangerschaft 22 Jahre alt, stammt aus Eritrea und lebte seit zwei Jahren in der Schweiz in einer Asylunterkunft in einem Viererzimmer. Sie hatte die Aufenthaltsbewilligung N. Sie war in einer Liebesbeziehung, ledig und hatte noch keine Kinder. Ihre Familie lebte in Eritrea bis auf eine Schwester und einen Bruder, die jeweils in anderen Städten in der Schweiz lebten. Sie ist Christin. Ihre Deutschkenntnisse sind knapp auf A1 Niveau. Sie lebte von wirtschaftlicher Sozialhilfe. Sie hat die Schwangerschaft ausgetragen.

Angaben zum Interview

Datum	Mai 2018	Art	persönlich
Ort	Zentralschweiz	Dauer	60 Min.
Gesprächsatmosphäre	offen, konzentriert, positiv		
Befindlichkeiten	gut		
Beziehung zwischen den Interviewpersonen	Klientin - Beraterin		
Gesprächsverlauf	flüssig		
Interaktionen	keine		
Besonderheiten	Gespräch ist auf Englisch. Muttersprache der IP 1 ist Tigrinia.		
Auffallende Themen und Störungen	Willkürlichkeit von/Unterschiede zwischen Betreuungspersonen von Durchgangszentren für Asylsuchende machen IP 1 betroffen, emotional.		

Einteilung Interview 1 in fallübergreifendes Kategoriensystem

Kategorie	Erhobene Ausprägungen
K1: Zugang zu Verhütungsmitteln	<ul style="list-style-type: none"> - ungenügend aufgrund fehlender Finanzen (1) - ungenügend aufgrund Benachteiligung durch Bestimmungen am Wohnort bzw. durch soziale Betreuungspersonen (2) - ungenügend aufgrund fehlender Systemkenntnis und trotz genügend Wissen zu Verhütungsmitteln (4) - ungenügend, da trotz Verhütung schwanger geworden (6) - genügend nach und wegen Eintreten der ungeplanten Schwangerschaft durch medizinische Fachperson oder soziale Beratungsperson (7)
K2: Zugang zu Wissen über sexuelle und reproduktive Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> - ungenügend aufgrund fehlender / unzureichender Wissensvermittlung im Herkunftsland und in der Schweiz (1) - ungenügend aufgrund fehlender Systemkenntnis (2) - vermeintlich genügend aufgrund Wissensvermittlung im Herkunftsland (4) - genügend nach und wegen Eintreten der ungeplanten Schwangerschaft (5)
K3: Zugang zu medizinischer Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> - ungenügend aufgrund von Systemfehler bzw. unprofessionellen Verhaltens sozialer Betreuungspersonen (1) - ungenügend aufgrund fehlenden Wissens über sexuellen Rechte (2) - ungenügend aufgrund unprofessionellen Verhaltens der medizinischen Fachperson (3) - ungenügend aufgrund fehlender Systemkenntnis (5) - genügend aufgrund professionellen Verhaltens der sozialen Betreuungsperson (7) - genügender Zugang zu Schwangerschaftstest aufgrund professionellen Verhaltens der sozialen Betreuungsperson (10)
K4: Zugang zu psychosozialer Beratung	<ul style="list-style-type: none"> - ungenügend aufgrund fehlender Systemkenntnis (1) - genügend aufgrund professionellen Verhaltens der medizinischen Fachperson (4) - genügend aufgrund professionellen Verhaltens der sozialen Betreuungsperson (5) - genügend aufgrund professionellen Verhaltens der sozialen Beratungsperson (6) - genügend nach und wegen der ungeplanten Schwangerschaft (7)
K5: Beziehung zu Kindsvater / Erzeuger	<ul style="list-style-type: none"> - Liebesbeziehung bei Eintritt der ungeplanten Schwangerschaft (1) - einvernehmlicher Geschlechtsverkehr (3) - Kindsvater / Erzeuger wird als unterstützend erlebt (5)
K6: Einflussfaktoren auf den	<ul style="list-style-type: none"> - Haltung: Schwangerschaftsabbruch ist Töten und darum etwas Schlimmes (1)

Entscheidungsfindungsprozess K6.1: Intrapersonelle Einflussfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> - schwieriger Entscheid (3) - Angst vor Verachtung von Familie / Gesellschaft wegen ungeplanter Schwangerschaft (4) - Angst vor Verachtung von Erzeuger / Bezugsperson / Familie / Gesellschaft wegen Schwangerschaftsabbruch (5)
K6: Einflussfaktoren auf den Entscheidungsfindungsprozess K6.2: Interpersonelle Einflussfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> - eigene Haltung deckt sich mit Haltung von Kindsvater / Erzeuger (1) - Entscheid getroffen ohne aktive / oppositionelle Beeinflussung von Bezugspersonen (3) - Entscheid ohne Unterstützung einer sozialen Beratungsperson getroffen (6)
K6: Einflussfaktoren auf den Entscheidungsfindungsprozess K6.3: Soziale Einflussfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> - für Kind ungeeignete Wohnsituation (1) - für Kind ungeeignete wirtschaftliche / berufliche Situation (2) - für Kind ungeeigneter, unsicherer Aufenthaltsstatus (5) - Kind würde Unabhängigkeit stark beeinflussen (6)
K7: Entscheid	<ul style="list-style-type: none"> - Schwangerschaftsabbruch (1) - Entscheid konnte nicht durchgeführt werden (4)
K8: Persönliche Ressourcen / Schwierigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> - Ressource selbstbewusste Persönlichkeit (1) - Ressource widerstandsfähige, hartnäckige Persönlichkeit (2) - Ressource: Sprachkenntnisse in Englisch (3) - Schwierigkeit: Schock wegen ungeplanter Schwangerschaft (8)

Anhang IV Datenauswertung Interview 2

Interviewte Person 2 (IP 2)

Die IP 2 war bei Eintritt der ungeplanten Schwangerschaft 35 Jahre alt, stammt aus dem Kongo und lebte seit fünf Jahren in der Schweiz, zuletzt in einer Dreizimmer-Wohnung mit ihren zwei bisherigen Kindern. Sie hatte die Aufenthaltsbewilligung F. Sie war nicht in einer Liebesbeziehung und ledig. Ihre Mutter und ihr Bruder lebten in Italien. Sie ist Christin. Ihre Deutschkenntnisse sind schlechter ungefähr auf A1 Niveau. Sie lebte von wirtschaftlicher Sozialhilfe. Sie hat die Schwangerschaft ausgetragen.

Angaben zum Interview

Datum	Juni 2018	Art	persönlich
Ort	Zentralschweiz	Dauer	43 Min.
Gesprächsatmosphäre	anfangs ein wenig angespannt		
Befindlichkeiten	gut		
Beziehung zwischen den Interviewpersonen	Klientin - Beraterin		
Gesprächsverlauf	flüssig		
Interaktionen	keine		
Besonderheiten	Gespräch ist auf Französisch. Muttersprache der IP 2 ist Lingála. Ihr erster Sohn spielte im Zimmer nebenan und schaute ab und zu rein. Sie gab an, stolz zu sein darüber, dass sie interviewt wurde.		
Auffallende Themen und Störungen	Moment, in dem sie beschrieb, wie sich für die Schwangerschaft entschieden hat, war emotional geladen.		

Einteilung Interview 2 in fallübergreifendes Kategoriensystem

Kategorie	Erhobene Ausprägungen
K1: Zugang zu Verhütungsmitteln	<ul style="list-style-type: none"> - ungenügend aufgrund fehlender Finanzen (1) - ungenügend aufgrund fehlenden Wissens über sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie Verhütungsmittel (3) - ungenügend aufgrund fehlender Systemkenntnis (4) - ungenügend aufgrund unprofessionellen Verhaltens der medizinischen Fachperson (5) - genügend nach und wegen Eintreten der ungeplanten Schwangerschaft durch medizinische Fachperson oder soziale Beratungsperson (7)
K2: Zugang zu Wissen über sexuelle und reproduktive Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> - ungenügend aufgrund fehlender / unzureichender Wissensvermittlung im Herkunftsland und in der Schweiz (1) - ungenügend aufgrund fehlender Systemkenntnis (2) - erschwerter / ungenügender Zugang aufgrund fehlender Sprachkenntnis / Übersetzung (3) - vermeintlich genügend aufgrund Wissensvermittlung im Herkunftsland (4) - genügend nach und wegen Eintreten der ungeplanten Schwangerschaft (5)
K3: Zugang zu medizinischer Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> - ungenügend aufgrund unprofessionellen Verhaltens der medizinischen Fachperson (3) - ungenügend aufgrund fehlender Sprachkenntnis / Übersetzung (4) - genügend aufgrund professionellen Verhaltens der medizinischen Fachperson (6) - genügend aufgrund vorhandenen Vorwissens (8) - ungenügender Zugang zu Schwangerschaftstest aufgrund fehlender Finanzen (9)
K4: Zugang zu psychosozialer Beratung	<ul style="list-style-type: none"> - ungenügend aufgrund fehlender Systemkenntnis (1) - ungenügend aufgrund unprofessionellen Verhaltens der medizinischen Fachperson (2) - genügend aufgrund professionellen Verhaltens der sozialen Beratungsperson (6) - genügend nach und wegen der ungeplanten Schwangerschaft (7)
K5: Beziehung zu Kindsvater / Erzeuger	<ul style="list-style-type: none"> - Zufallsbekanntschaft bei Eintritt der ungeplanten Schwangerschaft (2) - einvernehmlicher Geschlechtsverkehr (3) - Kindsvater / Erzeuger wird nicht als unterstützend erlebt (6)
K6: Einflussfaktoren auf den Entscheidungsfindungsprozess K6.1: Intrapersonelle Einflussfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> - Haltung: Schwangerschaftsabbruch ist Töten und darum etwas Schlimmes (1) - schwieriger Entscheid (3) - Angst vor Verachtung von Familie / Gesellschaft wegen ungeplanter Schwangerschaft (4) - Angst vor Verachtung von Erzeuger / Bezugsperson / Familie / Gesellschaft wegen Schwangerschaftsabbruch (5)

	- Angst vor Todesfolge bei Schwangerschaftsabbruch (6)
K6: Einflussfaktoren auf den Entscheidungsfindungsprozess K6.2: Interpersonelle Einflussfaktoren	- Entscheid getroffen ohne aktive / oppositionelle Beeinflussung von Bezugspersonen (3) - Entscheid ohne Unterstützung einer sozialen Beratungsperson getroffen (6)
K6: Einflussfaktoren auf den Entscheidungsfindungsprozess K6.3: Soziale Einflussfaktoren	- für Kind ungeeignete wirtschaftliche / berufliche Situation (2) - für Kind ungeeignete Beziehung zu Kindsvater / Erzeuger (3) - Kind würde Unabhängigkeit stark beeinflussen (6)
K7: Entscheid	- Entscheid für Weiterführen der Schwangerschaft (2) - Entscheid konnte durchgeführt werden (3)
K8: Persönliche Ressourcen / Schwierigkeiten	- Ressource Lebenserfahrung (6) - Schwierigkeit Vertrauensperson fehlt (7) - Schwierigkeit Schock wegen ungeplanter Schwangerschaft (8)

Anhang V Datenauswertung Interview 3

Interviewte Person 3 (IP 3)

Die IP3 war bei Eintritt der ungeplanten Schwangerschaft 22 Jahre alt, stammt aus Eritrea und lebte seit 2 Jahren in der Schweiz, zuletzt in einer Wohngemeinschaft in einer Fünf Zi.-Whg. mit drei anderen Personen. Sie hatte die Aufenthaltsbewilligung F. Sie war zum Zeitpunkt der Schwangerschaft in einer Beziehung und ledig. Sie hatte keine Familie in der Schweiz und lebte von wirtschaftlicher Sozialhilfe. Sie ist katholisch. Ihr Deutsch ist schlechter als A1 Niveau. Sie hat die Schwangerschaft abgebrochen.

Angaben zum Interview

Datum	Juni 2018	Art	persönlich
Ort	Westschweiz	Dauer	50 Min.
Gesprächsatmosphäre	ernst, traurig, offen		
Befindlichkeiten	IP 3 scheint traurig.		
Beziehung zwischen den Interviewpersonen	keine		
Gesprächsverlauf	flüssig		
Interaktionen	Gespräch		
Besonderheiten	Zur Verständigung wurde eine interkulturelle Dolmetscherin beigezogen, die schon vorher für IP 3 übersetzt hat.		
Auffallende Themen und Störungen	Unbenannter Grund, warum sie in medizinischer Behandlung ist, war auffallendes ominöses Thema. Sie war kurz irritiert, als auf der Einverständniserklärung für Tonaufnahmen ihr Name stand. Das machte ihr offenbar wegen schlechten Erfahrungen in der Vergangenheit Angst. Sie hat es geschätzt, interviewt zu werden, obwohl es schwierig für sie war.		

Einteilung Interview 3 in fallübergreifendes Kategoriensystem

Kategorie	Erhobene Ausprägungen
K1: Zugang zu Verhütungsmitteln	<ul style="list-style-type: none"> - ungenügend aufgrund fehlender Finanzen (1) - ungenügend aufgrund fehlenden Wissens über sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie Verhütungsmittel (3) - ungenügend aufgrund fehlender Systemkenntnis (4) - ungenügend, da trotz Verhütung schwanger geworden (6) - genügend nach und wegen Eintreten der ungeplanten Schwangerschaft durch medizinische Fachperson oder soziale Beratungsperson (7)
K2: Zugang zu Wissen über sexuelle und reproduktive Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> - ungenügend aufgrund fehlender / unzureichender Wissensvermittlung im Herkunftsland und in der Schweiz (1) - ungenügend aufgrund fehlender Systemkenntnis (2) - erschwerter / ungenügender Zugang aufgrund fehlender Sprachkenntnis / Übersetzung (3) - genügend nach und wegen Eintreten der ungeplanten Schwangerschaft (5)
K3: Zugang zu medizinischer Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> - genügend aufgrund professionellen Verhaltens der medizinischen Fachperson (6)
K4: Zugang zu psychosozialer Beratung	<ul style="list-style-type: none"> - ungenügend aufgrund fehlender Systemkenntnis (1) - ungenügend aufgrund fehlender Sprachkenntnisse (3) - genügend aufgrund professionellen Verhaltens der medizinischen Fachperson (4) - genügend aufgrund professionellen Verhaltens der sozialen Beratungsperson (6) - genügend nach und wegen der ungeplanten Schwangerschaft (7)
K5: Beziehung zu Kindsvater / Erzeuger	<ul style="list-style-type: none"> - Liebesbeziehung bei Eintritt der ungeplanten Schwangerschaft (1) - Geschlechtsverkehr unter psychischem Druck (4) - Kindsvater / Erzeuger wird nicht als unterstützend erlebt (6)
K6: Einflussfaktoren auf den Entscheidungsfindungsprozess K6.1: Intrapersonelle Einflussfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> - Haltung: Schwangerschaftsabbruch ist Töten und darum etwas Schlimmes (1) - schwieriger Entscheid (3) - Angst vor Verachtung von Familie / Gesellschaft wegen ungeplanter Schwangerschaft (4) - Angst vor Verachtung von Erzeuger / Bezugsperson / Familie / Gesellschaft wegen Schwangerschaftsabbruch (5)
K6: Einflussfaktoren auf den Entscheidungsfindungsprozess K6.2: Interpersonelle Einflussfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> - eigene Haltung deckt sich mit Haltung von Kindsvater / Erzeuger (1) - Entscheid getroffen ohne aktive / oppositionelle Beeinflussung von Bezugsperson (3) - Entscheid mit Unterstützung einer sozialen Beratungsperson getroffen (5)

<p>K6: Einflussfaktoren auf den Entscheidungsfindungsprozess K6.3: Soziale Einflussfaktoren</p>	<ul style="list-style-type: none"> - für Kind ungeeignete Wohnsituation (1) - für Kind ungeeignete wirtschaftliche / berufliche Situation (2) - für Kind ungeeigneter, unsicherer Aufenthaltsstatus (5) - Kind würde Unabhängigkeit stark beeinflussen (6)
<p>K7: Entscheid</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Schwangerschaftsabbruch (1) - Entscheid konnte durchgeführt werden (2)
<p>K8: Persönliche Ressourcen / Schwierigkeiten</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ressource Glaube (5) - Schwierigkeit: Vertrauensperson fehlt (7) - Schwierigkeit: Schock wegen ungeplanter Schwangerschaft (8) - Schwierigkeit: ungeplante Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch beeinträchtigen Wohlbefinden und verursachen Gewissenskonflikte (10)

Anhang VI Datenauswertung Interview 4

Interviewte Person 4 (IP 4)

Die IP4 war bei Eintritt der ungeplanten Schwangerschaft 42 Jahre alt, stammt aus Syrien und lebte seit weniger als einem Jahr in der Schweiz mit einer Aufenthaltsbewilligung N, zuletzt in einer Vierzimmer-Wohnung mit ihrem Mann und ihren vier bisherigen Kindern. Ihr Deutsch ist schlechter als A1 Niveau. Sie ist Muslimin. Sie lebte von wirtschaftlicher Sozialhilfe. Sie hat die Schwangerschaft abgebrochen.

Angaben zum Interview

Datum	Juli 2018	Art	persönlich
Ort	Westschweiz	Dauer	64 Min.
Gesprächsatmosphäre	Konzentriert, wohlwollend		
Befindlichkeiten	gut		
Beziehung zwischen den Interviewpersonen	keine		
Gesprächsverlauf	fliessend		
Interaktionen	Gespräch, Lachen		
Besonderheiten	Zur Verständigung wurde eine interkulturelle Dolmetscherin beigezogen, die schon vorher für IP 4 übersetzt hat.		
Auffallende Themen und Störungen	Minderjährige Tochter von IP 4 war zu Beginn dabei, wurde für das Interview aus dem Raum geschickt. Thema Geschlechtsverkehr beziehungsweise nicht vorhandene Zeit/Möglichkeit dafür brachte IP 4 mehrmals zum Lachen und scheint ihr ein wenig peinlich gewesen zu sein. IP 4 wollte am Ende das Dankeschöne nur teilweise annehmen (nur Datteln, nicht aber 20.- Fr.), da sie Informationen von Herzen geben wollte.		

Einteilung Interview 4 in fallübergreifendes Kategoriensystem

Kategorie	Erhobene Ausprägungen
K1: Zugang zu Verhütungsmitteln	<ul style="list-style-type: none"> - ungenügend aufgrund fehlenden Wissens über sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie Verhütungsmittel (3) - genügend nach und wegen Eintreten der ungeplanten Schwangerschaft durch medizinische Fachperson oder soziale Beratungsperson (7)
K2: Zugang zu Wissen über sexuelle und reproduktive Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> - ungenügend aufgrund fehlender / unzureichender Wissensvermittlung im Herkunftsland und in der Schweiz (1) - ungenügend aufgrund fehlender Systemkenntnis (2) - erschwerter / ungenügender Zugang aufgrund fehlender Sprachkenntnis / Übersetzung (3) - vermeintlich genügend aufgrund Wissensvermittlung im Herkunftsland (4) - genügend nach und wegen Eintreten der ungeplanten Schwangerschaft (5)
K3: Zugang zu medizinischer Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> - ungenügend aufgrund fehlenden Wissens über sexuelle Rechte (2) - ungenügend aufgrund fehlender Sprachkenntnis / Übersetzung (4) - ungenügend aufgrund fehlender Systemkenntnis (5) - genügend aufgrund professionellen Verhaltens der medizinischen Fachperson (6) - genügend aufgrund vorhandenen Vorwissens (8)
K4: Zugang zu psychosozialer Beratung	<ul style="list-style-type: none"> - genügend aufgrund professionellen Verhaltens der medizinischen Fachperson (4) - genügend aufgrund professionellen Verhaltens der sozialen Beratungsperson (6) - genügend nach und wegen der ungeplanten Schwangerschaft (7)
K5: Beziehung zu Kindsvater / Erzeuger	<ul style="list-style-type: none"> - Liebesbeziehung bei Eintritt der Schwangerschaft (1) - einvernehmlicher Geschlechtsverkehr (3) - Kindsvater / Erzeuger wird nicht als unterstützend erlebt (6)
K6: Einflussfaktoren auf den Entscheidungsfindungsprozess K6.1: Intrapersonelle Einflussfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> - Haltung: Schwangerschaftsabbruch ist Töten und darum etwas Schlimmes (1) - Haltung: Schwangerschaftsabbruch bis zum 2. Monat akzeptabel (2) - schwieriger Entscheid (3) - Angst vor Verachtung von Erzeuger / Bezugsperson / Familie / Gesellschaft wegen Schwangerschaftsabbruch (5)
K6: Einflussfaktoren auf den Entscheidungsfindungsprozess K6.2: Interpersonelle Einflussfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> - eigene Haltung deckt sich nicht mit Haltung von Kindsvater / Erzeuger (2) - Entscheid getroffen trotz (aktiver) Beeinflussung von Bezugspersonen (4) - Entscheid mit Unterstützung einer sozialen Beratungsperson getroffen (5)

<p>K6: Einflussfaktoren auf den Entscheidungsfindungsprozess K6.3: Soziale Einflussfaktoren</p>	<ul style="list-style-type: none"> - für Kind ungeeignetes fortgeschrittenes Alter (4) - Kind würde Unabhängigkeit stark beeinflussen (6)
<p>K7: Entscheid</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Schwangerschaftsabbruch (1) - Entscheid konnte durchgeführt werden (3)
<p>K8: Persönliche Ressourcen / Schwierigkeiten</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ressource selbstbewusste Persönlichkeit (1) - Ressource widerstandsfähige, hartnäckige Persönlichkeit (2) - Ressource Sprachkenntnisse in Englisch (3) - Ressource Internetkenntnisse (4) - Ressource Lebenserfahrung (6) - Ressource / Schwierigkeit: Tochter (als unfreiwillige Verbündete und Unterstützerin) gezwungenermassen eingeweiht (9)

Anhang VII Fallübergreifendes Kategoriensystem
Fallübergreifendes Kategoriensystem

Kategorie	Ausprägung	Interviewte Person (IP)			
		1	2	3	4
K1: Zugang zu Verhütungsmitteln	(1) ungenügend aufgrund fehlender Finanzen	X	X	X	
	(2) ungenügend aufgrund Benachteiligung durch Bestimmungen am Wohnort bzw. durch soziale Betreuungspersonen	X			
	(3) ungenügend aufgrund fehlenden Wissens über sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie Verhütungsmittel		X	X	X
	(4) ungenügend aufgrund fehlender Systemkenntnis	X	X	X	
	(5) ungenügend aufgrund unprofessionellen Verhaltens der medizinischen Fachperson		X		
	(6) ungenügend, da trotz Verhütung schwanger geworden	X	X		
	(7) genügend nach und wegen Eintreten der ungeplanten Schwangerschaft durch medizinische Fachperson oder soziale Beratungsperson	X	X	X	X
K2: Zugang zu Wissen über sexuelle und reproduktive Gesundheit	(1) ungenügend aufgrund fehlender / unzureichender Wissensvermittlung im Herkunftsland und in der Schweiz	X	X	X	X
	(2) ungenügend aufgrund fehlender Systemkenntnis	X	X		X
	(3) ungenügend aufgrund fehlender Sprachkenntnis / Übersetzung				X
	(4) vermeintlich genügend aufgrund von Wissensvermittlung im Herkunftsland	X	X		X
	(5) genügend nach und wegen Eintreten der ungeplanten Schwangerschaft	X	X	X	X
K3: Zugang zu medizinischer Behandlung	(1) ungenügend aufgrund von Systemfehler bzw. unprofessionellen Verhaltens sozialer Betreuungspersonen	X			
	(2) ungenügend aufgrund fehlenden Wissens über sexuelle Rechte	X			X
	(3) ungenügend aufgrund unprofessionellen Verhaltens der medizinischen Fachperson	X	X		
	(4) ungenügend aufgrund fehlender Sprachkenntnis / Übersetzung		X		
	(5) ungenügend aufgrund fehlender Systemkenntnis	X			X
	(6) genügend aufgrund professionellen Verhaltens der medizinischen Fachperson		X	X	X
	(7) genügend aufgrund professionellen Verhaltens der sozialen Betreuungsperson	X			
	(8) genügend aufgrund vorhandenen Vorwissens		X		X
	(9) ungenügender Zugang zu		X		

	Schwangerschaftstest aufgrund fehlender Finanzen				
	(10) genügender Zugang zu Schwangerschaftstest aufgrund professionellen Verhaltens der sozialen Betreuungsperson	X			
K4: Zugang zu psychosozialer Beratung	(1) ungenügend aufgrund fehlender Systemkenntnis	X	X	X	
	(2) ungenügend aufgrund unprofessionellen Verhaltens der medizinischen Fachperson		X		
	(3) ungenügend aufgrund fehlender Sprachkenntnisse			X	
	(4) genügend aufgrund professionellen Verhaltens der medizinischen Fachperson	X		X	X
	(5) genügend aufgrund professionellen Verhaltens der sozialen Betreuungsperson	X			
	(6) genügend aufgrund professionellen Verhaltens der sozialen Beratungsperson	X	X	X	X
	(7) genügend nach und wegen der ungeplanten Schwangerschaft	X	X	X	X
K5: Beziehung zu Kindsvater / Erzeuger	(1) Liebesbeziehung bei Eintritt der ungeplanten Schwangerschaft	X		X	X
	(2) Zufallsbekanntschaft bei Eintritt der ungeplanten Schwangerschaft		X		
	(3) einvernehmlicher Geschlechtsverkehr	X	X		X
	(4) Geschlechtsverkehr unter psychischem Druck			X	
	(5) Kindsvater / Erzeuger wird als unterstützend erlebt	X			
	(6) Kindsvater / Erzeuger wird nicht als unterstützend erlebt		X	X	X
K6: Einflussfaktoren auf den Entscheidungsfindungsprozess K6.1: Intrapersonelle Einflussfaktoren	(1) Haltung: Schwangerschaftsabbruch ist Töten und darum etwas Schlimmes	X	X	X	X
	(2) Haltung: Schwangerschaftsabbruch bis 2. Monat ist akzeptabel				X
	(3) schwieriger Entscheid	X	X	X	X
	(4) Angst vor Verachtung von Familie / Gesellschaft wegen ungeplanter Schwangerschaft	X	X	X	
	(5) Angst vor Verachtung von Erzeuger / Bezugsperson / Familie / Gesellschaft wegen Schwangerschaftsabbruch	X		X	X
	(6) Angst vor Todesfolge bei Schwangerschaftsabbruch		X		
K6: Einflussfaktoren auf den Entscheidungsfindungsprozess K6.2: Interpersonelle Einflussfaktoren	(1) eigene Haltung deckt sich mit Haltung von Kindsvater / Erzeuger	X		X	
	(2) eigene Haltung deckt sich nicht mit Haltung von Kindsvater / Erzeuger				X
	(3) Entscheid getroffen ohne aktive / oppositionelle Beeinflussung von Bezugspersonen	X	X	X	
	(4) Entscheid getroffen trotz (aktiver) oppositioneller Beeinflussung von				X

	Bezugspersonen				
	(5) Entscheid mit Unterstützung einer sozialen Beratungsperson getroffen			X	X
	(6) Entscheid ohne Unterstützung einer sozialen Beratungsperson getroffen	X	X		
K6 Einflussfaktoren auf den Entscheidungsfindungsprozess K6.3: Soziale Einflussfaktoren	(1) für Kind ungeeignete Wohnsituation	X		X	
	(2) für Kind ungeeignete wirtschaftliche / berufliche Situation	X	X	X	X
	(3) für Kind ungeeignete Beziehung zu Kindsvater / Erzeuger		X		
	(4) für Kind ungeeignetes, fortgeschrittenes Alter				X
	(5) für Kind ungeeigneter, unsicherer Aufenthaltsstatus	X		X	
	(6) Kind würde Unabhängigkeit stark beeinflussen	X	X	X	X
K7: Entscheid	(3) Schwangerschaftsabbruch	X		X	X
	(2) Weiterführen der Schwangerschaft		X		
	(3) Entscheid konnte durchgeführt werden		X	X	X
	(4) Entscheid konnte nicht durchgeführt werden	X			
K8: Persönliche Ressourcen / Schwierigkeiten	(1) Ressource selbstbewusste Persönlichkeit	X			X
	(2) Ressource widerstandsfähige, hartnäckige Persönlichkeit	X			X
	(3) Ressource Sprachkenntnisse in Englisch	X			X
	(4) Ressource Internetkenntnisse				X
	(5) Ressource Glaube			X	
	(6) Ressource Lebenserfahrung		X		X
	(7) Schwierigkeit Vertrauensperson fehlt		X	X	
	(8) Schwierigkeit Schock wegen ungeplanter Schwangerschaft	X	X	X	
	(9) Ressource / Schwierigkeit Tochter (als unfreiwillige Verbündete und Unterstützerin) gezwungenermassen eingeweiht				X
	(10) Schwierigkeit ungeplante Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch beeinträchtigen Wohlbefinden und verursachen Gewissenskonflikte			X	