

Mutterschaft ethisch und politisch betrachtet

Christine Gudorf

## Die Freie Entscheidung der Frau für die Mutterschaft

Anfang einer kulturübergreifenden Behandlung des Themas

Da eine umfassende, Kulturen übergreifende Auseinandersetzung mit dem Problem der Entscheidungsfreiheit der Frau hinsichtlich ihrer Mutterschaft im Rahmen eines Einzelbeitrages unmöglich ist, möchte ich meine Aufmerksamkeit auf drei offenkundige Formen der Behinderung der Entscheidungsfreiheit konzentrieren: die grundsätzliche Verweigerung der Entscheidungsfreiheit der Frau hinsichtlich ihrer Heirat und Ehe; die Aberkennung einer freien Entscheidung für den sexuellen Verkehr inner- und außerhalb der Ehe; und der soziale Druck für die Geburtenkontrolle oder beim Fehlen von Geburtenkontrolle und Kinderfürsorge. Die meisten Gesellschaften erleben heute einen Wandel in einem oder mehreren dieser Bereiche.

In islamischen Gesellschaften, die heute 17% der Weltbevölkerung ausmachen, betreffen die größten Spannungen zwischen islamischem Gesetz und Modernisierung speziell die Rolle der Frau und die Familie, namentlich die Frage (1) nach Einschränkung bzw. Verbot der Polygamie (so in Turkestan und Tunesien)<sup>1</sup> und der Kinder-ehe, die beide nach traditionellem islamischem Gesetz erlaubt sind, und (2) die Gewährung grö-

ößerer Rechte für die Frau, so etwa was die Abschaffung des Schleiers oder die Möglichkeit der Scheidung betrifft<sup>2</sup>. Frühehen, die von den Vätern abgeschlossen werden, mit einem Bräutigam, den die Braut oft bis zur Zeremonie des Eheschlusses noch nie zu Gesicht bekommen hat, sowie die erschwerte Möglichkeit der Empfängnisverhütung, der Sterilisation und der Abtreibung gelten in islamischen Gesellschaften heute noch oft als das Normale und Gesetzmäßige, obwohl arme Frauen wie überall in den Entwicklungsländern oft durch Entwicklungsprogramme der Regierungen gedrängt werden, zu Verhütungsmitteln zu greifen oder sich sterilisieren zu lassen. Solange die Unterordnung und der Gehorsam der Frau dem Ehemann gegenüber und die im Koran verlangte Fruchtbarkeit der Frau als verbindlich betrachtet werden<sup>3</sup>, ist schon der Gedanke, daß Frauen ein Mitspracherecht im ehelichen Verkehr haben könnten, unvorstellbar; Vergewaltigung gehört vom Wort-sinn her in außereheliche Situationen; sexueller Verkehr außerhalb der Ehe kann — aufgrund bürgerlicher wie religiöser Gesetzgebung — Folgen haben, die ernst sind, wie lebenslängliche gesellschaftliche Isolierung<sup>4</sup>. Die Mehrzahl der Frauen versieht keine Tätigkeit außerhalb des Hauses; die Regelung der Fürsorge für die Kinder ist praktisch beschränkt auf einige formlose Übereinkünfte; und praktisch sind es die Frauen, die die gesamte Versorgung und Betreuung der Kinder in der Hand haben.

In der Sowjetunion variieren die Verhaltensmuster stark zwischen europäischen Frauen (russischen, weißrussischen, georgischen, ukrainischen und baltischen) und nicht europäischen, speziell den muslimischen Frauen der zentralasiatischen Sowjetrepubliken. Die Frauen im europäischen Teil der Sowjetunion sind viel stärker beeinflusst durch die jahrzehntelange Politik der Regierung, die auf eine Emanzipation der Frau (vom Standpunkt des Mannes aus gesehen) durch Beteiligung an der Produktion hinzielt<sup>5</sup>. Der Anteil der Frauen an der Zahl der Werk-tätigen beträgt 51% (= 53% der Bevölkerung)<sup>6</sup>. Haushalt und Fürsorge für die Kinder, die laut den Versprechungen der frühen kommunistischen Politiker vergesellschaftet werden sollten, bleiben meistens nach wie vor ausschließlich Aufgabe der werktätigen Frauen, deren durchschnittliche Arbeitsbelastung damit 15–20% höher liegt als die der Männer<sup>7</sup>.

Das wiederum beeinflusst die Geburtenrate in einem Maße, daß die Sowjetregierung heute die Frauen auffordert, wieder mehr Kinder in die Welt zu setzen, damit nicht die höheren Geburtenziffern zu einem Übergewicht der weniger entwickelten Gebiete führen. Derzeit schwanken die sowjetischen Geburtenraten zwischen 3,1 und 3,3%; verglichen damit beträgt die Geburtenrate in Tadschikistan 6,6%, wobei der Anteil der verheirateten Frauen mit sieben oder mehr als sieben Kindern 26,1% ausmacht. Die nichteuropäischen Frauen heiraten überdies jünger, meist einen von den Eltern gewählten Mann, und arbeiten nur selten außerhalb des Hauses.

Empfängnisverhütende Mittel sind heute, gleich allen Konsumgütern generell, in der ganzen Sowjetunion schwer zu bekommen, speziell außerhalb der Städte; aber gesetzlich erlaubte Abtreibungen werden zu sehr niedrigen Kosten vorgenommen und bilden die verbreitetste Form der Geburtenkontrolle<sup>8</sup>.

Um die Größe ihrer Familien unter Kontrolle zu halten, sind die sowjetischen Frauen bereit, mehrere Abtreibungen über sich ergehen zu lassen, ungeachtet der Teilnahmslosigkeit des Klinikpersonals und des Fehlens oder nicht ausreichenden Einsatzes von Anästhesie. Die Regierung zahlt der Mutter 50 Rubel für das erste Kind und 100 Rubel für das zweite oder dritte und gibt Jungvermählten sowie Ehepaaren mit Kindern einen Vorzug bei der Wohnungsbeschaffung<sup>9</sup>.

In Afrika gibt es unter den Kulturen eine große Vielfalt von Möglichkeiten, die für die Frau zur Verfügung stehen. Konkret findet man in Ost-, West- und Zentralafrika, ebenso wie in den islamischen Ländern des Mittleren Ostens, ja in Afrika und Asien generell, in Brasilien, Ost-Mexiko, Peru und unter den australischen Ureinwohnern verschiedene Methoden der Verstümmelung an den weiblichen Genitalien. So wird die Klitoridektomie in Syrien durch Einreiben der Klitoris beim neugeborenen Mädchen mit gemahlenem Pfeffer praktiziert, bis sie verschwindet<sup>10</sup>. Bei den Nandi in Kenia beginnen die weiblichen Pubertätsriten mit dem zehnten Lebensjahr für solche Mädchen, die man vorher ohne sexuellen Verkehr zusammen mit Jungen hat schlafen lassen. Nun wird ihre Virginität geprüft, deren Verlust unter Umständen durch Tötung mit dem Speer geahndet wird. Mit 14 Jahren etwa wird nach zeremoniellen Tänzen und der Feier der Geschlechtsreife bei den Mäd-

chen die Klitoris von älteren Frauen chirurgisch entfernt<sup>11</sup>.

In Sierra Leone organisieren die Frauengemeinschaften große Zeremonien um die Klitoridektomie der Mädchen<sup>12</sup>. Bei den Massai und Akamba in Ostafrika schließt der Pubertätsritus der Mädchen die Entfernung eines Teils der Klitoris ein (unter den Massai-Jungen gelten die gemeinsam in den Pubertätsriten Beschnittenen als so stark miteinander verbunden, daß ihre Frauen unter ihnen ausgetauscht werden können<sup>13</sup>). Wenn man im Sudan ein Mädchen «ghalfa» nennt (das heißt eine, die ihre Klitoris noch hat) so ist das eine Beschimpfung in dem Sinne, daß es ihre Heiratsfähigkeit in Frage stellt<sup>14</sup>. Infibulation der Geschlechtsorgane, Entfernung der Klitoris, der kleinen und vor allem der großen Schamlippen mit einer Vernähung der Überreste, wobei nur eine schmale Öffnung belassen wird für Urin und Menstruationsblut, findet man in manchen afrikanischen Nationen<sup>15</sup>. Die Klitoridektomie erfüllt die Normen der Ehefähigkeit und -eignung, und man glaubt, sie schütze den Mann vor gefährlicher Berührung mit der Klitoris und gewährleiste dadurch, daß der Frau die Fähigkeit zum Orgasmus genommen sei, ihre Jungfräulichkeit vor und ihre Treue während der Ehe. Die Verschließung der Geschlechtsorgane läßt jeden sexuellen Verkehr «jungfrauenhaft» werden, das heißt *Gewebe aufreißend* und *eng* umschließend, zur Steigerung der Lust des Mannes. In polygamen Kulturen dienen die strengeren Formen der genitalen Verstümmelung zur Förderung der Bindungen unter den Frauen des Haushalts und nicht so sehr mit dem Ehemann. Es gibt an die 30 Millionen heute lebende Frauen, die Verstümmelungen ihrer Geschlechtsorgane über sich ergehen lassen haben<sup>16</sup>.

In vielen Gebieten Afrikas betreiben die Frauen auf dem Land eine reine Subsistenzwirtschaft und ziehen mehr oder weniger allein ihre Kinder groß, während die Männer in die Städte gehen als Arbeiter. Die Apartheid in Südafrika, soweit sie die Eingeborenen der unfruchtbaren Homelands betrifft, in denen es keine Arbeit gibt, erfordert, daß die afrikanischen Arbeiter, die zur Arbeit in die Stadt gehen, ihre Familien zurücklassen. Der Augenschein in Afrika zeigt, daß Mängel in der Ernährung bei den Müttern ihr Wachstum beeinträchtigen und damit erhebliche Risiken für sie bei der Geburt ihrer Kinder

mit sich bringen. Gesundheitsprogramme für Mutter und Kind richten ihre Aufmerksamkeit auf das Kind und seine Gesundheit und vernachlässigen die Mutter<sup>17</sup>. In einigen afrikanischen Gesellschaften werden Schwierigkeiten bei der Arbeit als Evidenzbeweis für Ehebruch angesehen, der ein *Bekanntnis* erfordert<sup>18</sup>.

Viele Gesellschaften von Entwicklungsländern sind in die moderne Praxis der Empfängnisverhütung eingeführt worden durch Entwicklungsprogramme. Unglücklicherweise gewinnen dadurch die Frauen nur eine geringe Entscheidungsfreiheit. Indonesien zum Beispiel hat einen Erfolgsbericht über eine weite Verbreitung von Verhütungspraktiken mit Hilfe eines in zwei Schritten verlaufenen Prozesses vorgelegt: (1) die Heranziehung der Hierarchie des Mannes in bis zur Dorfebene hinabsteigenden Stufen zum Einsatz ihrer Autorität, um die ihnen Untergebenen zur Annahme der Empfängnisverhütung zu drängen; (2) die Belohnung der willfährigen Familien durch Kredite, Ausbildung und öffentliche Auszeichnungen<sup>19</sup>. Kenias mißlungenes Programm der Geburtenkontrolle wurde allgemein als durch demographische Interessen der Weißen motiviert betrachtet und nicht durch das Engagement für die Gesundheit von Frauen und Kindern. Für den Gebrauch der Pille brauchte das kenianische Programm eine medizinische Infrastruktur, über die das Land nicht verfügte. Die Frauen in Kenia hätten vielleicht eine nicht erzwungene Empfängnisverhütung akzeptiert, die in Programme zur Förderung der Gesundheit von Mutter und Kind integriert gewesen wäre, da die armen Frauen vom Land mit einer hohen Kindersterblichkeit und Schwierigkeiten bei der Entbindung zu kämpfen haben, sowie mit den Problemen einer nicht hinreichenden Ernährung der Kinder in einer landwirtschaftlichen Subsistenzwirtschaft, während die Männer zur Arbeit in die Stadt ziehen.

In Lateinamerika entscheiden die Frauen im allgemeinen selbst, ob und wen sie heiraten wollen, obwohl unter den Eingeborenenvölkern bisweilen auch noch die von den Eltern abgesprochenen Ehen zu finden sind. Man betrachtet die Frauen als dazu bestimmt, Mütter zu werden, und um ihrer Mutterschaft willen genießen sie allgemeine Achtung. Die junge Generation wählt häufig eine Schwangerschaft als Mittel, um die Zustimmung der Eltern zu einer Heirat zu erzwingen, ungeachtet der Verurteilung des vor-

ehelichen Geschlechtsverkehrs durch die Kirche. Oft schlagen Männer ihre Frauen, vor allem, wenn sie betrunken sind, und verteidigen diese Praxis in der Öffentlichkeit<sup>20</sup>. Was den ehelichen Geschlechtsverkehr anbetrifft, haben die Frauen nur wenig Entscheidungsfreiheit. Abtreibung ist in zwei Dritteln der lateinamerikanischen Länder verboten, wobei illegale Abtreibungen in den Ländern, in denen Abtreibung verboten ist<sup>21</sup>, über 20% Todesfälle unter den abtreibenden Müttern verursachen. Sterilisation ist in lateinamerikanischen Ländern wie Peru ungesetzlich, obwohl andererseits Kolumbien das Land mit der stärksten Tendenz zur Sterilisation auf der Welt ist und wir in El Salvador einen ganz ähnlichen Trend erleben. In Brasilien, wo die Sterilisation gleichfalls illegal ist, unterziehen sich die Frauen häufig einem sachlich unnötigen Kaiserschnitt, um dabei ganz diskret eine Tubektomie vornehmen zu lassen.

Zeitlich begrenzt wirksame Verhütungsmittel sind in den meisten lateinamerikanischen Ländern gestattet und werden den Armen zu niedrigen Preisen verabfolgt. Solche Versorgungen sind wie auch andernorts häufig mit «Anreizen» und «Hemmungen» gekoppelt, sowohl für die armen Frauen als auch für die Amtspersonen, die hohe Quoten von Sterilisierten oder mit Intrauterinpressaren oder Pillen versorgten Frauen zusammenfälschen. Vielen so versorgten Frauen fehlt die anschließende medizinische Betreuung; sie leiden, ohne daß ärztliche Hilfe vorhanden wäre, unter den Folgen der Pillen und Pessare. Andere berichten, man habe ihnen nie gesagt, daß eine Sterilisation bleibende Wirkung habe.

In Peru beträgt die Geburtenrate 4,6 Kinder pro Frau; 80% der Frauen im empfängnisfähigen Alter wollen beim ehelichen Verkehr keine weitere Schwangerschaft; 60% der Frauen über 35 mit drei oder mehr Kindern haben ihre letzte Schwangerschaft nicht gewollt. Zwanzig Prozent der Frauen werden von ihren Ehemännern oder Lebensgefährten geschlagen. 41% der Frauen bedienen sich beim Geschlechtsverkehr verschiedener Verfahren der Verhütung: 24% der traditionellen Methoden (Beobachtung des Zyklus, Spülungen, Anwendung von Kräutern und Entzug), 17% moderner Methoden. Peru ist das einzige Land in Lateinamerika, Peru, Haiti, Mauretanien, die Philippinen, Südkorea und Sri Lanka sind die einzigen Länder auf der Erde, in denen 5% der Bevölkerung oder mehr die Methode der

Zyklus-Beobachtung anwenden, obwohl dies die einzige Form der Geburtenkontrolle ist, die die katholische Kirche anerkennt<sup>22</sup>. Im Verlauf des Jahres 1988 brachte die peruanische Bischofskonferenz einen Gesetzentwurf zu Fall, der dem Unterhaus vorlag, durch den Frauen mit drei oder mehr Kindern bei Zustimmung des Ehegatten die Sterilisation erlaubt sein sollte. Das peruanische Gesetz verlangt von den Arbeitgebern bezahlten Mutterschaftsurlaub für die Frauen. Aber wie in vielen Entwicklungsländern arbeiten auch hier die Frauen im Bereich der unregelmäßigen Arbeit ohne Arbeitgeber.

Aus den Kreisen der Armen in Lateinamerika wie in anderen Ländern berichten die Frauen von einer Gegnerschaft ihrer männlichen Partner gegen den Gebrauch von Verhütungsmitteln. Die Opposition vonseiten der Männer ist da am schärfsten, wo die Frauen (nicht die Männer) die Hauptlast der Kinderaufzucht tragen. Ihres Stolzes als Ernährer der Familie beraubt, sind sie nicht bereit, jene andere traditionelle Art der Demonstration ihrer Männlichkeit aufzugeben. Mangel an Arbeitsmöglichkeiten ist ein anderes soziales Hauptproblem, das Männer veranlaßt, Frauen und Kinder zu verlassen. Von 1981-1984 betrug die Sterberate der Mütter in Peru auf 100000 Geburten 314, verglichen mit 55 in Chile und 33 in Kuba, dagegen 5 in Holland und 4 in der Schweiz. In Peru erhalten weniger als 22% der schwangeren Frauen eine vorgeburtliche Versorgung; 70% der Kinder werden ohne ärztliche Hilfe geboren, und 33,3% der schwangeren Frauen leiden unter ernährungsbedingter Anämie<sup>23</sup>. Die Kindersterblichkeit variiert stark zwischen Stadt und Land. Die Gesamtrate beträgt für Peru 88 auf 1000 Geburten, aber in den ländlichen Gebieten der Anden bis 270 auf 1000 Geburten.

In China gibt es seit der umfassenden neuen Ehegesetzgebung von 1950 keine von den Eltern geschlossenen Ehen mehr, und die Frau hat das Recht, sich scheiden zu lassen<sup>24</sup>. Das Recht der Frau auf Verweigerung des Geschlechtsverkehrs ist nicht klar. Sexueller Verkehr außerhalb der Ehe wird schärfstens mißbilligt, vor allem außerehelicher Verkehr ohne Verhütungsmittel. Der umstrittenste Aspekt des Themas der Mutterschaft in China ist heutzutage die Politik der Geburtenbeschränkung. Indem sie stark darauf drängt, daß nicht zu früh geheiratet wird, daß Verhütungsmittel benutzt oder Schwanger-

schaftsunterbrechung vorgenommen wird, sucht die Regierung die Geburtenzahl auf ein Kind je Familie zu beschränken. Ein-Kind-Familien genießen Kinderfürsorge, ärztliche Versorgung und Ausbildung, bevorzugte Wohnungszuteilung und Gewährung von Privatland, dazu eine Erwachsenenenteilung von Getreide für das Kind. Familien mit zwei Kindern verlieren diese Vorrechte und erfahren andere Diskriminierungen. Es hat einige Fälle von Zwangsabtreibungen gegeben, gerade im letztvergangenen Trimester, vor allem bei Drittkindern<sup>25</sup>. Stark gestiegen ist auch die Kindstötung, selbst bei Erstkindern, wenn sie weiblichen Geschlechts sind. Bei der Einführung der neuen Bevölkerungspolitik 1979-81 ist der Prozentsatz der Mädchen-Geburten von 48,4 auf 41,8% gesunken. Seit 1984 ist vor allem in den ländlichen Gebieten, in denen die Opposition am stärksten war, eine gewisse Laxheit zu beobachten. Jetzt werden Bauernfamilien nicht selten zwei Kinder gestattet. Wiederverheirateten Paaren wird ein Kind gestattet, selbst wenn sie in der vorhergehenden Ehe bereits Eltern waren. Bisweilen wird auch dann ein zweites Kind gestattet, wenn das erste ein Mädchen oder behindert ist. Es gibt nur wenig genaue Untersuchungen über die Verteilung der Arbeitslast auf Frauen und Männer, obwohl viele Frauen außerhalb des Hauses arbeiten. Es gibt eine öffentliche Kinderfürsorge, aber die Sorge für das Kind daheim und der Haushalt bleiben immer noch Pflicht der Frau.

Unter den Hindu Indiens und Bangladeschs besteht für die Frau kaum eine Entscheidungsfreiheit hinsichtlich der Mutterschaft. Von den Eltern festgesetzte Ehen und schon mit zwanzig Jahren eine ansehnliche Zahl von Kindern sind heute noch allgemein üblich. Der Einfluß der religiös fundierten ethischen Vorschriften, wie etwa das *Manu*, das verlangt, daß die Frauen gehorsam und treu zu sein haben, auch wenn ihre Ehegatten mißgestaltet, untreu, trunksüchtig, verkommen und grausam sind, ist nach wie vor stark<sup>26</sup>. Die Frauen haben in der Ehe nur wenig Rechte, vor allem was den sexuellen Verkehr anbetrifft. Im Himalayabereich gilt die Frau als sexuell jederzeit verfügbar für den Ehemann und dessen Brüder<sup>27</sup>. Die Geburt von Söhnen ist für die Frau der hauptsächliche Weg, Status und Achtung zu gewinnen. Schwiegermütter und nicht die Ehefrauen regieren den Haushalt. In Indien liest man in den letzten Jahren in den Zei-

tungen Berichte von Ehemännern und Schwiegermüttern, die die Ehefrauen töteten, um die Mitgift einer zweiten Frau zu bekommen.

Indien sowie auch Bangladesch berichten von massiven Mißbräuchen bei der zwangsweise durchgeführten Sterilisation unter den Armen. In Indien sind in den vergangenen Jahren ganze Gruppen von Männern — bisweilen sämtliche Männer eines Dorfes — von Polizei und Militär zusammengetrieben worden zu einer zwangsweise vorgenommenen Vasektomie. Die von Indira Gandis Regierung 1977 eingeführte zwangsweise Sterilisation ist nach wie vor allgemein verbreitet, obwohl seit 1978 die Regierungspolitik sich auf die Sterilisation der Frauen umgestellt hat, weil sie politisch weniger Aufsehen erregt. So geschehen heute 80% der Sterilisationen durch Tubektomie, eine Operation, die wesentlich gewagter ist als die Vasektomie. 70% der Sterilisationen werden in Lagern durchgeführt unter erschreckend unsterilen Bedingungen mit keiner oder nur einer sehr oberflächlichen Nachbehandlung. Nur Bevorzugten wird die Möglichkeit des Gebrauchs von intrauterinen Pessaren geboten; die Armen betrachtet man als zu unwissend, mit mehr als einer Sterilisation fertig zu werden. Für die Sterilisation werden einem Mann 15 Dollar, einer Frau 22 Dollar ausbezahlt.

1983 startete in Bangladesch die Armee im Norden des Landes eine Kampagne für die zwangsweise Sterilisation. Innerhalb weniger Wochen trieb sie über 500 Frauen aus den armen Schichten zusammen und sterilisierte sie gegen ihren Willen<sup>28</sup>. 1984 bot man im Gefolge der Überschwemmungskatastrophe den Frauen Lebensmittelhilfe an, aber nur wenn sie sterilisiert waren, gleich ob sie jung und kinderlos waren oder nicht. Die Zahl der Sterilisationen stieg sprunghaft während der Monate der Überschwemmung: Juli bis Oktober 1984 waren es 257.000, 25% der Gesamtzahl der vorhergehenden 10 Jahre von 1972–1982. 34% des Personenkreises, der Empfängnisverhütung betreibt in Bangladesch, sind sterilisiert. Die Regierung plant, den Prozentsatz bis 1990 auf 41% zu erhöhen<sup>29</sup>. Alle Sterilisierten erhalten 157 Taka (mehrere Wochenlöhne) und einen neuen Sari. Die Zahl der Sterilisationen steigt gewaltig in den mageren Herbstmonaten vor der Reisernte. Kritiker des Sterilisationsprogramms berichten von einem erschreckenden Mangel an Hygiene

in den Zentren, und in 40% der Zentren soll jegliche angemessene Information der Patienten über die bleibende Wirkung des Eingriffes fehlen. Eine Erhebung bei 950 sterilisierten Personen ergab folgendes: Mehr als ein Drittel der Frauen brauchte 45 Tage und mehr, ehe sie zu ihrer Arbeit zurückkehren konnten; 80% mußten sich nach dem Eingriff irgendeiner ärztlichen Behandlung unterziehen, für die sie selbst zu zahlen hatten. Ein Drittel der Frauen erklärte, die Sterilisation sei die einzige Form der Empfängnisverhütung, über die sie informiert worden seien.

In den Vereinigten Staaten von Amerika und in den übrigen auf der Höhe der Entwicklung stehenden Ländern generell entscheidet die Frau, wann und ob sie heiraten will, oder ob sie Geschlechtsverkehr außerhalb der Ehe betreiben will. In der Ehe haben viele Frauen dieses Recht nicht; nur die Hälfte der Bundesländer der Vereinigten Staaten kennt den strafrechtlichen Tatbestand der Vergewaltigung in der Ehe. Die Vereinigten Staaten gehören zu den Ländern mit der größten Häufigkeit von Vergewaltigungen; nach derzeit gültigen Erhebungen sind 25% aller Frauen in ihrem Leben vergewaltigt worden<sup>30</sup>. Die Möglichkeit einer Empfängnisverhütung beziehungsweise einer Schwangerschaftsunterbrechung hängt von der persönlichen wirtschaftlichen Lage ab. Eine Abtreibung ist legal, unterliegt bestimmten Regeln, ist aber relativ kostspielig. Alle von der Food and Drug Administration (Behörde für Nahrungs- und Arzneimittel) geprüften und zugelassenen Formen der Empfängnisverhütung sind verfügbar, obwohl manche in Europa verfügbaren Mittel (z.B. RU 486) langen Prüfungsvorgängen unterzogen werden. Die Krankenversicherung für Wohlfahrtsempfänger bezahlt keine Abtreibung, obwohl sie 90% der Sterilisationskosten und praktisch alle Kosten für andere Verhütungsformen deckt. Diejenigen Armen, die nicht die Voraussetzungen für den Genuß von Wohlfahrtsprogrammen erfüllen, können sich oft manche Arten der Empfängnisverhütung nicht leisten. In den USA bedürfen wirksame, selbst zu zahlende Verhütungsmittel entweder eines Rezeptes oder einer Anwendungsbescheinigung (für Scheidendiaphragma, Portiokappe oder Intrauterinpessar) mit entsprechendem ärztlichen Honorar.

Über die Hälfte der Frauen in den USA arbeitet außerhalb des eigenen Hauses, zumeist aus

wirtschaftlichen Gründen. Im Unterschied zu den anderen hoch entwickelten Ländern wie Frankreich, Schweden, Ungarn, der Deutschen Demokratischen Republik und der Bundesrepublik Deutschland kennen die USA keinen bezahlten Mutterschaftsurlaub oder irgendeine Art von Ausgleich für den Ausfall an Familieneinkommen für die gesamte Zeitspanne der Kindererziehung<sup>31</sup>. Die genannten anderen Länder haben umfassende staatliche Hilfeleistungen für die Kinderfürsorge. Die Vereinigten Staaten kennen nur eine private Kinderfürsorge, die ohne staatliche Hilfe auskommen muß und sehr kostspielig ist. Die Hälfte aller Ehen in den USA endet mit Scheidung, wobei üblicherweise die Kinder unter die Obhut der Frau kommen. In den meisten Fällen führt die Scheidung zu einer Verarmung der Frau. Über zwei Drittel der alleinerziehenden Mütter erhalten entweder keine Unterhaltskosten für die Kinder oder weniger, als ihnen zugesprochen war<sup>32</sup>. Da die Väter sich wenig um die Betreuung der Kinder oder um die häusliche Arbeit kümmern, arbeiten die berufstätigen Frauen im Durchschnitt 76 Stunden in der Woche, während die Männer durchschnittlich zwischen 40,3 und 42,7 Stunden in der Woche arbeiten<sup>33</sup>.

Den armen weißen, vor allem den spanischen Frauen in den USA werden häufig beim Krankenhausaufenthalt Formen der Sterilisation angeboten, die ihrer formellen Zustimmung bedürfen. Diese Sterilisation erfolgt in der Form der Hysterektomie, die fünfzehn- bis zwanzigmal gefährlicher ist als Tubektomie. Man hat dieses Verfahren als demographische Notwendigkeit verteidigt, die besagt, daß diese Eingriffe von den am Ort niedergelassenen Ärzten und den Krankenhausärzten in den normalen Kliniken vorgenommen werden müssen. 1976 hat das General Accounting Office (Rechnungshof) der

Vereinigten Staaten enthüllt, daß der aus Bundesmitteln finanzierte Indian Health Service (Gesundheitsdienst für die Indianerbevolkerung) innerhalb von vier Jahren 3000 Frauen der Eingeborenenbevölkerung sterilisiert hat aufgrund von Zustimmungsf formularen, die «nicht in Übereinstimmung» standen mit den einschlägigen Verfügungen<sup>34</sup>.

Unsre Welt ist weit davon entfernt, auch nur einem Minimum von Bedingungen für eine Ethik der Mutterschaft zu entsprechen. Frauen werden in die Ehe gegeben und genommen, mit Gewalt ergriffen für Notzucht und Körperverletzung; sie werden verstümmelt und sterilisiert als Spielball der Politik, und man weist ihnen mehr Arbeit zu als den Männern. Die Mindestkriterien für eine Ethik der Mutterschaft müßten folgende Punkte einschließen: 1) Die Achtung der Rechte der Frau, in ihrem Leben Entscheidungen zu treffen über Ehe, Geschlechtsverkehr, Arbeit und Empfängnisverhütung. 2) Die Öffnung der Rolle der Frau für Alternativen, die Mutterschaft und Kinderfürsorge einschließen, aber nicht fordern. 3) Achtung vor der Frau, ihrem Körper, der Selbstkontrolle über ihren Körper und vor dem sexuellen Leben als auf Gegenseitigkeit und nicht auf Beherrschung durch den Mann beruhend. 4) Die Anerkennung gleicher Verantwortung für die Kinder, den Haushalt und den Unterhalt der Kinder — von seiten des Mannes. 5) Soziale Hilfe für die Mutter: bezahlter Mutterschaftsurlaub, gute, erschwingliche Kindertagesstätten. 6) Offener und nicht erzwungener Zugang aller Frauen zu verschiedenen und verschiedenartigen, sicheren und wirksamen Mitteln der Empfängnisverhütung. 7) Soziales Engagement für eine Senkung und einen Ausgleich der Sterblichkeitsrate von Müttern und Kindern durch Bekämpfung der Armut, die Mütter und Kinder am meisten trifft.

<sup>1</sup> Jane I. Smith, *Islam: Women and World Religions*, hg. von Arvind Sharma (State University of New York Press, Albany 1987) 237.

<sup>2</sup> John J. Donohue/John L. Esposito (Hgg.) *Islam in Transition: Muslim Perspectives* (New York Oxford 1982) 200.

<sup>3</sup> Denise L. Carmody, *Women and World Religions* (Prentice-Hall, Englewood Cliffs, Jersey 1989) 196.

<sup>4</sup> AaO. 192.

<sup>5</sup> Marilyn Ruesh Meyer, *Professional Work and Marriage: An East West Comparison* (Macmillan, Hong Kong 1981) 116.

<sup>6</sup> Jo Peers, *Workers by Hand and Womb — Soviet Wo-*

*men and the demographic crisis*. In: *Soviet Sisterhood*, hg. von Barbara Holland (Indiana University Press, Bloomington, 1985) 117.

<sup>7</sup> Maggie McAndrew, *Soviet Women's Magazines*. In: *Soviet Sisterhood*, 112.

<sup>8</sup> AaO. 134.

<sup>9</sup> Mary Buckley, *Soviet Interpretations of Women Question*. In: *Soviet Sisterhood*, 48.

<sup>10</sup> W. Ohm, *Female Circumcision: Sexology today*, Juni 1980, 21-25.

<sup>11</sup> John Mbiti, *African Religions and Philosophy* (Praeger, New York 1969) 166-171.

<sup>12</sup> Carmody, 29-30.

- <sup>13</sup> AaO. 159-166.
- <sup>14</sup> Robert Crooks/Karla Baur, *Our Sexuality* (Benjamin Cummings, Indianapolis, 1983) 660.
- <sup>15</sup> R.H.O. Banerman, *Integrating Traditional and Modern Health-Systems: Advances in Maternal and Child Health*, Bd. 2, hg. von D.B. Jelliffe and E.F.P. Jelliffe (Oxford University Press, Oxford 1982) 38.
- <sup>16</sup> C. Brisset, *Female Mutilation: Cautious Forum on Damaging Practices: The Guardian*, März 1979, 18.
- <sup>17</sup> Deborah Howard, *Aspects of Maternal Morbidity. The Experience of less Developed Countries: Advances in Maternal and Child Health*, Bd. 7, hg. von D.B. Jelliffe and E.P.E. Jelliffe, (Clarendon Press, Oxford 1987) 2.
- <sup>18</sup> AaO. 4.
- <sup>19</sup> Betsy Hartman, *Reproductive Rights and Wrongs: The global Politics of Population Control and Reproductive Choice* (Harper and Row, New York 1987) 74-83.
- <sup>20</sup> Lourdes Arizpe/Josefina Aranda, *Women Workers in the Strawberry Agribusiness in Mexico*. In: *Women's Work*, hg. von Eleanor Leacock und Helen I. Safa (Bergin and Gervy, South Hadley, 1986) 185.
- <sup>21</sup> AaO. 245.
- <sup>22</sup> El Movimiento Feminista «Mortalidad Materna Es Evitable»: Flugschrift für den Día Internacional de Acción por la Salud de la Mujer (Internationaler Aktionstag für das Wohl der Frau), 28. Mai 1988, 6.
- <sup>23</sup> AaO. 5-8.
- <sup>24</sup> Carmody, 112.
- <sup>25</sup> Hartman, 152.
- <sup>26</sup> AaO. 51.
- <sup>27</sup> Gerald D. Berreman, *Hindus of the Himalayas* (University of California Press, Berkeley 1974) 171-172.
- <sup>28</sup> Hartman, 217.
- <sup>29</sup> AaO. 214.
- <sup>30</sup> Mary Pellauer, *Moral Callousness and Moral Sensitivity*. In: *Women's Consciousness, Women's Conscience*, hg. von Barbara Andolsen, Christine Gudorf und Mary Pellauer (Harper and Row, New York 1987) 38-39.
- <sup>31</sup> Sheila B. Kamerman and Alfred J. Kahn, *Child Care. Family Benefits and Working Parents: A Study in Comparative Policy* (Columbia University Press, New York 1981).
- <sup>32</sup> Andrew Cherlin, *Marriage, Divorce, Remarriage* (Harvard University Press, Cambridge 1983) 87-88.
- <sup>33</sup> Barbara Andolsen, *A Woman's Work Is Never Done*. In: *Woman's Consciousness* 5.
- <sup>34</sup> Hartman, 240-241.

Aus dem Englischen übersetzt von Karlhermann Bergner

### CHRISTINE GUDORF

Ph. D. der Columbia University (in einem gemeinsamen Studienprogramm mit dem Union Theological Seminary). Derzeit Professorin für Ethik am Theology Department der Xavier University in Cincinnati, Ohio, USA. Katholische Christin, verheiratet und Mutter dreier Söhne. Veröffentlichungen: *Catholic Social Teaching on Liberation Themes* (Diss., University Press of America, Washington 1980); außerdem hat sie einige Bücher herausgegeben und Beiträge über feministische Ethik, kasuistische Methode in der Ethik, Befreiungstheologie und Sexualethik in theologischen Zeitschriften veröffentlicht. Anschrift: Prof. Dr. Christine E. Gudorf, Xavier University, Dept. of Theology, 3800 Victory Parkway, Cincinnati, Ohio 45207, USA.