

»Die medizinischen Gründe sind,
wie Sie alle wissen, höchst subjektiv«.
Schwangerschaftsabbruch, Ärzte und
der Prozess des *Nation-Building* in Israel¹

Im heutigen Israel existieren ambivalente Vorstellungen über den Schwangerschaftsabbruch. Einerseits bemüht sich das Land, westlich und modern zu werden. So gründen die meisten der verfassungsähnlichen »Grundrechte« auf westlichen Freiheitsvorstellungen und Bürgerrechtstraditionen. Andererseits haben in Israel, wo über 20 Prozent der Bevölkerung ultra-orthodoxe Juden und weitere 20 Prozent Araber (vorwiegend Muslime und einige Christen) sind, die jeweiligen religiösen Autoritäten in zentralen Bereichen des Privatlebens wie Heirat, Scheidung und Begräbnis die alleinige Definitionsmacht. Schwangerschaftsabbruch ist gesetzlich verboten, wenn er nicht von einem speziellen Regierungskomitee genehmigt wird. Doch laut dem zentralen Statistikbüro wurden in Israel zwischen 1990 und 1995 von den 100.208 Anträgen auf Schwangerschaftsabbruch 95 Prozent genehmigt. 90 Prozent der Antragstellerinnen ließen den Eingriff tatsächlich durchführen.²

In diesem Artikel argumentieren wir, dass sowohl das in der Öffentlichkeit sichtbare rechtliche Verbot, als auch die sich im Stillen vollziehende institutionelle Erlaubnis von den komplexen Vorstellungen geprägt sind, die in der israelischen Gesellschaft über Fruchtbarkeit, Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch vorherrschen. Das Abtreibungsverbot ist nicht nur religiösen, sondern auch verschiedenen anderen gesellschaftlichen Faktoren zuzuschreiben, welche die Einstellung der Israelis prägen. Wir zeigen, dass diese Faktoren das Resultat einer Vielzahl von Ideologien und Philosophien sind, welche die zionistische Kolonisation Palästinas in den 1920er und 1930er Jahren beeinflussten. Konzepte wie Nationalismus, Zionismus, Sozialismus, Eugenik, Feminismus, soziale Gerechtigkeit und öffentliche Gesundheitspflege (das heißt ein jedermann zugängliches Gesundheitssystem)

wurden alle im Schmelztiegel des *Nation-Building* (das wiederum eine dieser Ideologien war) vermischt. Das Resultat war ein formelles Abtreibungsverbot und eine einzigartige gesellschaftliche Lösung für dessen Umsetzung.³

In einer weit verbreiteten hebräischen Redewendung werden die Israelis als Menschen bezeichnet, die »schießen und weinen«. Dies weist auf einen weiteren Widerspruch in der israelischen Kultur hin: Die Israelis sehen sich als friedliebende Nation, die nicht umhin kommt, um ihr Leben zu kämpfen. Während sie gezwungenermaßen schießen, weinen sie gleichzeitig darüber. Vielleicht erklärt diese Metapher am besten die Widersprüchlichkeiten des Schwangerschaftsabbruchs – die Frauen treiben ab und weinen.

Warum sollen sie weinen? Weil Schwangerschaftsabbruch in der israelischen Kultur als dem Prozess des *Nation-Building* und seinem Ziel – der Erschaffung (oder, wie einige es sahen, der Wiedererschaffung) einer großen und gesunden Nation – diametral entgegengesetzt betrachtet wurde. So wurde befürchtet, dass Abtreibungen die Geburtenrate negativ beeinflussen könnten, doch von einem eugenischen Standpunkt aus betrachtet, hätten sie auch ein nützliches Mittel sein können, um die »Qualität« der Nation zu verbessern. Das »echte/richtige« (*proper*) israelische Kind – mit gesundem Geist und gesundem Körper – war nicht einfach das Resultat einer sorgfältigen physischen und psychologischen Behandlung, sondern auch das Ergebnis umsichtiger Fortpflanzung.⁴ Für diejenigen, welche sich selbst zu einem Kollektiv zählten, das fähig war, solchen Nachwuchs hervorzubringen, waren nur die eigenen Kinder gesellschaftlich akzeptabel. Diese Menschen nannten ihre neuen Städte und Dörfer »die Yishuv« und bezeichneten sich selbst als Leute aus den Yishuv – und die Bezeichnung »Leute aus den Yishuv« implizierte gleichzeitig ein bestimmtes Verhalten, das von solchen Leuten erwartet wurde. Bei den verschiedenen »Anderen«, den Araberinnen, Mizrachi (in den 1920er Jahren waren damit gewöhnlich Yemeniten gemeint), immigrierten Jüdinnen oder armen jüdischen Frauen aus der Altstadt Jerusalems wurden Geburten als weniger wünschenswert eingestuft. Vielleicht hätte ein freier und legaler Zugang zum Schwangerschaftsabbruch die Geburtenrate dieser Gruppen verringert. Allerdings waren diese Mütter im Allgemeinen sehr fromm und daher nicht gewillt, sich dieser Möglichkeit zu bedienen.⁵

So entstand in Israel unter britischem Mandat (1918-1948) eine paradoxe Situation: Derjenige Teil der Bevölkerung, dessen Nachwuchs kulturell erwünschter war, nahm Schwangerschaftsabbrüche vor und hatte weniger Kinder; diejenigen Gruppen, deren Fruchtbarkeit weniger erwünscht war, vermieden Schwangerschaftsabbrüche.⁶ Begriffen als »soziale Verschmutzung«,⁷ könnte man dies auf zwei Ebenen betrachten, indem der Widerspruch zwischen dem Willen der Mutter und demjenigen der Gesellschaft hervorgehoben wird. Der ungewollte Fötus (in der Gebärmutter der ungewollt schwangeren Frau) konnte in der Umgebung seiner Mutter als eine wertvolle

soziale Ressource betrachtet werden. Vom Standpunkt der Gesellschaft aus sollte er nicht abgetrieben werden, obwohl seine tatsächliche Aussicht, abgetrieben zu werden, ziemlich realistisch war. Die Abtreibung eines von seiner zukünftigen Mutter gewollten Fötus jedoch, der sich in der Gebärmutter einer sozial weniger angesehenen Frau befand, war deshalb von der Gesellschaft erwünscht, geschah de facto aber selten, wie wir zeigen werden.

Wir vertreten die These, dass die institutionellen Entwicklungen im Staat Israel seit den 1970er Jahren durch das selbe Paradox beeinflusst wurden: Neben der formellen, religiösen und gesetzlichen Verneinung des Rechts auf Abbruch einer Schwangerschaft, durch welche große Teile der Bevölkerung (die religiösen und quasi-religiösen) vom Zugang zum legalen Schwangerschaftsabbruch ausgeschlossen werden, gibt es die Bereitschaft der dazu befugten Komitees, die entsprechenden Genehmigungen zu erteilen, wenn eine Frau tatsächlich an sie herantritt. Dies macht, obwohl es illegal ist, die Abtreibung der »erwünschten« israelischen Kinder ziemlich einfach.

Wir werden dieses Phänomen in drei unterschiedlichen Perioden diskutieren: erstens die frühen 1930er Jahre: Wir untersuchen, wie sich die Abtreibungsdebatte in *Dvar Hapoelet*, dem während dieser Zeit in Israel führenden sozialistischen Frauenmagazin entwickelte. Zweitens analysieren wir die Diskussionen in den 1950er Jahren über Schwangerschaftsabbrüche unter jüdischen Immigranten, die als Teil der Massenimmigration im gerade erst gegründeten Staat Israel ankamen. Und schließlich untersuchen wir drittens die Arbeit der Abtreibungskomitees im zeitgenössischen Israel.

»Subjektive Gründe«: die Abtreibungsdebatte in *Dvar Hapoelet*

Während der 1930er Jahre fand in der führenden sozialistischen Frauenzeitschrift *Dvar Hapoelet* eine lebhafte Debatte über Schwangerschaftsabbrüche statt. In der Mitte des Jahrzehnts, zwischen 1934 und 1936, enthielt fast jede Ausgabe der Zeitschrift mindestens einen Artikel, der sich diesem Thema widmete. Damals waren die unter britischem Mandat stehenden jüdischen Städte und Dörfer nicht stark bevölkert, doch die Bewohner waren sich dessen, was sie als ihre historische Rolle betrachteten, vollkommen bewusst: Es ging darum, einen »neuen Juden« zu schaffen, der im Land geboren sein sollte. »Ein gesunder Geist in einem gesunden Körper« war die allgemein gültige Losung, die von Ärzten und Politikern dazu verwendet wurde, die Vision einer gesunden und tapferen neuen Generation mit hervorragenden physischen und mentalen Stärken und Tugenden zu propagieren. Die lokalen medizinischen Einrichtungen – die meist vom lokalen »Krankheits-Fonds« Kupat Cholim getragen wurden, der in den 1920er Jahren von Arbeitern gegründet, zum

größten Anbieter für Gesundheitsdienstleistungen in Israel wurde – unterstützten diese Auffassung und bemühten sich, geeignete Mütter von wohlgeratenen Kindern zu erziehen. Diese Anforderungen führten dazu, dass das Aufziehen von Kindern kontrolliert, reguliert und sorgfältig abgestimmt werden musste. Das Gebären dieser Kinder war dabei der erste Schritt. Die israelischen Ärzte, welche in jener Zeit noch immer von der Eugenik fasziniert waren,⁸ betrachteten den Auftrag, die Qualität einer neuen Generation von Kindern zu überwachen, als ihr primäres Ziel; sie waren willens alles zu tun, was dazu nötig war.

Doch die Realität bot ein komplexeres Bild. Dr. Josef Meier⁹ war einer der Ärzte, die in den frühen 1930er Jahren begannen, an der Abtreibungsdebatte in *Dvar Hapoelet* teilzunehmen. Als Zionist und Nationalist bezog Meier Stellung gegen Schwangerschaftsabbrüche, denn jedes Kind sei entscheidend für das Wiederaufleben der jüdischen Gemeinschaft im Land. Andererseits war er sich als Sozialist der Leiden der arbeitenden Mütter mit vielen Kindern bewusst. Aus diesem Grund war er bereit, ihnen zu einem Schwangerschaftsabbruch zu verhelfen. Er hatte jedoch kein Verständnis für die Abtreibungswünsche junger urbaner Frauen, die seiner Ansicht nach hauptsächlich besorgt darum waren, »dass ihre Schwangerschaft sie davon abhalten könnte, ihre Abendkleider zu tragen, und sie beim Tanzen beeinträchtigen würde«. ¹⁰

Mit dieser Aussage reagiert Meier auf eine Vielzahl nicht gezeichneter Artikel von Frauen, die gegen die abtreibungskritische Atmosphäre im medizinischen Establishment protestierten und verlangten, dass die Politik im Sinne einer Legalisierung des Schwangerschaftsabbruches geändert werde. Die sehr emotional schreibenden anonymen Autorinnen dieser Beiträge waren weder offizielle Repräsentantinnen von Frauenorganisationen oder anderen organisierten politischen Kräften, noch hatten sie spezielle Qualifikationen. Ihren eigenen Aussagen zufolge war ihr Ziel, für ihre schweigenden Schwestern zu sprechen. Interessanterweise erwähnten diese Artikel selten den freien Willen der Frauen oder ihr Recht auf eine freie Wahl. Die meisten Autorinnen wiesen auf den psychischen Schaden hin, den eine unerwünschte Schwangerschaft auslösen könnte. In dieser Haltung schrieb eine von ihnen, die nur mit »C.« unterzeichnete, im Jahr 1934:

Man muss sich wundern, warum die Ärzte so viel Energie darauf verwenden, Abtreibung zu bekämpfen, während einer breiteren Verwendung von Verhütungsmitteln so wenig Energie gewidmet wird (...). Es gibt nichts Erniedrigenderes für eine Frau als eine Schwangerschaft zur falschen Zeit. Eine Frau, die vielleicht sehr glücklich gewesen wäre, wenn sie aus eigener Entscheidung schwanger geworden wäre, verliert die Kontrolle (...). Ich sah regelmäßig Frauen am Rande des Wahnsinns (...) in der Angst vor einem in ihrem ganzen Umfeld [unerwünschten, S. S./S. S.] Kind.¹¹

In Hinsicht auf das *Nation-Building*, welches Mutterschaft und das umsichtige Gebären und Aufziehen von Kindern zu einem allem anderen übergeordneten Ziel machte, finden sich hier relativ deutliche Zeichen von Widerstand. In der engagierten israelischen Gemeinschaft der 1930er Jahre sah nicht jede Frau ihre Pflicht darin, ihre Mutterschaftsmission zu erfüllen, nicht einmal, wenn sie verheiratet war. Unverheiratete Frauen wünschten sich umso verzweifelter die Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs; denn ein Kind allein aufzuziehen, war im damaligen Israel keine gesellschaftlich akzeptierte Option.¹²

So war vor der Gründung des Staates Israel trotz der fortwährenden Gegenpropaganda von ÄrztInnen das Phänomen des Schwangerschaftsabbruchs in den Siedlungen sehr weit verbreitet. Unter britischem Mandat waren Abtreibungen illegal, es sei denn, sie wurden aus gesundheitlichen Gründen durchgeführt. »Die medizinischen Gründe sind, wie Sie alle wissen, höchst subjektiv«, schrieb Meier in einem Appell an seine Kollegen, mit dem er die Flut der Schwangerschaftsabbrüche eindämmen wollte. Meier lieferte der Zeitschrift eine anschauliche Beschreibung dessen, was sich aus seiner Sicht ereignete:

Jeder Arzt kann Ihnen sagen, wie oft seine Zustimmung zu einer Abtreibung verlangt wird. [Die Frauen, S. S./S. S.] sind aggressiv oder bitten um Erbarmen, schreiend oder weinend suchen sie mit ihrem Problem Hilfe. Der Arzt weigert sich, weil er das Gesetz ebenso wie die Volksmeinung berücksichtigen muss; aber auf der anderen Seite ist da die Patientin, und der Arzt muss ihr helfen. Also weigert er sich in bestimmten Fällen im Namen der gesellschaftlichen Werte (...). Aber er zögert: Da sind einige Flecken auf den Röntgenbildern, Fluktuationen in der Körpertemperatur oder eine leichte Anämie – und schon gibt es medizinische Gründe (...). Ein Arzt sagt nein, der nächste zögert; in der Zwischenzeit geht die Frau von Arzt zu Arzt und lernt, wie sie ihre physische Kondition beschreiben muss, damit schließlich der dritte oder vierte Arzt die Abtreibung genehmigen wird, weil er vollständig davon überzeugt ist, dass sie unvermeidbar ist.¹³

Obwohl er ein Gegner des freien Zugangs zum Schwangerschaftsabbruch war, zeigte sich Meier recht verständnisvoll, wenn es um Frauen ging, die in Armut lebten oder bereits große Familien hatten. Dagegen war seine Kollegin Dr. Miriam Aharonova¹⁴ in ihrer ablehnenden Haltung sehr viel radikaler. Sie schrieb, dass israelische Frauen Abtreibungen als Routine ansähen, einfacher noch als das Ziehen eines Zahnes. Abtreibung sei Mord, und die israelischen Frauen würden nicht begreifen, welchen Schaden sie damit ihren Körpern zufügten. Die Gynäkologin Aharonova sagte zwar, sie verstehe das Recht der modernen Frau, keine »Maschine zur Fabrikation von

Kindern« zu sein. Sie behauptete aber auch, dass israelische Frauen eine ungesunde Einstellung zur Schwangerschaft hätten. Man solle ihnen Therapien verordnen, damit sie diese Einstellung änderten. Dabei bezog sie sich auf eine verbreitete Vorstellung (*cultural notion*), die sie als »Horror vor dem Kind« bezeichnete.¹⁵ Gleichzeitig äußerte sie sich offen zum Gebrauch von Verhütungsmitteln. In ihrem Buch *Hygiene in a Woman's Life*, das in den frühen 1940er Jahren zum ersten Mal publiziert wurde, schrieb sie, dass »die Hygiene verschiedene chemische und mechanische Verhütungsmethoden erfunden hat, um das gefährliche Angewiesensein auf Abtreibung und ihre Konsequenzen zu vermeiden.« Ihr Buch unterweist die Lesenden in der Benutzung von Metall- oder Gummiadiaphragmen, Spermiziden und Kondomen. Sie empfiehlt ein spezielles Hilfsmittel, den »Erogator«, der für eine Vaginalspülung rechtzeitig und gefüllt mit der richtigen Lösung zur Hand sein sollte.¹⁶

Es ist nicht weiter erstaunlich, dass C., die anonyme Verfechterin für den freien Zugang zum Schwangerschaftsabbruch, schrieb, dass diese Verhütungsmittel aufgrund ihrer minimalen Wirksamkeit und maximalen Schädigung des Körpers und der Einschränkung der Spontanität der Frau selten verwendet würden: »Es ist hart für eine Frau, dass *der* Moment, der für sie ein emotionaler oder spiritueller Moment ist, von all diesen Vor- und Nachbereitungen begleitet sein sollte.«¹⁷ Aharonova war ebenfalls skeptisch und wies ihre Leserinnen an, nie weniger als zwei Verhütungsmittel zu verwenden, im Optimalfall ein mechanisches und ein chemisches. In einem anderen Kapitel ihres Buches mit dem Titel *Die Hygiene in Ihrem Sexualleben* empfiehlt sie, die Häufigkeit des Sex auf ein Minimum zu reduzieren, und warnt, dass zu viel Sex der Gesundheit beider Partner schaden könne. Sie empfiehlt wärmstens die Abstinenz innerhalb der Familie, die den Frauen viele Sorgen ersparen könne.¹⁸

Nur eine Ärztin, Dr. Tova Berman,¹⁹ äußerte sich in jener Zeit öffentlich als Befürworterin der Abtreibung. Ihre Argumentation stützte sich jedoch nicht auf die freie Wahl der Frauen oder auf andere ethische Aspekte, sondern auf das Fehlen von Kindertagesstätten, speziell solchen, die rund um die Uhr eine Betreuung anbieten konnten. Wenn Mütter zu vernünftigen Kosten vierundzwanzig Stunden am Tag Zugang zu Kinderbetreuung hätten, so schrieb Berman, würde das Abtreibungsproblem von selbst verschwinden.

Die Abtreibungsdebatte in den 1930er Jahren kreiste um folgendes Problem: Die gebildeten urbanen Frauen der Yishuv hatten normalerweise Erfolg, wenn sie nach einer Abtreibungsmöglichkeit suchten. Die lokalen medizinischen Kreise war zwar über die Zunahme der Abtreibungen besorgt; es handelte sich dabei jedoch um gemeinschaftsbasierte Gesundheitsfonds, die nur einen geringen politischen Einfluss und keine behördliche Autorität hatten. Frauen aus anderen gesellschaftlichen Milieus, die nicht durch die medizinischen Institutionen der Yishuv behandelt wurden, hatten einen viel beschränkteren Zugang zu Abtreibungen.

»Objektive Gründe«:

Abtreibungen bei Immigrantinnen während der 1950er Jahre

Ungefähr 20 Jahre später, während einer massiven Welle der Immigration in den neugegründeten israelischen Staat, hatte sich das Bild vollständig geändert.²⁰ Die ImmigrantInnen der 1950er Jahre waren überwiegend streng religiös, viele von ihnen kamen aus asiatischen und nordafrikanischen Regionen. Oftmals hatten diese Neuankömmlinge große Familien, eine beträchtliche Zahl der Frauen war durch harte Arbeit, zahlreiche Schwangerschaften und Unterernährung krank geworden. In einer hebräischsprachigen medizinischen Zeitschrift äußerte sich Josef Meier nun als Gegner der finanziellen Unterstützung, welche Müttern bei der Geburt des zehnten Kindes gewährt wurde. Diese finanzielle Unterstützung erhielten hauptsächlich Immigrantinnen. Sie war Teil einer nationalen Anstrengung, die Geburtenrate zu erhöhen, um die sogenannte »demographische Krise« zu lösen – ein Ausdruck für die Angst der Israelis, zur Minderheit in Palästina zu werden.²¹ Die Angst äußerte sich als expliziter wie auch impliziter Appell an die israelischen Frauen, mehr Kinder zu haben. In diesem späteren Artikel zeigt Meier nun jedoch die Bereitschaft, auch den weniger privilegierten Teilen der israelischen Bevölkerung freien Zugang zu Abtreibungen zu gewähren. »Wir haben kein Interesse am zehnten oder auch siebten Kind der armen orientalischen Familien (...). Heutzutage muss man gewöhnlich um ein zweites Kind in einer Familie aus den gebildeten Schichten beten.« Er zog die Schlussfolgerung, dass »wir arme Familien nicht ermutigen dürfen, ihre Fruchtbarkeit zu steigern, sondern eher, sie zu reduzieren«.²²

In den 1950er Jahren war der Schwangerschaftsabbruch ein tabuisiertes Thema. In Frauenzeitschriften wurde kaum darüber diskutiert, ja, er wurde kaum erwähnt. Israel übernahm im Wesentlichen das Abtreibungsverbot aus der Ära des britischen Mandats (das Ausnahmeregelungen aufgrund gesundheitlicher Probleme vorsah). Weil es für die ersten Jahrzehnte der Existenz des neuen Staates keine aussagekräftigen medizinischen Akten gibt, kann man nur vermuten, dass in medizinisch gut versorgten israelischen Städten und Dörfern weiterhin Abtreibungen durchgeführt wurden, während in der Öffentlichkeit in dieser Angelegenheit Stille herrschte. In einer medizinischen Diskussion mit einer WHO-Delegation, die 1951 nach Israel kam, beschrieb ein prominenter Arzt die Situation als »unerträglich«. Ein anderer sagte, dass im Jahr 1947 in den Yishuv 3.500 Abtreibungen durchgeführt worden seien. Im selben Jahr wurden 18.000 Geburten registriert. Eine Umfrage über die Gründe für eine Abtreibung ergab, dass 27,8 Prozent der Abtreibungen aus ökonomischen Überlegungen vorgenommen wurden; 15,4 Prozent der Antragstellerinnen hatten bereits mehr als zwei Kinder.²³ Diese Zahlen zeigen, dass Frauen, die wussten, wie sie vorgehen mussten, Abtreibungen durch die Yishuv und später auch durch

staatliche Gesundheitseinrichtungen durchführen lassen konnten. In Bezug auf die Immigrantinnen jedoch ergibt sich ein anderes Bild.

Interviews²⁴ mit israelischen Krankenschwestern zeigen, dass Abtreibung für Immigrantinnen in den 1950er Jahren keine Option war. Die meisten der mit Immigrantinnen arbeitenden Krankenschwestern erinnerten sich nicht daran, dass jemals eine der von ihnen besuchten Frauen eine Abtreibung verlangt hatte. Sie waren der Ansicht, dass die asiatischen und nordafrikanischen Immigrantinnen zu sehr in religiösen Vorstellungen verhaftet und zu stark auf ihre Ehemänner und Familien fixiert seien, als dass sie Abtreibungen in Betracht gezogen hätten. Einige erinnerten sich jedoch daran, dass Immigrantinnen mit europäischer Herkunft meinten, dass sie in der Vergangenheit Schwangerschaften abgebrochen hätten und es wieder tun würden.

Die Krankenschwestern gaben an, allen Immigrantinnen erklärt zu haben, dass in Israel Abtreibungen nicht erlaubt seien – außer in Grenzfällen, wenn sehr junge Frauen schwanger waren oder die Schwangerschaft auf eine Vergewaltigung innerhalb der Familie zurückzuführen war. In solchen Fällen halfen einige von ihnen den Immigrantinnen, in ein Krankenhaus zu gelangen und einen Gynäkologen oder eine Gynäkologin zu finden, der bzw. die bereit war, die Abtreibung auszuführen. Aber dies geschah relativ selten.

In dieser Doppelmoral zeigen sich ein weiteres Mal die offenen und verdeckten Grenzen zwischen den besser etablierten Israelis, zu denen besonders die im Land geborene Generation gehörte, und den Neuankömmlingen. Im Grunde genommen war dies eine Fortführung der Situation der 1930er Jahre. Nur gab es in dieser Ära keine sozialistische Frauenzeitschrift, die einem Appell an die gebildeten Frauen richtete, und die Richtlinien waren nicht mehr einer mehr oder weniger offenen gesellschaftlichen Debatte unterworfen. Vielmehr wurde den ImmigrantInnen durch das medizinische Establishment eine abtreibungskritische Haltung aufgedrängt. Religiös begründete Argumente gegen die Abtreibung, wie sie einst nur von radikaleren OpponentInnen wie Dr. Aharonova vorgebracht worden waren, bekamen nun ein besonderes Gewicht. Der religiöse Hintergrund, mit dem so viele ImmigrantInnen identifiziert wurden, diente als Rechtfertigung für das formelle Abtreibungsverbot; nun hatte das Verbot eine »objektive« Basis. Immigrantinnen, die trotzdem eine Abtreibung wünschten, wurde diese verwehrt. Diese Frauen lebten während des größten Teils der 1950er Jahre in abgesonderten und befristeten ImmigrantInnenwohnungen. Sie unterstanden einem speziellen medizinischen Dienst, der sich dem »Heilen der ImmigrantInnen« widmete. Diese ÄrztInnen und Schwestern engagierten sich im »Kampf gegen die Ignoranz und die unentwickelten Lebensgewohnheiten«, wie eine der Krankenschwestern in der sozialistischen Frauenzeitschrift *Dvar Hapoelet* schrieb.²⁵ Die Vorurteile gegenüber den ImmigrantInnen – sie seien ignorant, un-

entwickelt, krank und schmutzig – wurden typischerweise zwischen den Zeilen der offiziellen Rhetorik kolportiert, welche die kulturelle Vielfalt lobte und die Gemeinschaften der ImmigrantInnen als farbenprächtige Komponenten des israelischen Schmelztiegels betrachteten. Von diesem Standpunkt aus konnten ImmigrantInnen entweder als sozial erwünscht oder sozial unerwünscht angesehen werden,²⁶ als »sozialer Segen« oder »soziale Verschmutzung«.

In dieser Periode war das Verbot der Abtreibung sehr zentral. Mittellose Immigrantinnen hatten keine Stelle, an die sie sich wenden konnten, außer den lokalen medizinischen Diensten, welche sie jedoch bei der Suche nach einer Möglichkeit zum Schwangerschaftsabbruch nicht unterstützten. Man darf allerdings annehmen, dass einige dieser Frauen Mittel außerhalb des gesetzlichen Rahmens fanden.

Im Kontext des rasanten Prozesses des *Nation-Building* war jedes Kind wertvoll, in der Jugend wurde buchstäblich die Zukunft der Nation gesehen. Der lebendige Schatten des gerade zu Ende gegangenen Holocausts in Europa mit seiner Massenvernichtung von Millionen von Juden und Jüdinnen zerstörte das davor existierende qualitative Ideal, einen »neuen Juden« in Palästina heranzuziehen; stattdessen wurde die Quantität das wichtigste Ziel.²⁷ Die Angst vor sozial unerwünschten Kindern war weniger wichtig als die Angst vor sinkenden Bevölkerungszahlen. Meier, dessen Position in den 1930er Jahren den allgemeinen Konsens repräsentiert hatte, wurde durch die veränderten Umstände marginalisiert.

Abtreibungen im heutigen Israel

Wie wir bereits erwähnten, gab es vor 1970 kein Abtreibungsgesetz in Israel. Das Gesetz des britischen Mandates basierte auf den Artikeln des britischen Strafgesetzbuches von 1861. Dieses legte fest, dass eine abtreibende Frau mit sieben Jahren Gefängnis bestraft wird und die Person, welche die Abtreibung ausführt, mit bis zu 14 Jahren. Als das Bezirksgericht Haifa im Jahr 1952 entschied, dass eine Abtreibung aus medizinischen Gründen erlaubt sei, war das der erste gerichtliche Entscheid über Abtreibungen in Israel. Kurze Zeit später publizierte der Justizminister Richtlinien, die eine Strafverfolgung nur noch dann vorsahen, wenn die Operation mit dem Tod endete, gegen den Willen der Frau geschah, durch jemand anderen als einen lizenzierten Arzt ausgeführt wurde oder wenn es um eine Vernachlässigung der beruflichen Sorgfalt ging.²⁸

Im Jahr 1962 ernannte die israelische Regierung ein »Komitee für Probleme der Geburtenrate«, das in seinem Report von 1966 die Institutionalisierung der Abtreibung empfahl – nicht um diese zu fördern, wie es offen darlegte, sondern um sie zu regulieren. Es wurde angeregt, Abtreibungen nur in anerkannten Krankenhäusern

nach einer Genehmigung durch ein medizinisches Komitee durchzuführen. Die Komitees sollten als Kontrollinstanz dienen und eine gewisse Zahl von Abtreibungen verhindern, indem sie über Gesundheitsrisiken aufklärten und den Antragstellerinnen materielle und moralische Anreize boten.²⁹ Die Regierung billigte diese Empfehlungen, wandte sie jedoch nicht an. 1966 wurde das Gesetz aufgehoben, das einer Frau den Versuch verbot, ihren Fötus abzutreiben. Auch die zuvor ausgesprochenen Strafen für Frauen, die einen Antrag auf Schwangerschaftsabbruch stellten, wurden annulliert. In der Praxis blieben abtreibungsbezogene Gerichtsverfahren selten und der illegale Markt für Schwangerschaftsabbrüche war nach wie vor unreguliert.

1972 wurde ein weiteres Komitee ernannt, das *Committee for Examination of the Prohibition of Induced Abortions* (Komitee zur Überprüfung des Verbots der indizierten Abtreibung). Es sollte untersuchen, ob eine Gesetzesrevision erforderlich war. Das Komitee schlug einen Mittelweg vor, nämlich einerseits dem Ausführenden einer illegalen Abtreibung strafrechtliche Verantwortung aufzuerlegen, andererseits jedoch eine Person von dieser Verantwortung zu entbinden, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt waren.³⁰ Die Bedingung war, dass das Gesuch um Schwangerschaftsabbruch von Seiten der Frau freiwillig erfolgte und die Operation nach der Genehmigung durch ein spezielles medizinisches Komitee (»Komitee für Abtreibung«) in einer anerkannten medizinischen Institution durchgeführt wurde. Im Januar 1977 genehmigte die Knesset die vorgeschlagene Änderung des Strafgesetzes, bekannt als das »Abtreibungsgesetz«. In der Folge wurden in allen wichtigen öffentlichen Krankenhäusern Abtreibungskomitees eingeführt.

Eine der neuen Bestimmungen legte fest, dass das Vorhandensein einer Bewilligung durch das »Komitee für Abtreibung« einen Gynäkologen nicht verpflichtete, »die Schwangerschaft einer Frau zu beenden, falls diese Tat mit seinem Gewissen oder seinem medizinischen Urteil in Konflikt steht«. Des Weiteren bestimmte das Gesetz, dass »eine Frau, deren Schwangerschaft durch eine Übertretung dieses Gesetzes beendet wurde, strafrechtlich nicht haftbar ist, was diesen Verstoß betrifft.« Gleichzeitig wurde eine Altersgrenze gesetzt: Abtreibungen wurden nur Frauen genehmigt, die das 40 Lebensjahr überschritten hatten. Zudem wurden Abtreibungsanträge bewilligt, in denen eine Schwangerschaft als außerehelich angegeben wurde. Die wichtigste Neuerung des Gesetzes aus dem Jahr 1977 war jedoch die Bestimmung fünf. Diese tolerierte auch soziale Umstände als Grund für eine Abtreibung, wenn »die Weiterführung der Schwangerschaft dafür verantwortlich ist, schweren Schaden bei der Mutter oder ihren Kindern zu verursachen, entweder aufgrund ihres Familienstatus oder schwieriger sozialer Umstände«. Während es also in den 1970er Jahren verheirateten Frauen erlaubt war, bei einem »Komitee für Abtreibung« aus emotionalen, sozialen oder gesundheitlichen Gründen einen Antrag auf Abtreibung zu stellen, wurde in den 1980er Jahren als Reaktion auf den zunehmenden Druck

von orthodox-religiösen Kreisen die soziale Indikation nicht mehr akzeptiert. Die sogenannte »soziale Klausel« wurde als Folge eines Koalitionsabkommens zwischen der rechten Likud-Partei und der religiösen Agudat Yisrael-Partei annulliert, so dass das heutige Gesetz Abtreibungen primär aus medizinischen Gründen erlaubt und keine »freie« Abtreibung kennt (»Abtreibung auf Wunsch der Frau«).³¹

Die Komitees arbeiten in Übereinstimmung mit den Richtlinien der Regierung. Eine abtreibungswillige Frau richtet ihre Anfrage direkt an das Komitee eines Krankenhauses, das diese in zwei Etappen behandelt: Zuerst muss die Antragstellerin medizinische Zeugnisse vorlegen und der Sekretärin oder dem Sekretär des Komitees weitere persönliche Informationen liefern. In einem zweiten Schritt tritt das ganze Komitee zusammen, um den Fall zu diskutieren. Im Gesundheitszentrum Soroka beispielsweise trifft sich das Komitee mindestens zwei Mal wöchentlich. Ein koordinierender Sozialarbeiter ist für das Sammeln der Daten (Diagnosen und medizinische Empfehlungen) verantwortlich und hält Kontakt zu den verschiedenen am Prozess beteiligten Personen. In einem Interview spricht er vertraulich mit der Frau, deren Ehemann nur anwesend ist, wenn sie es wünscht. Das Komitee überprüft sowohl die medizinischen Dokumente jeder Antragstellerin als auch die Empfehlungen ihres Arztes. Die Gesuchstellerin wendet sich schließlich persönlich an das Komitee, um zu erklären, warum sie sich einer Abtreibung unterziehen möchte. Der Gynäkologe bzw. die Gynäkologin (ein Mitglied des Komitees) beschreibt ihr das medizinische Vorgehen einschließlich der damit verbundenen Risiken. Die Frau muss eine Einverständniserklärung abgeben und ein Dokument unterschreiben, welches bestätigt, dass sie die von den ÄrztInnen gegebenen Erläuterungen verstanden hat. Während des Treffens wird der Frau keine Beratung über Familienplanung angeboten. Schließlich verfasst der Sozialarbeiter zu jedem Gesuch einen schriftlichen Bericht über den Entscheid des Komitees. Falls der Antrag auf Abtreibung abgelehnt wird, kann sich die Frau an ein Komitee in einem anderen Krankenhaus wenden. Basierend auf inoffiziellen Interviews mit einigen Komiteemitgliedern³² kann man sagen, dass sich die Entscheide hauptsächlich auf drei Faktoren stützen: 1. medizinische Gründe: Hat die Frau gesundheitliche Probleme, welche schwerer als die möglichen Gefahren des Eingriffs wiegen? 2. emotionale Aspekte: Wiegen die emotionalen Konsequenzen einer nicht ausgeführten Abtreibung schwerer als die potenziellen posttraumatischen psychischen Probleme wie Psychose, Depression, psychosomatische Krankheiten und/oder verschiedene neurotische Zustände? 3. soziale Aspekte: Trotz der Aufhebung der Bestimmung fünf (Rechtfertigung durch den Verweis auf schwierige soziale Umstände) deuten die Beteiligten an, dass diese Aspekte eine gewisse Bedeutung im Entscheidungsprozess behalten haben.

Eine unveröffentlichte Studie³³ über alle Anträge an das Abtreibungskomitee im Gesundheitszentrum Soroka, die zwischen dem 1. Januar und 31. Dezember 1995

eingereicht wurden, zeigt, dass 669 von 695 Anträgen genehmigt wurden. Wiederum sind die sozialen Unterschiede offensichtlich: die Urbanen, Gebildeten, Säkularen und relativ Begüterten haben deutlich bessere Aussichten, eine Genehmigung für eine Abtreibung zu erhalten. Die Antragstellerin muss dem Komitee eine medizinische Begründung (bezüglich ihrer physischen oder psychischen Gesundheit) angeben, für die sie ein schriftliches Zeugnis eines oder einer anerkannten Arzt oder Ärztin benötigt. Darüber hinaus sind verschiedene kulturelle Fertigkeiten die Voraussetzung für einen erfolgreichen Antrag. So muss die Frau fähig sein, offen über ihren Abtreibungswunsch zu sprechen. Zudem muss sie einen Weg finden, allein ins Krankenhaus zu gelangen (wenn sie es vermeiden möchte, ihren Ehemann oder ihre Familie einzubeziehen). Oftmals befindet sich das Krankenhaus in einer beträchtlichen Distanz von ihrem Wohnort oder es ist nur mit großen Schwierigkeiten erreichbar, was die Verfügbarkeit oder die Kosten von Transportmitteln angeht. Der Zugang zu einem Schwangerschaftsabbruch kann schließlich auch durch soziale Faktoren (wie z. B. Gerüchte) erschwert werden.

Eine Untersuchung von unter Verweis auf besondere Artikel des Abtreibungsrechtes erteilten Bewilligungen ergab, dass sich im Jahr 2001 über die Hälfte der Gesuche auf die Bestimmung über außereheliche Schwangerschaften bezog (9.929 von 18.908 Fällen).³⁴ In dieser häufig verwendeten Bestimmung geht es um »illegale oder inzestuöse Beziehungen«. Es scheint, dass auch sie eine Schranke für Frauen aus armen Schichten oder religiösen Minderheiten darstellt. Für diese Frauen ist es sehr schwierig, das Komitee durch das Vortäuschen von verbotenen sexuellen Beziehungen zu beeinflussen, da dies schwere soziale Sanktionen nach sich ziehen kann, möglicherweise sogar Mord durch die Familienmitglieder in der arabischen Bevölkerungsgruppe. Offizielle Statistiken zeigen klar, dass nur ein Viertel der Abtreibungsgesuche von muslimischen Frauen mit einer »außerehelichen Schwangerschaft«³⁵ begründet wird. Die anderen Begründungen bei genehmigten Gesuchen sind das Alter der Frau (1.965 Fälle von 18.908; von diesen Antragstellerinnen war ein Drittel jünger als 19 Jahre, die übrigen waren älter als 39 Jahre), Missbildungen des Fötus (2.961 Fälle) und Gefährdung der Gesundheit der Frau (3.999 Fälle).

Die Behandlung von Abtreibungsgesuchen durch die Komitees scheint – anders als in den 1930er und den 1950er Jahren – nun nicht mehr in erster Linie auf ideologische oder politische Gründe zurückzuführen zu sein. Sie stützen ihren Entscheid mehr auf Körper oder Seele der Antragstellerinnen oder auf die patriarchalen Strukturen, denen sie unterworfen sind, als auf Nation oder Religion. Ein Schwangerschaftsabbruch wird vor diesem Hintergrund als ein sozial (oder sogar körperlich) unvermeidbares Phänomen konstruiert. Nichtsdestoweniger ist er gesetzlich verboten – und doch für diejenigen ein gangbarer Weg, welche gleichsam das Passwort kennen, um die verschiedenen sozialen Kontrollinstanzen zu umgehen. Ge-

sellschaftliche Geringschätzung ist heute auf den Vorgang des Schwangerschaftsabbruches selbst beschränkt. Indem sie einen ständigen Strom von genehmigten Abtreibungen zulassen, versuchen die sozialen Kontrollinstanzen, eine offene gesellschaftliche Diskussion über die Abtreibung zu vermeiden. Abtreibungen sind nun ein Teil des stereotypen Bildes über die ImmigrantInnen aus der früheren UdSSR, von denen man sagt, sie benutzten diese als bevorzugte Methode der Schwangerschaftsverhütung.³⁶

Fazit

Der Artikel untersucht die Veränderungen der ideologischen Haltung gegenüber der Abtreibung einerseits und den praktischen Umgang mit der Problematik andererseits. Wir zeigten, dass die sich ändernden Sichtweisen stark mit den aufeinander folgenden Phasen des Prozesses des *Nation-Building* in Israel verbunden waren. Je stärker die staatlichen Institutionen wurden, desto unsichtbarer wurde der Diskurs über die Abtreibung. In den 1930er Jahren gab es eine relativ offene, öffentlich geführte Diskussion, an der sich Menschen mit unterschiedlichem gesellschaftlichem Einfluss beteiligten. In den 1950er Jahren hatte sich ein starkes, institutionell verankertes Verbot durchgesetzt, das neben einer großen Zahl illegaler Abtreibungen bestand. Heute existieren die restriktiven sozialen und gesetzlichen Vorschriften parallel zu einem relativ flüssigen Genehmigungsverfahren in der Praxis.

Wie sind diese Veränderungen nun zu deuten? Ellen Reese hat darauf hingewiesen, dass Staaten ihre wohlfahrtsstaatlichen Programme – zu denen auch die Unterstützung von Abtreibungen gehören – in Zeiten weit verbreiteter Teilzeit-Lohnarbeit kürzen, was den Fall von Israel in den 1950er Jahren beschreiben würde.³⁷ Joanne Goodwin argumentiert hingegen, dass die Einführung von Sozialhilfe für Frauen mit den sich wandelnden Ansichten über Mutterschaft und die Rolle der Frau in der Gesellschaft zusammenhängt.³⁸ Nitzka Berkovitch schließlich beschreibt die Ambivalenz der Stellung der Frau in der israelischen Kultur, welche in zwei Arten von Diskursen Ausdruck findet: dem Diskurs über die Gleichberechtigung und demjenigen über die Mutterschaft.³⁹ Diese Autorinnen vertreten, indem sie auf den wirtschaftlichen Faktor und die Gender-Beziehungen verweisen, die üblichen Erklärungen für Veränderungen in den Sozialhilfe-Programmen für Mütter. Wir vertreten hingegen die These, dass Verschiebungen, wie wir sie hier beschrieben haben, in einem weiteren Rahmen von gesellschaftspolitischen Ideen und Konzepten untersucht werden müssen. Noga Morag-Levine hat betont, dass das israelische Abtreibungs-Problem durch seine Vermischung mit religiösen und nationalen Faktoren einzigartig sei. Sogar im Diskurs von AbtreibungsbefürworterInnen »wurden die mit der Abtreibung

verbundenen Fragen der sozialen Wohlfahrt, der Gesundheit der Frauen und der Integration der ImmigrantInnen mit dem Appell an kollektive [= nationale, S. S./ S. S] Interessen diskutiert«.40 Daher ist es wichtig, geltende Richtlinien mit ihren tatsächlichen Auswirkungen im Alltag zu vergleichen. Dann zeigt sich, dass der soziale Prozess, den wir hier beschrieben haben, quer zum Hauptpfad der Modernisierung, der Zunahme der Bürger- und Frauenrechte und des ökonomischen Fortschritts, verläuft. Er orientiert sich an davon weitgehend unberührten traditionellen und patriarchalen Werten; selbst der *de facto* praktisch freie Zugang zur Abtreibung kann dann, wie der israelische Fall zeigt, Rückschritt statt Fortschritt bedeuten. Daher ist die Situation auch heute noch »unerträglich«, wie jener Arzt vor 50 Jahren bemerkte.

Aus dem Englischen von Marisa Waldburger und Julia Stegmann

Anmerkungen

- 1 Eine frühere Version dieses Aufsatzes wurde im März 2004 auf der 5th *European Social Science History Conference* in Berlin präsentiert. Wenn nichts anderes vermerkt oder aus den Druckorten ersichtlich, sind die hier zitierten Arbeiten auf Hebräisch verfasst.
- 2 Central Bureau of Statistics, Annual Statistical Abstract of Israel: The State of Israel, 2003, Tabelle 3.17. Die von den Autorinnen aus dem Hebräischen übersetzten Literaturangaben wurden in der englischen Version belassen (A. d. Ü.).
- 3 Über die vielen verschiedenen Ideologien und Philosophien, die die zionistische Kolonisierung von Palästina in den 20er und 30er Jahren des 20. Jahrhunderts beeinflussten, siehe: Judith T. Shual, *Social Dimensions of Health. The Israeli Experience*, Westport u. London 1992; Sandra Sufian, *Healing the Land and the Nation. Malaria and the Zionist Project in Mandatory Palestine 1920-1947*, New York 1999; Meira Weiss, *The Chosen Body. The Politics of the Body in Israeli Society*, Stanford 2002; Yael Raviv, *Recipe for a Nation Cuisine, Jewish Nationalism and the Israeli State*, New York 2002.
- 4 Zum Aufziehen von Kindern und zu den Ansichten der zionistischen Ärzte siehe: Sachlava Stoler-Liss, *Mothers Birth the Nation: the Social Construction of Zionist Motherhood in Israeli Parents' Manuals*, in: *Nashim (A Journal of Jewish Women's Studies & Gender Issues)* 6 (2003), 104-118 (English).
- 5 Vgl. Stoler-Liss, *Mothers*, wie Anm. 4, 108; Shual, *Dimensions*, wie Anm. 3, 20-32.
- 6 Weil Abtreibungen in der Mandatära illegal waren, gibt es zur Praxis des Schwangerschaftsabbruchs bei Minderheiten wenig Quellen. R. Baki zeigte, dass diese Gruppen in den 1950er Jahren weniger abgetrieben haben als der Rest der Bevölkerung; vgl. R. Baki et al., *Birth and Birth Control among the Women of Tel Aviv*, Tel Aviv: Hadasa Municipal Hospital 1961; Yishai erklärte Veränderungen der Abtreibungsgesetzgebung mit der Absicht, die Geburtenraten der Armen zu reduzieren: Yael Yishai, *Public Ideas and Public Policy: Abortion Policies in Four Democracies*, in: *Comparative Politics* 25 (1993), 207-228 (English). Eine Umfrage zur Haltung der Frauen, die 1973 durchgeführt wurde, lieferte ähnliche Resultate: Ziona Palad, *Family Planning in Israel (part B)*, Jerusalem: Institution for Applied Research 1973, 49-56.
- 7 Wir verwenden diesen Ausdruck metaphorisch, gestützt auf die Arbeiten von Mary Douglas, die gezeigt hat, wie Vorstellungen von Verunreinigung und Hygiene sozial konstruiert sind; vgl. Mary Douglas, *Purity and Danger. An Analysis of the Concepts of Pollution and Taboo*, London 1984.
- 8 Die nach Israel ausgewanderten jüdischen ÄrztInnen hatten ihr eugenisches Wissen während ihres Studiums an verschiedenen europäischen Universitäten erworben. Diese Ideen wurden bekanntlich

auch von jüdischen Wissenschaftlern wie etwa Max Nordau vertreten; siehe dazu Raphael Falk, *Colonizing the Land as an Eugenics Action*«, in: *Alpaim* 23 (2002), 179-198; Stoler-Liss, *Mothers*, wie Anm. 4, 105; John Glad hat den Fall der jüdischen Eugenik im größeren Zusammenhang der Geschichte der Eugenik untersucht: Glad John, *Future Human Evolution. Eugenics in the Twenty-First Century*, in: www.whatwemaybe.org (2005).

- 9 Dr. Josef Meier (1890-1952) war eine der zentralen Figuren in Israels erster und grösster in der Gesundheitspflege tätigen Organisation (bekannt als »Krankheits-Fonds« – *Kupat Cholim*). 1890 in Galizien geboren, studierte Meier in Wien Medizin und war im Ersten Weltkrieg Sanitätsoffizier in der österreichischen Armee. Nach dem Krieg emigrierte er in das post-ottomanische Palästina, welches kurz zuvor durch die britischen Streitkräfte besetzt worden war. Er begann einen rasanten Aufstieg als Arzt und später als Beamter im Gesundheitswesen. Auf dem Höhepunkt seiner Karriere im Jahr 1949 wurde er Generaldirektor des israelischen Gesundheitsministeriums.
- 10 Josef Meier, *Discussing Abortions*, in: *Dvar Hapoellet* 8 (1936), 148.
- 11 C. [ohne Titel], in: *Dvar Hapoellet* 12 (1934), 266-268.
- 12 Nitza Berkovitch, *Citizenship and Motherhood. Women Status in Israel*, in: Yoav Peled u. Adi Ophir, Hg., *Israel. From Mobilized to Civil Society?* Tel Aviv 2001, 206-243; Weiss, *Chosen Body*, wie Anm. 3, 27-64; Stoler-Liss, *Mothers*, wie Anm. 4, 106-110.
- 13 Meier, *Abortions*, wie Anm. 10, 148.
- 14 Dr. Miriam Aharonova (1889-1967) wurde in Weißrussland geboren und studierte in Durpat (Estland) Medizin. Sie setzte ihre Studien in St. Petersburg fort und wurde zur Gynäkologin ausgebildet. 1914 heiratete sie und begann eine erfolgreiche medizinische Karriere. Auf dem Höhepunkt ihrer Karriere in Russland wurde sie 1921 Direktorin der Entbindungsklinik von Bryansk. 1929 emigrierte sie nach Palästina, welches damals unter britischem Mandat war. Sie arbeitete in Tel Aviv als Gynäkologin für die Arbeiter-Gesundheitspflegeorganisation Kupat Cholim und baute später das erste Beratungszentrum für Frauen in Palästina auf (das sie dann auch leitete). Sie orientierte dafür sich am Modell der Wiener Beratungszentren für heirats- und zeugungswillige Paare.
- 15 Miriam Aharonova, *Some Problems of Motherhood*, in: *Dvar Hapoellet* 4 (1934), 81.
- 16 Miriam Aharonova, *Hygiene in a Woman's Life*, 4. Auflage, Tel Aviv 1957, 116-119.
- 17 C. [ohne Titel], wie Anm. 11, 266.
- 18 Aharonova, *Hygiene*, wie Anm. 16, 61.
- 19 Dr. Tova Berman ersetzte in den frühen 1950er Jahren Dr. Meier als medizinischen Direktor von Kupat Holim.
- 20 Vgl. dazu als wichtigste Arbeiten: Dalia Ofer, Hg., *Israel in the Great Wave of Immigration 1948-1953*, Jerusalem 1996; Dvora Hacoheh, *Immigrants in Turmoil. The Great Wave of Immigration to Israel and its Absorption*, Jerusalem 1994.
- 21 Jacqueline Portugese, *Fertility Policy in Israel. The Politics of Religion, Gender and Nation*, London 1998; Yael Hashiloni-Dolev, *Looking for the Perfect Child. Fertility Control and Genetic Management in German and Israel*, Diss. Tel Aviv University, 2004; Stoler-Liss, *Mothers*, wie Anm. 4, 113-116.
- 22 Josef Meier, *Increasing Birth Rate or Encouraging Larger Families*, in: *Eitanim* (1952), 76 f. Eine Kopie des Artikels befindet sich im Lavon-Archiv (Tel Aviv): Akt von Dr. Meier IV-104-81-13.
- 23 Shimon Btsh, *Proceedings of the WHO/USC Medical Teaching Mission to Israel*, Tel Aviv: Gesundheitsministerium 1952 (Englisch), 330-331.
- 24 Es handelt sich um dreißig Interviews mit Personen, die während der 1950er Jahre (professionell und nicht professionell) im Gesundheitssektor mit Immigranten arbeiteten. Die Gespräche wurden auf Hebräisch geführt, die Aufzeichnungen befinden sich im Besitz der Autorinnen. Über die verwendeten Methoden bei dieser Feldstudie vgl. G. Rosental, *Reconstruction of Life Stories – Principles of Selection in Generating Stories for Narrative Biographical Interviews*, in: *The Narrative Study of Lives 1* (1993), 59-91; Janice M. Morse, *Enhancing the Usefulness of Qualitative Inquiry: Gaps, Directions and Responsibilities*, in: *Qualitative Health Research* 12 (2002), 1419-1426; Alan Mackee, *Textual Analysis. A Beginner's Guide*, London 2003; Sally A. Hutchinson, *The Development of Qualitative Health Research. Taking Stock*, in: *Qualitative Health Research* 11 (2001), 505-521 (alle Englisch).
- 25 R. A., *On Child Watch*, in: *Dvar Hapoellet* 7-8 (1951), 142.

- 26 Diese Art von Sicht auf die ImmigrantInnen kann in vielen Einwanderungsländern beobachtet werden, vgl. zum Beispiel: Howard Markel, *Quarantine! East European Jewish Immigrants and the New York City Epidemics of 1892*, Baltimore u. London 1997; Alan M. Kraut, *Silent Travelers. Germs Genes and »Immigrant Menace«*, New York 1994. In der medizinischen und epidemiologischen Literatur wird die Immigration als riskanter Prozess mit schweren »Umsiedlungskosten« sowohl für die ImmigrantInnen wie auch für die bereits in deren Zielland Ansässigen geschildert. Deren Einstellung kann sich leicht in Xenophobie verwandeln, vgl. dazu Ralf Shlomowitz, *Coerced and Free Migration from the United Kingdom to Australia and Indentured Labour Migration from India and the Pacific Islands to Various Destinations: Issues, Debates and New Evidence*, in: Jan u. Leo Lucassen, Hg., *Migration, Migrationsgeschichte, Geschichte*, Bern u. a. 1997, 141 f. Diese Wahrnehmungsweisen existieren heute noch, siehe Hugh Mehan, *The Discourse of the Illegal Immigration Debate: a Case Study in the Politics of Representation*, in: *Discourse & Society* 8 (1997), 249-270 (alle Englisch).
- 27 Palad, *Planning*, wie Anm. 6, IX.
- 28 Baril Metzner-Licht, *The Committee for Examination of the Prohibition of Induced Abortions. A Mirror of a Social Dilemma – The Social Worker’s Point of View*, in: *Welfare and Society* 3 (1979), 344-346.
- 29 *The Government of Israel, The Committee for Examination of the Prohibition of Induced Abortions (Working Paper)*, Jerusalem 1974.
- 30 Ebd.
- 31 Noga Morag-Levine, *Abortion in Israel. Community, Rights and the Context of Compromise*, in: *Law & Social Inquiry* 19 (1994), 313-336; dies., *Imported Problem Definitions, Legal Culture and the Local Dynamics of Israeli Abortions Politics*, in: *Israel Affairs* 5 (1999), 225-244; Amir Deliala u. Orly Binyamin, *Abortion Approval as a Ritual of Symbolic Control*, in: Clarice Feinman, Hg., *The Criminalization of Women’s Body*, New York 1992, 1-25 (alle Englisch).
- 32 Vgl. ähnliche Ergebnisse in Larissa I. Remennick u. Amir Hetsroni, *Public Attitudes Toward Abortion in Israel. A Research Note*, in: *Social Science Quarterly* 88 (2001), 420-431 (Englisch); Deliala u. Orly Binyamin, *Abortion Approval*, wie Anm. 31.
- 33 Elia Uziel, *Commissions for Termination of Pregnancy and the Israeli Abortion Law*, unveröffentlichte M. Sc.-These, Ben-Gurion-Universität 1997.
- 34 Bureau, *Abstract*, wie Anm. 2, Tabelle 3.19.
- 35 Ebd.
- 36 Amir Dalila u. El Malach Yuval, *Educating Lana. Israeli Services and Organizations that Educate USSR Immigrants about Sexuality and Reproductions*, Research Report: The Institute for Social Research: Universität Tel Aviv, 1992.
- 37 Ellen Reese, *The Politics of Motherhood. The Restriction of Poor Mothers’ Welfare Rights in the United States, 1949-1960*, in: *Social Politics* (Spring 2001), 65-112.
- 38 Joanne L. Goodwin, *An American Experiment in Paid Motherhood. The Implementation of Mother’s Pensions in early Twentieth-Century Chicago*, in: *Gender & History* 4 (1992), 323-342.
- 39 Nitza Berkovitch, *Citizenship and Motherhood. Women’s Status in Israel*, in: Yoav Peled u. Adi Ophir, Hg., *Israel. From Mobilized to Civil Society?* Tel Aviv 2001, 206-243.
- 40 Morag-Levine, *Problem*, wie Anm. 31, 242.