universität wien

MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

Interkulturelle Fachkommunikation im österreichischen Gesundheitswesen am Beispiel der Gynäkologie und Geburtshilfe.

Verfasserin

Bakk. phil. Maria Magdalena Malenta

angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (MA)

Wien, Oktober 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A 065 331 342
Studienrichtung lt. Studienblatt:	Masterstudium Dolmetschen
Betreuerin / Betreuer:	Univ.-Prof. Dr. Gerhard Budin

DANKESAGUNG

Mein besonderer Dank gilt Herrn Univ.-Prof. Dr. Gerhard Budin für seine Unterstützung und Betreuung.

Ich möchte mich bei den InterviewpartnerInnen, insbesondere bei Dr. Fiala und Mag. Katarzyna Waniek, für ihre Gesprächsbereitschaft und Offenheit bedanken.

Ich danke auch folgenden Personen für ihre Hilfe und Motivation, die sie mir während der Entstehung dieser Arbeit entgegengebracht haben:

Karla und Sascha Pfeiler

Nicole Rheinfrank

Stela Doncheva

Ewa Ziembicka

Günter Heil

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 4
1.1 Zugang zur Forschungsfrage und Fragestellung 4
1.2 Aufbau der Arbeit und Methode 6
2. Der Schwangerschaftsabbruch und das Gesetz 7
2.1 Definition 8
2.2 Schwangerschaftsabbruchsgesetz in Großbritannien 10
2.3 Schwangerschaftsabbruchsgesetz in den Niederlanden 11
2.4 Schwangerschaftsabbruchsgesetz in Deutschland 12
2.5 Schwangerschaftsabbruchsgesetz in Österreich 13
2.6 Zusammenfassung 16
3. Der Schwangerschaftsabbruch in Polen und Gründe für den *Abtreibungstourismus* 18
3.1 Das polnische StGB 1932 19
3.2 Der Kommunismus und die Wende 21
3.3 Das restriktive Gesetz von 1993 – wie soll es weiter gehen? 26
3.4 Der Umbruch im August 2010 und Voraussichten — das Parlament Hearing zum Thema „*Abtreibungstourismus* der Polinnen“ 29
3.5 Der Schwangerschaftsabbruch in Augen der Gesellschaft 33
4. *Abtreibungstourismus* und die interkulturelle Kommunikation 36
4.1 Was ist interkulturelle Kommunikation? 38
4.2 Aspekte und Strategien der interkulturellen Kommunikation 40
4.2.1 Verbale Kommunikation 44
4.2.2 Nonverbale Kommunikation 50
4.2.2.1 Kulturelle Aspekte der nonverbalen Kommunikation 52
5. Was sollte in der Kommunikation mit ausländischen Patientinnen beachtet werden? 54
5.1 Sprachbarrieren in der ÄrztIn-PatientIn-Kommunikation 55
5.1.1 Rolle und Bildungsmaßnahmen für angehende DolmetscherInnen im medizinischen Bereich 56
5.2 Umgangsformen mit ausländischen PatientInnen und MigrantInnen im medizinischen Bereich 61
5.2.1 Selbstreflexion, Empathie und Verstehen 63
5.3 Zusammenfassung 64
6. Interviews — theoriegeleitete Vorannahmen 65
6.1 Interviewauswahlverfahren 67
6.2 Die Befragten 67
6.3 Darstellung der Ergebnisse 68
7. Empirische Ergebnisse 69
7.1 Klinikleiterin 69
7.1.1 *Abtreibungstourismus* 71
7.1.2 Interkulturelle Kommunikation 71

7.2 Ärzte 75
7.2.1 Schwangerschaftsabbruch und *Abtreibungstourismus* 75
7.2.2 Interkulturelle Kommunikation 79
7.3 Beraterinnen/Krankenpflegerinnen 82
7.3.1 *Abtreibungstourismus* aus der Sicht des Pflegepersonals 83
7.3.2 Interkulturelle Kommunikation im Pflegebereich 84
7.4 Dolmetscherin 88
7.4.1 *Abtreibungstourismus* aus der Perspektive der Dolmetscherin 89
7.4.2 Interkulturelle Kommunikation 93
8. Diskussion der Ergebnisse 95
9. Conclusio 98
10. Bibliographie 101
10.1 Literaturquellen 101
10.2 Internetquellen 107
11. Abbildungen 111
12. Abstract 113
13. Lebenslauf 114

1. Einleitung

1.1 Zugang zur Forschungsfrage und Fragestellung

> *Jedermann hat das Recht auf rechtlichen Schutz des Privat- und Familienlebens, der Ehre und des guten Rufes sowie das Recht, über sein persönliches Leben zu entscheiden*[1].
>
> (Verfassung der Republik Polen, Kapitel II, Art.47)

Am 28. August 2010 fand im polnischen *Sejm*, dem Parlament der Republik Polen, ein *Hearing* zum Thema „Abtreibungstourismus der Polinnen" (poln. „Turystyka Aborcyjna Polek") statt. Das war die erste öffentliche Konferenz, die diesem heiklen Thema in Polen gewidmet wurde, und an der VertreterInnen verschiedener Föderationen, Stiftungen, polnische PolitikerInnen, sowie ausländische Gäste, ÄrztInnen und BeraterInnen aus Großbritannien, den Niederlanden, Deutschland und Österreich, teilgenommen haben.
Da der Schwangerschaftsabbruch in Polen seit 1993 mit wenigen Ausnahmen als illegal gilt, sind Polinnen dazu gezwungen, ins Ausland zu fahren, um ohne Konsequenzen einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen zu können. Seit dem das restriktive Schwangerschaftsabbruchgesetz in Kraft getreten ist, gibt es keine genauen Zahlenangaben, wie viele Polinnen sich jährlich für diese Prozedur entscheiden. Die polnische Föderation für Frauen und Familienplanung schätzt, dass jährlich zwischen 80.000 und 200.000 Frauen einen illegalen Schwangerschaftsabbruch in Polen durchführen lassen. Die legal durchgeführten Eingriffe schätzt man in offiziellen Statistiken hingegen auf ca. 500 im Jahr.
Die rechtliche Lage der letzten Jahre in Polen, sowie ihre direkten Auswirkungen Österreich waren die Gründe, warum ich mich mit dieser Thematik genauer auseinandersetzte wollte.
Im Rahmen meiner MA-Arbeit möchte ich mich zunächst der Erläuterung der rechtlichen Gründe für die Entwicklung des *Abtreibungstourismus*-Phänomens (poln. *turystyka aborcyjna*) widmen. Außerdem ist es ein Thema, das m. E. von enormer Wichtigkeit und auch sehr aktuell für Sprach- und KulturmittlerInnen ist, die in diesem Bereich tätig sind. Daraus entstand die folgende Fragestellung:

---

[1] Das Wortlaut der Verfassung der Republik Polen, siehe: http://www.sejm.gov.pl/prawo/konst/niemiecki/niem.htm

1. Wie wirkt sich die rechtliche und politische Situation in Polen seit 1993 auf die Entstehung des „Abtreibungstourismus"- Phänomens aus und welchen Einfluss hatten die Wandlungen des polnischen Schwangerschaftsgesetzes seit 1932 auf die gesellschaftliche Wahrnehmung der Schwangerschaftsabbruchsproblematik bisher gehabt?

2. In welcher Form besteht die aufgrund des „Abtreibungstourismus" hervorgehende interkulturelle Kommunikation zwischen dem österreichischen Arzt, Pflegepersonal und der polnischen Patientin?

Inwiefern kann sich professionelle, interkulturelle Kommunikation auf die Qualität der Verständigung und Behandlung der Patientinnen auswirken?
Welche Aspekte beider Kulturen, der polnischen und der österreichischen, werden in den Arzt/Pflegepersonal-Patientin-Gesprächen, mit Fokus auf den Schwangerschaftsabbruch berücksichtigt bzw. nicht berücksichtigt?
Wie groß ist der tatsächliche Bedarf nach qualifizierten Sprach- und KulturmittlerInnen in diesem Bereich?

Der primäre Zweck des praktischen Teils dieser Masterarbeit beruht auf der Darstellung der Meinungen und der Wahrnehmung des Kommunikationsablaufes der ÄrztInnen sowie des medizinischen Personals mit polnischen Frauen in zwei Wiener Schwangerschaftsabbruchsklinken, sowie die Analyse der Handhabung der interkulturell bedingten Kommunikation in diesem spezifischen Bereich. Die ExpertInneninterviews sollten die subjektiven Erfahrungen der österreichischen ÄrztInnen mit polnischen Frauen, sowie die Wahrnehmung der Unterschiede präsentieren, die möglicherweise Kommunikationsstörungen während einer Arzt/ Pflegepersonal-Patientin-Interaktion verursachen könnten. Von fünf Wiener Kliniken haben sich zwei bereitgestellt Fragen zum Thema *Abtreibungstourismus* und der damit im Zusammenhang stehenden interkulturellen Kommunikation zu beantworten.

1.2 Aufbau der Arbeit und Methode

Die Forschungsfragen werden im theoretischen und im praktischen Teil meiner MA-Arbeit untersucht. Anhand der polnisch-, englisch- und deutschsprachigen Literatur wird zuerst die rechtliche als auch die politische Situation in Österreich und in Polen zur Schwangerschaftsabbruchsgesetzfrage geschildert. Die bestehenden Erkenntnisse zur Schwangerschaftsabbruchthematik und der interkulturellen Kommunikation wurden mit Meinungen von dem Leiter und Arzt des Gynmed-Ambulaoriums, Dr. Fiala, der Leiterin des pro:woman–Ambulatoriums, Frau Elke Graf, und Beraterin und Dolmetscherin, Frau Mag. Katarzyna Waniek, sowie zwei Krankenpflegerinnen in Form von qualitativen Interviews ergänzt um die Situation aus der Perspektive jeweiliger Berufsgruppe am genauesten zu präsentieren.

Die Arbeit besteht aus zwei Teilen – dem theoretischen und dem praktischen, die eng miteinander verbunden sind. Im ersten, theoretischen Teil (Kapitel 2) sollten die wichtigsten Begriffe, die Problematik des Schwangerschaftsabbruchsgesetzes und die aktuelle rechtliche Lage in manchen europäischen Ländern — den Hauptdestinationen für polnische Frauen im Rahmen des *Abtreibungstourismus* — Großbritannien, den Niederlanden, Deutschland und Österreich präsentiert werden.

Kapitel 3 wird ausschließlich dem restriktiven Abtreibungsgesetz und dem Umgang mit dem Schwangerschaftsabbruch in Polen im Zeitraum von 1932 bis 2012 gewidmet. Die damit eng verbundenen Begriffe Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch und die *Abtreibungsmigration* (Abtreibungstourismus) werden anhand der bestehenden Literatur und Studien verglichen und unter Berücksichtigung des Fokusthemas sowie Audioaufnahmen analysiert werden.

In den Kapiteln 4 und 5 möchte ich mich hauptsächlich auf die Thematik der interkulturellen Kommunikation in diesem bestimmten Bereich konzentrieren. Anhand der Modelle von Madelaine M. Leininger (1985) und Annelie Knapp-Potthoff (1987) soll der Einfluss der verbalen, nonverbalen und kulturbedingten Aspekte (mit spezieller Berücksichtigung der polnischen und österreichischen Kulturen) auf den Umgang mit PatientInnen hin analysiert werden.

Kapitel 6 beschreibt die theoriegeleiteten Annahmen und die Methodik des Datenerhebungsverfahrens — die Interviews sowie die Informationen über die befragten Berufsgruppen. Die beiden Blöcke stehen in einer engen Verbindung zueinander und dienen als Vergleich der Theorie mit der tatsächlichen, aktuellen Situation in der medizinischen Praxis. Da ich mich für das qualitative Interview als Datenerhebungsmethode entschieden habe, wurden sie die so gesammelten Informationen zum Teil auch in den theoretischen Teil meiner Arbeit eingepflegt, um dadurch die bestehenden Theorien und Erkenntnisse zu stützen.

Im Kapitel 7 befasse ich mich ausschließlich mit den durchgeführten Interviews. Sie wurden, je nach Befragtengruppe in vier Kategorien unterteilt, um die eventuellen Unterschiede in der Wahrnehmung des Themas am besten darzustellen. Im Kapitel 8 folgen die Analyse sowie die Zusammenfassung der Schlussfolgerungen, die sich aus den Interviews ergeben haben.
An dieser Stelle sei anzumerken, dass in dieser Arbeit die Genderingformen streng beachtet werden, mit der Ausnahme des Begriffs *Patientinnen,* der ausschließlich auf die weiblichen Personen bezogen wird. Im praktischen Teil werden die Genderingformen auch nach Befragten gestaltet und dementsprechend präsentiert.
Des Weiteren wird im Text ausschließlich der Begriff „Schwangerschaftsabbruch" verwendet, der als politisch korrekte Formulierung im deutschsprachigen Raum gilt. Die Ausnahme stellt der Begriff *Abtreibungstourismus* dar, dessen Form sich im medizinischen und juristischen Bereich eingebettet hat.

2. Der Schwangerschaftsabbruch und das Gesetz

> *Abortion is a matter of fact and it is a most frequent form of surgical intervention in obstetrics and gynecology, regardless if it is legal or illegal.*
>
> (Dr. Christian Fiala, polnisches Parlament, 26.08.2010)

Laut Dr. Fiala, dem Leiter des Gynmed-Ambulatoriums in Wien, sei der Schwangerschaftsabbruch der meist durchgeführte chirurgische Eingriff in den Bereichen Geburtshilfe und Gynäkologie, unabhängig davon, ob er in einem Land als legal oder illegal gilt. Mit dieser Aussage begann er seine Präsentation im polnischen Parlament am 26.08.2010. Seine Botschaft ist klar: Man kann das Thema Schwangerschaftsabbruch nicht totschweigen, es einfach vergessen und so tun, als ob das Problem nicht präsent wäre. Dr. Fiala bekräftigt in seinen zahlreichen Studien, dass es sich um „ein internationales Thema der Frauengesundheit – Selbstbestimmung über die eigene Fruchtbarkeit" – handelt und Ignoranz bei diesem Thema sich auf die Gesundheit und Leben von Frauen nur kontraproduktiv auswirken könne.
Bevor auf die Entwicklung der rechtlichen Lage in Österreich und Polen zum Thema Schwangerschaftsabbruch, sowie auf den Einfluss der interkulturellen Kommunikation auf die deutsch-polnischen ÄrztIn/Pflegepersonal-Patientin-Gespräche im Bereich der Geburtshilfe und Gynäkologie eingegangen werden kann, sollen zunächst die Begriffe *Schwangerschaft* und *Schwangerschaftsabbruch* definiert, sowie eine kurze Darstellung der

Schwangerschaftsabbruchsproblematik in Großbritannien, den Niederlanden und in Deutschland präsentiert werden.

2.1 Definition

Das klinische Wörterbuch Pschyrembel definiert die Schwangerschaft als den „Zustand der Frau von Konzeption bis zum Eintritt der Geburt". Im medizinischen als auch im juristischen Bereich beginnt die Schwangerschaft mit der „Einnistung des befruchteten Eies in der Gebärmutterschleimhaut". Diesen Prozess bezeichnet man als *Nidation*. Deren Zeitpunkt wird zwischen der ersten und der zweiten Woche, also zwischen dem 7. - 14. Tag nach der Befruchtung des Eies, festgelegt. In den Wochen 3 bis 4 entwickelt der Embryo *spezifische Organanlagen*, die gegen Ende des zweiten Monats die menschlichen Körperformen erkennen lassen. Ab der 9 Woche, nachdem sich die Organe entwickelt haben, wird die Bezeichnung *Fötus* gebraucht, um die Entwicklungsphase des Embryos in diesem Stadium zu definieren (vgl. Putz, 2001).
Nach den juristisch festgelegten Fristenregelungen, die in den meisten Ländern Westeuropas gelten, darf ein Schwangerschaftsabbruch innerhalb der ersten 3 Monate, ab dem Zeitpunkt der Befruchtung, stattfinden (vgl. Gebauer-Sesterhenn, Villinger, 2001:13ff.). Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch, also eine „absichtl. herbeigeführte Beendigung der Schwangerschaft vor Erreichen der *extrauterinen* Lebensfähigkeit von Embryo od. Fetus"[2], entscheiden, benötigen innerhalb kürzester Zeit sehr viele Informationen. Anhand seiner langjährigen Erfahrung stellt Dr. Fiala fest, dass der Zugang zu diesen besonders schwer sein könne, da es sich um eines der stärkst tabuisierten Themen handelt. Um Patientinnen, die aus unterschiedlichen sprachlichen und kulturellen Kreisen stammen, die Recherche zu erleichtern, sollten die Informationen in der jeweiligen Sprache im Internet auffindbar sein[3]. Sie dienen dazu, der Frau so gut wie möglich bei ihrer Entscheidung zu helfen und die wichtigsten Fragen, wie z. B.: über Grundsätzliches über den Schwangerschaftsabbruch, über die Methoden und Institutionen, an die man sich mit weiteren Fragen wenden kann, zu beantworten. Trotzdem fällt es immer wieder auf, wie schwierig es sein kann, als schwangere Frau gegen die moralische Verurteilung der Gesellschaft anzutreten.
Dr. Fiala (2003, 2007) führt einige Beispiele vor, die deutlich zeigen, mit welcher „rigiden Bevormundung" Schwangere noch heutzutage in manchen Ländern Europas konfrontiert werden. Als „Hürde Nr.1" betrachtet er die Zwangsberatung, die vor dem Schwangerschaftsabbruch stattfinden muss. Ohne diese darf der Abbruch nicht durchgeführt

[2] Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch online: http://www.wdg.pschyrembel.de
[3] Auf der www.gynmed.at sind alle Informationen über Verhütung und Schwangerschaftsabbruch in fünf Sprachen verfügbar. Auch die telefonische Beratung wird nach Möglichkeit in einer der jeweiligen Sprachen geführt (z. B.: für die polnischen Patientinnen).

werden. „In Holland und in Österreich [darf] jeder Arzt diese Beratung vornehmen (…) in Deutschland [ist sie] wesentlich rigider vorgeschrieben und erschwert den Zugang zum Schwangerschaftsabbruch“ (Fiala in profamilia Magazin, 2007:7). Der Grund dafür ist die Regelung, die es der Schwangeren verbietet, von demselben Arzt beraten *und* behandelt zu werden.

Dr. Fiala (2007) bekräftigt, dass eine solche Regelung in der Medizin einmalig sei. Als großes Problem, das oft zu einer deutlichen Verkürzung des Zeitraums führt, in dem der Schwangerschaftsabbruch legal durchgeführt werden kann, zählt Dr. Fiala die sogenannte „Bedenkzeit“, die nach der Beratung in manchen Ländern Europas obligatorisch stattfinden muss, um die Frau zum Eingriff zulassen zu können. Momentan gilt diese in fünf europäischen Ländern (Belgien, Deutschland, Frankreich, Holland und Italien) als obligatorisch und beträgt zwischen 3 und 7 Tagen, je nach gesetzlichen Regelungen des jeweiligen Landes. Alle diese Maßnahmen sollten die Frau zur mehrmaligen Überlegung ihrer Entscheidung veranlassen, was von manchen als eine Einschränkung der „Autonomie über [die eigene] Fruchtbarkeit“ betrachtet werden kann (Fiala in pro familia Magazin, 2007:7).

In Ländern mit sehr restriktivem Abtreibungsgesetz hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten ein spezifisches Phänomen bemerkbar gemacht; schwangere Frauen, die eine Abtreibung ohne rechtliche Konsequenzen und vor allem unter menschlichen Bedingungen vornehmen lassen wollen, verreisen in Staaten, in denen der Schwangerschaftsabbruch unter Berücksichtigung der Fristenregelung legal ist. Der sog. *Abtreibungstourismus* hat sich schon vor 50 Jahren als eine halbwegs bewährte Methode für schwangere Frauen, die sich den gesetzlichen Hürden des eigenen Landes zu entziehen versuchen, herausgestellt. Die „voyage suisse“ betraf damals die ehemaligen kommunistischen Länder und später auch England, Holland und die Schweiz.

Laut Dr. Fiala (2011:10) ging die Zahl der verreisenden Frauen aufgrund der Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs in den meisten westeuropäischen Ländern in den vergangenen 40 Jahren stark zurück. Frauen aus Irland, Polen, Malta und Liechtenstein sind aber nach wie vor gezwungen eine Reise in – im günstigsten Fall – ein Nachbarland zu unternehmen. Fiala und Willems (2011:19ff.) sind sich der Vorteile als auch der Nachteile des *Abtreibungstourismus* bewusst – die „wohnferne medizinische Behandlung [ist] mit erhöhtem [finanziellen und emotionalen] Aufwand und Stress verbunden. Sprachbarrieren belasten zusätzlich die Betreuungssituation (…)“. Nichtsdestotrotz ermöglicht der *Abtreibungstourismus* einen „sicheren und legalen Schwangerschaftsabbruch“ (Fiala, 2011:12) und solange die Legalisierung bzw. die Aufhebung des Schwangerschaftsverbotes europaweit (noch) Zukunftsmusik ist, bietet er den Schwangeren als einzige Lösung Entscheidungsautonomie.

Putz (2001) weist darauf hin, dass der Schwangerschaftsabbruch schon in der frühen Geschichte der Menschheit als Eingriff aus sozialen, ökonomischen und auch aus politischen Gründen durchgeführt wurde, und dass der „Eingriff in die Fruchtbarkeit eines Menschen (...)

an sich, eine sehr schwerwiegende Entscheidung" sei „und man sollte Vorsicht walten lassen, da es sich hier um einen nicht wieder gutzumachenden Eingriff in die intimste Persönlichkeit desjenigen handelt" (Putz 2001:34). Putz unterstreicht, dass die Fruchtbarkeit des Menschen sein „ureigenes Anliegen" sei. Diese Meinung teilt auch Dr. Christian Fiala in seinem Beitrag für den „Österreichischen Frauengesundheitsbericht 2010/2011". Er weist darauf hin, dass „die Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs (…) ein wesentlicher Beitrag zur Verbesserung der Frauengesundheit [ist] und längerfristig zu einer Senkung der Abtreibungszahlen [führt], wenn sie mit einer Politik der Prävention gekoppelt ist" (Fiala, Schweiger, 2011:225).
Anhand der angeführten Beispiele kann man deutlich sehen mit welchen Problemen die Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden, konfrontiert werden. Die größten Hürden stellen die über die Jahrhunderte praktizierte ablehnende Einstellung der Gesellschaft gegenüber dem Schwangerschaftsabbruch, sowie die rechtlichen Konsequenzen dieses Eingriffs dar.
In dem kommenden Kapitel wird die gesetzliche Lage in vier Ländern, die beim *Hearing* im polnischen Sejm am 26.08.2010 vertreten waren und die Wahrnehmung der Schwangerschaftsabbruchsfrage aus der westeuropäischen Sicht geschildert. Es sollte dem besseren Verständnis der Gründe für die Entstehung und die Steigerung des *Abtreibungstourismus* der polnischen Frauen dienen.

2.2 Schwangerschaftsabbruchsgesetz in Großbritannien

Das Schwangerschaftsabbruchsgesetz in Großbritannien (engl. *Abortion Act 1967, amended by Human Fertilisation and Embryology Act 1990*) betrifft Schottland, Wales und England außer Nordirland, das über eigenes, restriktives Schwangerschaftsabbruchsgesetz verfügt[4]. *Abortion Act 1967, Section 1(a),* ermöglicht den Schwangerschaftsabbruch bis zur 24. Schwangerschaftswoche unter der Bedingung, dass zwei ermächtigten Ärzte feststellen, dass das Austragen der Schwangerschaft ein Risiko für die physische und mentale Gesundheit oder das Leben der Schwangeren oder ihrer Familie darstellt.
Des Weiteren ermöglicht das Gesetz eine Schwangerschaftsabbruch ohne Zeitlimits, wenn:

[4] Siehe Beitrag von Cathrine Forde „Der Weg in den Abgrund" (2001:32-36), der anlässlich einer Enquet zum Thema „Rahmenbedingungen und Erfahrungswerte zum Schwangerschaftsabbruch aus europäischer Sicht", die im Rahmen einer Kooperationsveranstaltung der Wiener Frauengesundheitsbeauftragten, MA 57 und der Österreichischen Gesellschaft für Familienplanung am 26.11.2001 in Wien stattgefunden hat: http://www.oegf.at/dokumente/enquete.pdf

(b) the termination is necessary to prevent grave permanent injury to the physical or mental health of the pregnant woman;
(c) there is a risk to the life of the pregnant woman, greater than if the pregnancy were terminated;

(d) there is substantial risk that if the child were born it would suffer from such physical or mental abilities as to be seriously handicapped;

(Abortion Act 1967, amended by Human Fertilisation and Embryology Act 1990, Section 1b, c and d[5])

In Großbritannien werden alle Schwangerschaftsabbrüche, unabhängig davon, ob sie vom Staat oder aus eigenen Mitteln finanziert werden, registriert. Dies betrifft nicht nur Britische Staatsbürgerinnen, aber auch die Frauen, die aus anderen Ländern im Rahmen des *Abtreibungstourismus* nach Großbritannien kommen. Laut der jährlichen Statistik des britischen *Department of Health*, 189.931 Frauen haben einen Schwangerschaftsabbruch in Großbritannien durchführen lassen (0,2% mehr als 2010), davon 96% wurden vom staatlichen Gesundheitssystem, *National Health Service (NHS)*, fundiert[6].

2.3 Schwangerschaftsabbruchsgesetz in den Niederlanden

Im europäischen Vergleich stellt Holland in der Schwangerschaftsabbruchsfrage eine Ausnahme für sich. Seit den 70er Jahren des XX Jahrhunderts galten die Niederlande als eins der wichtigsten Zielländer für den *Abtreibungstourismus* und so ist es auch bis heute. Die Legalisierung eines liberalen Schwangerschaftsabbruchgesetzes fand 1984 statt und vom Anfang an ermöglichte den Frauen eine „freiwillige und gewissenhafte" Entscheidung hinsichtlich des Schwangerschaftsabbruchs (Willems, 2001:20). Das holländische Schwangerschaftsabbruchsgesetz stellt eine *Mischform* dar, „(…) bei der es für die Zulässigkeit einer Schwangerschaftsunterbrechung substanziell auf das Vorliegen einer „Notlage" bzw. „Notsituation" ankommt. (…) Die rechtsverbindliche Einschätzung ist der Frau oder einer gemeinsamen Entscheidungsfindung von Patientin und Arzt (…) überlassen." (Gindulis in ÖZP 31/2002:316)
Des Weiteren darf ein Schwangerschaftsabbruch nur in Kliniken und Krankenhäusern mit einer ärztlichen Genehmigung bis zur 24. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden.

[5] Der Bericht des britischen Department of Health *Abortion Statistics, England and Wales: 2011* siehe: https://www.wp.dh.gov.uk/transparency/files/2012/05/Commentary1.pdf

Bevor jedoch dazu kommen kann, ist die Frau verpflichtet sich von einem Arzt beraten zu lassen und eine Bedenkzeit von 5 Tagen (es gibt jedoch Ausnahmen) anzugehen. Dennoch wird die „Motivation" der Frau den Abbruch durchführen lassen zu wollen nicht hinterfragt.
Die allgemein erhältliche und kostenlose Abgabe von Verhütungsmitteln sowie weitverbreitete Sexualerziehung führten dazu, dass die Schwangerschaftsabbruchsrate in den Niederlanden die niedrigste in Europa ist. Die Krankenkassen übernehmen die Kosten für den Eingriff im Falle von niederländischen Staatsbürgerinnen.

2.4 Schwangerschaftsabbruchsgesetz in Deutschland

Laut dem Deutschen Statistischen Bundesamt wurden 2011 108.867 Schwangerschaftsabbrüche aufgrund der o. g. Indikationen durchgeführt, davon 92% ambulant. Ähnlich wie in den Niederlanden gilt in der Bundesrepublik Deutschland ein „Modell weiterer rechtlicher Zulässigkeit, bei gleichzeitiger expliziter Bewertung des Eingriffs als grundsätzlich zu vermeidenden Ausnahmefall" (Gindulis in ÖZP 31/ 2002:316).
Das deutsche Schwangerschaftsabbruchsgesetz § 218 wurde 1995 mit einem erweiterten Indikationsmodell und einer eingeschränkten Fristenlösung versehen und ist 1996 in Kraft getreten. Wie die deutschen Gynäkologen zugeben, stellt das aktuell geltende Gesetz zum Teil einen Widerspruch dar:

> *Kern des neuen Gesetzes ist eine Beratungspflicht der Frauen, die einen Abbruch vornehmen lassen wollen. Zwar gilt grundsätzlich, dass ein Abbruch rechtswidrig ist. Er ist aber straffrei, wenn die Schwangere dem abbrechenden Arzt oder Ärztin eine Bescheinigung über die gesetzlich vorgeschriebene Schwangerschaftskonfliktberatung durch eine anerkannte Beratungsstelle vorweisen kann.*
>
> (Thoß in Dokumentation der Enquete, 2001:24)

Ein Schwangerschaftsabbruch gilt nicht als strafbar, wenn die in §218a Abs.1 StGB vorgeschriebenen Beratungsregelungen erfüllt werden[7]. Zudem darf die Beratung nicht von demselben Arzt, der auch den Eingriff durchführt, vorgenommen werden. Es gilt eine Bedenkzeit von 3 Tagen ab dem ersten Kontakt mit einer Beratungsstelle bevor der Schwangerschaftsabbruch durchgeführt werden darf.

[7] Für detaillierten Informationen über das deutsche Schwangerschaftsabbruchsgesetz siehe Broschüre des Deutschen Statistischen Bundesamtes 2011:
https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Aktuell.html

Die Schwangerschaft darf aufgrund der medizinischen, kriminologischen Indikation sowie auf Verlangen bis zum 12. Schwangerschaftswoche abgebrochen werden. Wenn das Leben oder Gesundheit der Schwangeren gefährdet ist oder die pränatalen Untersuchungen Behinderung des Fötus aufweisen, gilt kein Zeitlimit für den Schwangerschaftsabbruch. Krankenkassen übernehmen die Kosten für die Schwangerschaftsabbrüche der deutschen Staatsbürgerinnen.

2.5 Schwangerschaftsabbruchsgesetz in Österreich

Österreichisches Schwangerschaftsabbruchsgesetz gehört zu den liberalsten in Europa. Im StGB 1974 wird der Schwangerschaftsabbruch nicht mehr als Tötungsdelikt angesehen, sondern „zwischen den Körperverletzungs- und den Freiheitsdelikten angesiedelt" (Putz, 2001:145). Die weitreichenden Ausnahmen erlauben die Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs mit ärztlichem Einverständnis und nach ärztlicher Beratung innerhalb des ersten Trimesters ohne jegliche strafrechtliche Konsequenzen. Im Falle einer zur späteren Zeitpunkt findenden Abtreibung, also nach der Überschreitung der Fristlösung, ist die Erfüllung bestimmter Indikationen notwendig. In Österreich gibt es keine gesetzliche Regelung, die eine Bedenkzeit vor dem Eingriff verlangt.

In Österreich, nach der „Proklamation über die Selbstständigkeit Österreichs" und der Wiederherstellung der Gesetzeslage nach dem Stand vom 5.03.1933, begann der Prozess des Entfernens des faschistischen Gedankenguts aus dem bestehenden Recht und die Umsetzung der demokratischen Staatsstruktur. Jedoch, wie schon am Beispiel des Schwangerschaftsabbruchsgesetzes aus dem Jahre 1852 zu sehen war, ging diese eher mühsam voran — „jegliche Liberalisierungsbestrebungen zu den Abtreibungsbestimmungen des Jahres 1852 [waren] von vorneherein zum Scheitern verurteilt" (Moser, 2001:68). Der Grund dafür war die damalige Position der Frau in der Gesellschaft.

Die Nachkriegssituation zwang viele von ihnen an dem Aufbau der Wirtschaft mitzuarbeiten, „solange es an männlichen Arbeitskräften fehlte". Sie waren in den sog. „Männerberufen" tätig und als diese ins Land zurückkehrten, verloren die meisten Frauen ihre Arbeitsplätze und wurden wieder zu Hausfrauen „degradiert"[8]. Erst in den 70er Jahren wurde die Abtreibung zum ersten Mal als politisches Thema aufgegriffen und man versuchte den § 144 außer Kraft zu setzen.

1971 präsentierte die SPÖ einen Gesetzesentwurf, der versuchte das Parlament, neben der medizinischen Indikation auch auf die soziale Notlage der Frau, aufmerksam zu machen. Zu

[8] Zu dieser Zeit unternahm man nicht mal die Versuche, die Frauen entsprechend auszubilden, sodass sie den Beruf weiter ausüben dürften. Bei mangelhaft entwickeltem Arbeitsrecht, das die Frau, als Arbeitskraft nicht berücksichtigte, gab es keine rechtlichen Rahmen, die die massenhaften Entlassungen nach 1947 vorbeugen konnten (vgl. Moser, 2001).

dieser Zeit nahm die Frauenbeteiligung an den politischen Ereignissen stark zu — die Kreise um die SPÖ machten die Abschaffung des bestehenden Abtreibungsgesetzes zum zentralen Thema. Mesner (2010) weist darauf hin, dass es ohne europaweite Engagements der Frauenbewegungen in den 70er Jahren, nie zu einer Auseinandersetzung mit dem Thema Fristenregelung gekommen wäre. Es war auch einer der wichtigsten Schritte, die Richtung Gleichberechtigung geführt hatten.

Der Entwurf wurde 1974 von der Landesregierung Salzburg an den österreichischen Verfassungsgerichtshof weitergeleitet mit der Klage, dass gemäß Art. 140 Abs. 1 B-VG und § 62 VfGG 1953 die von der SPÖ vorgeschlagene Fristenregelung und genauer § 97 Abs. 1 Z. StGB verfassungswidrig seien, weil er „das Grund- und Freiheitsrecht auf Leben und das Grundrecht auf Gleichheit vor dem Gesetz verletzt" (Putz, 2001:103). Die Klage wurde jedoch vom Nationalrat abgelehnt und die bis heute geltende Fassung ist am 1.1.1975 in Kraft getreten:

§ 96. StGB - Schwangerschaftsabbruch

(1) Wer mit Einwilligung der Schwangeren deren Schwangerschaft abbricht, ist mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr, begeht er die Tat gewerbsmäßig, mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren zu bestrafen.

(2) Ist der unmittelbare Täter kein Arzt, so ist er mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren, begeht er die Tat gewerbsmäßig oder hat sie den Tod der Schwangeren zur Folge, mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.

(3) Eine Frau, die den Abbruch ihrer Schwangerschaft selbst vornimmt oder durch einen anderen zuläßt, ist mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr zu bestrafen.

§ 97 StGB - Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruches

(1) Die Tat ist nach § 96 nicht strafbar,

1. wenn der Schwangerschaftsabbruch innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn der Schwangerschaft nach vorhergehender ärztlicher Beratung von einem Arzt vorgenommen wird; oder

2. Wenn der Schwangerschaftsabbruch zur Abwendung einer nicht anders abwendbaren ernsten Gefahr für das Leben oder eines schweren Schadens für die körperliche oder seelische Gesundheit der Schwangeren erforderlich ist oder eine ernste Gefahr besteht, daß das Kind geistig oder körperlich geschädigt sein werde, oder die Schwangere zur Zeit der Schwängerung unmündig gewesen ist und in allen diesen Fällen der Abbruch von einem Arzt vorgenommen wird; oder

3. Wenn der Schwangerschaftsabbruch zur Rettung der Schwangeren aus einer unmittelbaren, nicht anders abwendbaren Lebensgefahr unter Umständen vorgenommen wird, unter denen ärztliche Hilfe nicht rechtzeitig zu erlangen ist.

(2) Kein Arzt ist verpflichtet, einen Schwangerschaftsabbruch durchführen oder an ihm mitzuwirken, es sei denn, daß der Abbruch ohne Aufschub notwendig ist, um die Schwangere aus einer unmittelbar drohenden, nicht anders abwendbaren Lebensgefahr zu retten. Dies gilt auch für die im Krankenpflegefachdienst, in medizinisch-technischen Diensten oder im Sanitätshilfsdienst tätigen Personen.

(3) Niemand darf wegen der Durchführung eines straflosen Schwangerschaftsabbruchs oder der Mitwirkung daran oder wegen der Weigerung, einen solchen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen oder daran mitzuwirken, in welcher Art immer benachteiligt werden.

§ 98 StGB - Schwangerschaftsabbruch ohne Einwilligung der Schwangeren

(1) Wer ohne Einwilligung der Schwangeren deren Schwangerschaft abbricht, ist mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren, hat die Tat den Tod der Schwangeren zu Folge, mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.

(2) Der Täter ist nach Abs. 1 nicht zu bestrafen, wenn der Schwangerschaftsabbruch zur Rettung der Schwangeren aus einer unmittelbaren, nicht anders abwendbaren Lebensgefahr unter Umständen vorgenommen wird, unter denen die Einwilligung der Schwangeren nicht rechtzeitig zu erlangen ist.[9]

Die §§ 96 - 98 StGB betrafen nur die vorsätzliche Tötung der Leibesfrucht. Im Falle einer fahrlässigen Tötung bestand kein strafrechtlicher Schutz für den *nasciturus*[10]. Der Einspruch der Salzburger Landesregierung beruhte darauf, die Fristenregelung als verfassungswidrig aus dem Gesetz zu entfernen, einerseits weil ihres Erachtens das Grund- und Freiheitsrecht auf Leben und das Grundrecht auf Gleichheit vor dem Gesetz verletzt wurden[11]. Da jedoch das StGB nicht mal ein Grundrecht auf Leben für bereits Geborene beinhaltet, besteht auch kein explizites Lebensrecht für ein keimendes Leben.

---

[9] Übernommen aus dem: Doralt, Werner [Hrsg.] 2012. *Kodex des österreichischen Rechts: Strafrecht 2012/2013.* Aufl. 37. LexisNexis ARD ORAC, Wien. S. 31-32.

[10] Putz (2001) benutzt in dem juristischen Teil ihrer Arbeit den lateinischen Begriff „nasciturus" der sich auf gezeugtes aber noch nicht geborenes Kind bezieht, das mit der Leibesfrucht gleichzustellen ist.

[11] Die Salzburger Landesregierung argumentierte vor allem die Verletzung der folgender Gesetze: Art 2 Abs. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention, § 63 Abs. 1 des Staatvertrages von St. Germain 1919 und des Art 12 der EMRK, mit der Begründung, dass „der Ehemann durch (…) [die Fristenregelung] um das Recht auf Familiengründung gebracht wird" (Putz, 2001:103)

Der Verfassungsgerichtshof argumentierte, dass im bestehenden österreichischen Recht kein Hinweis darauf bestehe, ab wann der „Lebensschutz" beginnen sollte (vgl. Moser, 2001), denn keine von den, von der Salzburger Landesregierung vorgeführten Gesetzen bezog sich explizit auf den Fötus - „ein absolutes, unantastbares Recht des Ungeborenen auf Leben [kommt] nicht in Frage, da es sonst zu einer Grundrechtskollision mit dem Recht der Mutter auf Leben kommen würde" (Putz, 2001:116).
Die Klage über die Verletzung des Art. 63 Abs. 1 des Staatsvertrages von St. Germain (1919) wurde deshalb abgelehnt, weil es sich darin „nicht um das Problem, eine Minderheit vor dem Staate oder einer feindlichen Mehrheit zu schützen, sondern (…) den *nasciturus* vor der Willensentscheidung seiner in der Regel selbst der Minderheit angehörigen, werdenden Mutter zu schützen". Der VfGH bestritt auch die Möglichkeit, auf der Grundlage des St. Germain-Gesetzes, den Fötus als „Einwohner Österreichs" zu qualifizieren, da diese Form sich unbestritten auf die „geborene Menschen" bezog (vgl. Putz, 2001 und Messner, 2010).
Nach der Durchsetzung der Gesetze 1975 hatte sich die Lage um das Thema Abtreibung beruhigt.
Es lag einerseits daran, dass die Interessensgruppen, also die politischen Parteien als auch die feministischen Bewegungen, sich anderen Themen gewidmet haben, ohne zu versuchen, zu der „Eskalation und Polarisierung des Konfliktes" zu führen (Mesner, 2010: 233). Sobald die mit dem Schwangerschaftsabbruch verbundenen Hauptforderungen seitens der Frauenbewegungen, wie z. B. die Gleichberechtigung in der Familie, umgesetzt waren, galt das Thema als abgeschlossen. Es hing teilweise damit zusammen, dass die Wünsche nach Übernahme der Kosten des Eingriffs durch die Krankenkassen damals unrealistisch zu erfüllen waren. „Andererseits verhinderte das monolithische politische System Österreichs, dass die immer wieder entstehenden kleinen Gruppen von Abtreibungsgegnerinnen größere politische Relevanz erlangten" (Mesner, 2010:234).

2.6 Zusammenfassung

Im Laufe der Jahrhunderte hat sich die Einstellung gegenüber der Schwangerschaftsabbruchsfrage ständig gewandelt und zu unterschiedlichen Entwicklungen innerhalb der Gesellschaften weltweit geführt. Die Entscheidung den Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen wurde und wird immer noch in großer emotioneller und ethischer Auseinandersetzung gefällt. Einerseits, weil die Frau, wenn sie sich für diesen entscheidet, meistens auf sich alleine gestellt ist. Auf der anderen Seite, war und ist sie noch immer gezwungen mit Gesetzen und oft schlecht gesinnter Meinung der Gesellschaft und der Katholischen Kirche zu Recht zu kommen. Unter anderem deshalb gehört die Entscheidung die Schwangerschaft abzubrechen, zu den schwierigsten

Entscheidungen und die Behauptung, dass sie leichtfertig getroffen wird, unabhängig der Gründe, triff einfach nicht zu.

Eine große Anzahl der europäischen Länder, die USA, China sowie manche Entwicklungsländer haben seit den 70er Jahren klar definierte und gesetzlich geregelte Fristen für einen Schwangerschaftsabbruch eingeführt. Dieser Prozess fiel in Deutschland und Österreich zum fast gleichen Zeitpunkt. Manche andere Staaten brauchten viel mehr Zeit, um die Notwendigkeit einer expliziten rechtlichen Normierung für den Schwangerschaftsabbruch einzuführen.
Zu weiteren wichtigen Destinationen für den *Abtreibungstourismus* der Polinnen gehören auch die Slowakei und die Tschechische Republik, in denen der Schwangerschaftsabbruch 1986 legalisiert wurde. Obwohl, laut dem bestehenden Gesetz, nur die in der Tschechischen Republik sesshaften Migrantinnen sich dem legalen Schwangerschaftsabbruch unterziehen dürfen bzw. wenn eine tschechische Versicherung vorhanden ist, werden diese Bestimmungen jedoch nicht streng angehalten (Podgórska in Polityka.pl am 5.9.2011).
2007 hat Portugal ihr Schwangerschaftsabbruchsgesetz liberalisiert. 2010 folgte Spanien. In Kanada wurde der Schwangerschaftsabbruch gänzlich aus dem Strafgesetz entfernt. Nichtsdestotrotz gibt es Länder, in denen ein sehr restriktiver Umgang mit der Thematik des Schwangerschaftsabbruchs vertreten wird. Zu diesen Ländern, auf Europa eingeschränkt, gehören u.a. Monaco, Irland, Lichtenstein und Polen.[12]
Die kommenden Kapitel schildern die Entwicklungsphasen des restriktiven Schwangerschaftsabbruchsgesetzes sowie die politische und gesellschaftliche Lage in Polen, die zur Entstehung und zur Steigerung des *Abtreibungstourismus*-Phänomens im XX Jahrhundert beigetragen haben. Die Analyse der historischen, politischen und gesellschaftlichen Aspekte soll die möglichen kulturbedingten Unterschiede zwischen der polnischen und österreichischen Betrachtungsweise der Problematik des Schwangerschaftsabbruchs hervorheben um in der weiteren Folge sie in den praktischen Teil meiner Arbeit einbeziehen zu können.

[12] In meiner MA-Arbeit möchte ich mich auf die genaue Situation in zwei Ländern Europas, Polen und Österreich, beschränken, um am Beispiel dieser den unterschiedlichen Umgang mit den gesetzlichen Vorgaben klar definieren zu können. Das Thema des Schwangerschaftsabbruchs ist sehr eng mit den ethischen, rechtlichen und medizinischen Ansichten verbunden und deswegen möchte ich den tatsächlichen Umfang meiner MA-Arbeit nicht durch Implizieren weiterer Länder sprengen.

3. Der Schwangerschaftsabbruch in Polen und Gründe für den *Abtreibungstourismus*

> *(...) es ist ein sehr verbreitetes Phänomen und man könnte sagen, wenn wir über aktuelle Trends reden, dass sich dieser Trend steigert. Das was übrig bleibt, ist der so genannte „individuelle Abtreibungstourismus". Frauen reisten wegen dem Schwangerschaftsabbruch zwar schon in den 90. Jahren ins Ausland, jedoch hat sich diese Situation sehr gesteigert (...).*
>
> (Wanda Nowicka über *Abtreibungstourismus*, Hearing im polnischen Sejm am 26.08.2010)

Polen gehört zu den wenigen Ländern Europas mit einem äußerst restriktiven Schwangerschaftsabbruchsgesetz. Die Meinung der polnischen Gesellschaft zu diesem Thema wird stark vom katholischen Glauben geprägt (vor allem dessen Institutionen und in den letzten Jahren dem nationalkonservativen, privaten Radiosender *Radio Maryja*). Die Meinung der Kirche wird oft in die politischen Debatten einbezogen (90% der Gesellschaft bekennt sich katholisch zu sein), obwohl, rechtlich gesehen, der Staat Polen von der Kirche, auf der Basis des 1993 unterschriebenen Konkordates, unabhängig ist (Jopek in Spieker, 2003:112-113). Die Entwicklungen der letzten Dekade haben die Verbesserung der Situation der Schwangeren oft zum Thema des Wahlkampfes gemacht, jedoch nicht ihr Recht auf den Schwangerschaftsabbruch[13].

In diesem Kontext schildert Jopek (2003:110) eine „Untersuchung zu religiösen Einstellung von Parteimitgliedern" (es handelte sich um die in der Zeit nach der Wende tätigen Parteien — Christlich-Demokratische Vereinigung (ZChN), Zentrumsallianz (PC), Demokratische Union (UD) und Liberal-Demokratischer Kongress (KLD)). Die Umfrage wurde 1993 durchgeführt. Damals bekannten sich die MitgliederInnen der nicht mehr vorhandenen Christlich-Demokratischen Vereinigung zu 100% gläubig, die von Zentrumallianz zu 86% und 56% praktizierten regelmäßig und die MitgliederInnen des Liberal-Demokratischen Kongresses und der Demokratischen Union bekannten sich zu zwei Drittel als gläubig. „Politiker, die sich vorbehaltlos zur katholischen Kirche bekennen, gruppieren sich (…) mehrheitlich in den rechten Parteien (…)" (Jopek in Spieker, 2003:110).

An dieser Stelle sollten drei weitere Faktoren, die einen klaren Grund für die Entwicklung des *Abtreibungstourismus* darstellen, einbezogen werden – der politische, gesetzliche und

[13] Am 1.9.2011 fand die Abstimmung im polnischen Sejm, die das seit 1993 bestehende, restriktive Schwangerschaftsabbruchsgesetz komplett aus der polnischen Verfassung entfernen sollte. Das völlige Schwangerschaftsabbruchsverbot wurde mit der Mehrheit von 6 Stimmen verhindert. Für mehr Informationen siehe: http://diestandard.at/1314652750780/Polen-Totales-Abtreibungsverbot-nur-knapp-verhindert

gesellschaftliche. Alle sind miteinander stark verlinkt und beeinflussen sich gegenseitig. Wie es schon betont wurde, gehört der Schwangerschaftsabbruch in Polen zu einer der kontroversesten Themen, die aufgrund der Tabuisierung „unter den Teppich gekehrt werden". Nichtsdestotrotz, es ist unumstritten, dass sich sehr viele Frauen dafür aus unterschiedlichen Gründen entscheiden und ihn vollziehen. Die PolitikerInnen und GesetzgeberInnen versuchen diese Situation durch ein sehr restriktives Gesetz zu kontrollieren und den Schwangerschaftsabbruch mit hohen Gefängnisstrafen für den ausführenden Arzt unmöglich zu machen. Die Gesellschaft wird in diesen Prozess stark einbezogen, indem die Frau und „ihr Problem" in den öffentlichen Debatten aus religiöser und moralischer Sicht verpönt werden.
Die zurzeit in Polen herrschende Stimmung um den Schwangerschaftsabbruch zwingt Frauen ins Ausland zu verreisen und sich an Hilfe dortigen ÄrztInnen zu wenden. Der *Abtreibungstourismus* ist keine optimale, aber momentan die einzige Lösung.
Dennoch war das Recht auf den Schwangerschaftsabbruch nicht immer verpönt, es war sogar als eine unterstützende Maßnahme angesehen, die Geburtenrate in den geburtsstarken Jahrgängen unter Kontrolle zu bekommen. Um diese Veränderungen besser schildern zu können, möchte ich die rechtlichen Entwicklungen in Polen seit 1932 ansprechen.

3.1 Das polnische StGB 1932

In seinem Werk „Abtreibung und Schwangerschaftsunterbrechung in den osteuropäischen Ländern" beschreibt Bilinsky (1962) die Veränderungen des Schwangerschaftsabbruchs-gesetzes, die von 1932 bis 1956 in Polen stattgefunden haben. Der erste bekannte Eintrag zu diesem Thema erschien im Strafgesetzbuch 1932. Der Artikel 231 des polnischen StGB, ähnlich wie der §218 I des deutschen StGB, verstand die Leibesfrucht als ein „geschütztes Rechtsgut" d. h., dass das damalige StGB beides kannte: Zulassung des Schwangerschaftsabbruchs als auch seine Strafbarkeit (Bilinsky, 1962:79).
Dennoch war der Unterschied zwischen der Abtötung der Leibesfrucht und der Tötung eines Menschen nicht klar genug. Bilinsky bezieht sich hier auf die Formulierung des Mitverfassers des polnischen Strafgesetzbuches 1932, Juliusz Makarewicz, der den Schwangerschaftsabbruch als „(...) jede Handlung, die zum Ziele hat, die Geburt des Kindes nicht zuzulassen, sowie jede Handlung, die eine normale Entwicklung der Leibesfrucht verhindert" definiert (Bilinsky 1962:79).
In dem Strafgesetzbuch 1932 unterscheidet man zwischen strafbarem und gerechtfertigtem Schwangerschaftsabbruch. Der Schwangerschaftsabbruch gilt als eine „fahrlässige Tötung eines Menschen" (Art. 230 § 1) wenn:

1. *die Abtreibung durch die Schwangere selbst erfolgt (Art. 231)*

2. *Dritte an dem Schwangerschaftsabbruch, mit dem Einverständnis der Schwangeren, beteiligt sind (Art. 232)*

3. *die „Tötung der Leibesfrucht" ohne Einverständnis der Schwangeren erfolgt (Art. 234)*

4. *es zur versuchten Abtreibung durch die Schwangere kommt (Art. 23 des Allgemeinen Teils des polnischen StGB 1932)*

In den ersten drei Fällen war die Tat strafbar und wurde mit 3 bis zu 10 Jahren Gefängnis bestraft. In Fällen eines versuchten Abbruchs durch die Schwangere, durch Dritte oder mit der Annahme, dass die Leibesfrucht lebendig, aber in der Tat tot ist, wurde so eine Tat strafbar und es musste nachgewiesen werden, dass „die Handlung *unmittelbar* die Vollendung eines Deliktes bezweckte" (Bilinsky 1962:80).
Der Schwangerschaftsabbruch galt als gerechtfertigt in Fällen der sog. *Rechtskollision*. Bilinsky (1962) erklärt, dass diese vor allem in Situationen, in denen die Gesundheit (oder das Leben) der Frau gegenüber der des Fötus stand. In solchen Fällen war der Schwangerschaftsabbruch gerechtfertigt (Art. 233). Selbstverständlich nur, wenn die Schwangere dem Eingriff zugestimmt hatte (Art. 234).
Um einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu können, benötigten ÄrztInnen einer Bescheinigung seitens des Staates. Sie konnten nur in zwei Fällen vergeben werden — der medizinischen und der ethischen Indikation. Die erste bezog sich auf die schon beschriebene Situation in der die Gesundheit der Mutter durch die Schwangerschaft gefährdet war. Um einen Abbruch durchführen zu können, benötigte die den Eingriff durchführende ÄrztIn eine Bewilligung des Staates, die Begutachtung von zwei unabhängigen ÄrztInnen und die Begründung warum der Eingriff unbedingt durchgeführt werden sollte (Bilinsky, 1962:81).
Des Weiteren war der Schwangerschaftsabbruch als erlaubt angesehen, wenn es sich um eine kriminelle Tat gehandelt hatte, also ein sogenanntes *Sittlichkeitsverbrechen*. Im polnischen StGB 1932 werden folgende Punkte genannt, die unter die ethische Indikation gefallen sind: Schwere Unzucht (Art.233), Notzucht (Art. 203), Unzucht mit Abhängigen (Art. 205) und Blutschande (Art. 206).
In seinem Beitrag für die polnische juristische Monatszeitschrift „*Polityka Społeczna*" (dt. Sozialpolitik, 2004) beschrieb Dr. Radosław Krajewski vier Indikationen (Bedingungen), die den Schwangerschaftsabbruch rechtlich zulässig machten — wenn die Gesundheit oder das Leben der Schwangeren gefährdet war, wenn die pränatalen Untersuchungen „schwere oder irreversible Beschädigung des Fötus" aufwiesen, wenn es sich um ein *Sittlichkeitsverbrechen*

handelte und bei der Berücksichtigung der „schweren Lebenssituation der Schwangeren“[14]. Das polnische StGB 1932 anerkannte nur zwei von den oben genannten Aspekten, die den Schwangerschaftsabbruch rechtfertigten. Krajewski (2004) weist daraufhin, dass der *soziale Aspekt,* obwohl er nie in das Strafgesetzbuch 1932 aufgenommen wurde, den Verfassern ganz bewusst war und „genau durchdiskutiert“ wurde. Man hat befürchtet, dass das Fehlen dieser Indikation zur Steigerung der Zahl der selbst durchgeführten Abbrüche führen könnte. Der Aspekt der pränatalen Untersuchungen hingegen war zu der Zeit aus technologischen Gründen noch nicht bekannt und nicht durchführbar. Die ersten pränatalen Untersuchungen und so genannte Amniozentese, also die vorgeburtliche Fruchtwasseruntersuchung, die die richtige Entwicklung des Fötus feststellen sollte, wurden erstmals in den 70er und den 80er Jahren des XX Jahrhunderts eingeführt (vgl. Czekanowski, 1985 und Drews, Słomko, Breborowicz, 1994).

3.2 Der Kommunismus und die Wende

Nach der Sowjetisierung Polens 1944 blieb das Gesetz über den Schwangerschaftsabbruch von 1932 in Kraft. Es bestand kein Grund das Gesetz zu ändern, vor allem in einem Staat in dem es genug Arbeitskräfte gab und die Geburtsraten sehr hoch waren. Die Novellierungen kamen 1956 und das Gesetz 1932 wurde komplett ersetzt.
Der Strafkodex von 1932 erlaubte den Schwangerschaftsabbruch nur in zwei Fällen — wenn die Schwangerschaft aufgrund eines Verbrechens zustande kam und wenn die Gesundheit bzw. das Leben der Schwangeren durch die Schwangerschaft gefährdet wurde – wobei das neue Schwangerschaftsabbruchsgesetz um einen zusätzlichen Punkt ergänzt wurde, der die schwierige Lebenslage der Schwangeren berücksichtigte (Kolarzowski, 1994:173f.).
In der 1956 von dem polnischen Gesundheitsministerium herausgegebenen Broschüre kann man das neue Gesetz sowie einen umfangreichen Kommentar dazu finden:

Der Schwangerschaftsabbruch darf von einem Arzt nur dann durchgeführt werden, wenn:
1) folgende Umstände auftreten sollten:

a) ärztliche Anweisung oder

b) schwierige Lebenslage der Schwangeren

2) es besteht berechtigter Verdacht, dass die Schwangerschaft aufgrund eines Verbrechens zustande kam;

[14] Krajewski, Radosław. 2004. *Rozważania wokół dopuszczalności przerywania ciąży z tzw. względów społecznych.* Polityka Społeczna. 1/2004

Die Novellierung aus dem Jahr 1956[15] ermöglichte den Schwangerschaftsabbruch aufgrund einer schwierigen materiellen Lage bzw. einer schwierigen Lebenslage der Schwangeren. Es darf jedoch nicht als komplette Liberalisierung verstanden werden; im Kommentar des Gesetzes von 27.04.1956 (*poln.* Ustawa o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży), d. h. der Grund für den Schwangerschaftsabbruch musste von einer dazu bestimmten Kommission oder eines Prokuristen (wenn es sich um ein Verbrechen handeln sollte, siehe Art.1.2) bewilligt werden. Die Frau hatte volle Bestimmungskontrolle über ihre Sexualität und Mutterschaft nur dann, wenn sie in der Schwangerschaftsfrage präventiv vorgehen wollte. Die „schwierige Lebenslage", die im Art. 1.1 b) beschrieben wurde, betraf Umstände, die einen „permanenten" und nicht einen „temporären" Charakter aufwiesen, z. B. die Schwangere war bereits eine vielfache Mutter und ein weiteres Kind könnte zur Verschlimmerung der bisherigen Lebensbedingungen anderer Kinder beitragen. Die Entscheidung, wie sich die Schwangerschaft und die Geburt auf das Leben der Schwangeren auswirken sollten, hing vollkommen vom Arzt ab. Das Vergehen gegen die in den Art. 1.1 und 1.2 beschriebenen Umstände, wenn die Schwangere in den Schwangerschaftsabbruch einwilligte, sollte mit Gefängnisstrafe von bis zu 3 Jahren bestraft werden.

Die Tatsache, dass die Schwangere bei jedem der oben angeführten Umstände eine ausführliche Erklärung und entsprechende Dokumente (z. B. über den aktuellen Gesundheitszustand, Krankheiten, etc.) vorlegen musste, zeigt, dass das Gesetz von 1956 eine große bürokratische Hürde darstellte und die eigenständige Entscheidung der Schwangeren nicht berücksichtigte (Krotkiewska, 1956:7ff.).

Ignaciuk erörtert in ihrer Diplomarbeit (2007:36f.) einen wichtigen Punkt, der die Prozedur noch mehr verzögerte, die sogenannte Bedenkzeit. Die Prozedur dürfte nicht von der, für die Einwilligung des Eingriffs zuständigen ÄrztIn selbst durchgeführt werden, sondern er/sie war verpflichtet die Patientin an einen anderen/ eine andere GynäkologIn zu vermitteln. Da der Schwangerschaftsabbruch nur im ersten Trimester der Schwangerschaft legal durchgeführt werden durfte, führte das meistens zu unnötigen Verzögerungen und Komplikationen.

Diese Situation wurde 1959 berücksichtigt und das bestehende Gesetz wurde dementsprechend liberalisiert, indem die jetzt für die Erlassung der Erlaubnisse für den Schwangerschaftsabbruch zuständigen Kommissionen aufgelöst wurden (Kolarzowski, 1994:174).

Das ermöglichte den Schwangeren einen unentgeltlichen Zugang zu öffentlichen Krankenhäusern und ärztlicher Behandlung. Dieser Stand der Dinge wurde jedoch von der katholisch geprägten Gesellschaft und der Katholischen Kirche als klarer Angriffspunkt angesehen und das liberalisierte Gesetz wurde als unmoralisch und gefährlich abgestempelt. Kolarzowski (1994) als auch Spieker (2003) unterstreichen die dominante Position der Kirche

[15] Der vollständige Gesetzestext ist im polnischen Gesetzesblatt Dz. U. nr.12, poz. 61 zu finden.

in diesem Konflikt, weil sie als der einzige Gegenpol zu der kommunistischen Regierung fungierte, wodurch sie eine breite Unterstützung durch die polnische Gesellschaft erfuhr.
Bis 1981 gelang der polnischen Kirche, die „moralische Erneuerung" durchzusetzen, die einerseits zur Entstehung einiger katholischen Organisationen beitrug, die sich nur den Schwangeren und jungen Müttern widmeten und andererseits das Gesetz von 1959 regelmäßig anfocht (Kolarzowski, 1994:174).

> *The demands of the Catholic forces led to the change in the legal administration of the abortion law, introduced by the Ministry of Health in 1981. Doctors performing abortions were instructed to provide more detailed justification of "difficult living conditions" sanctioning abortion, and more comprehensive information on possible health risks following abortion (...).*
>
> (Ignaciuk, 2007:37)

Eine weitere Phase der Polemik zwischen den BefürworterInnen und den KritikerInnen des Schwangerschaftsabbruchs fiel in die Jahre zwischen 1989 und 1990. Es war eine heikle Zeit für die Politik des Landes und das Schwangerschaftsabbruchsgesetz, das zur Zeit des Kommunismus eingeführt wurde, stand unter Beschuss. Schon 1988/89 wurde ein neuer, sehr restriktiver Gesetzesentwurf über den „Schutz des Ungeborenen" (poln. *Ustawa o Ochronie Dziecka Poczętego*) vorgestellt und stieß auf großes Interesse der medizinischen und juristischen Kreise. Der Gesetzesentwurf sah Haftstrafen für Frauen vor, die sich dem Schwangerschaftsabbruch unterziehen wollten oder unterzogen hatten. Die Idee dahinter war alle Schwangerschaftsabbruchsfälle auszuspionieren und sie vor Gericht zu bringen (Kolarzowski, 1994:176). Des Weiteren findet man in der online Ausgabe der in den Jahren 1989 – 1999 herausgegebenen Monatszeitschrift „Powiernik Rodzin" (*Human Families)*[16] einen detaillierten Beitrag über den restriktiven und auch sehr umstrittenen Gesetzesentwurf, in dem die Forderungen der VertreterInnen der damaligen Bischofskommission ersichtlich sind:

> *- juristische Rechtsträgerschaft des Ungeborenen ab dem Empfängniszeitpunkt;*
> *- Recht auf Entschädigung für das Kind für die Schäden, die es vor der Geburt erfahren hat;*
> *- Anerkennung der Elternschaft ab dem Empfängniszeitpunkt;*
> *-Verpflichtung der beiden Elternteile zur Fürsorge für das Kind ab dem Empfängniszeitpunkt; (...)*

[16] Siehe den online Artikel auf http://www.humanfamilies.com/Powiernik/89/nr0389.htm, Nr. 3 (1989)

- Strafen für alle Personen, die sein Ungeborenes umbringen wollten, also der Mutter, die auf eigene Faust oder mit Hilfe Dritter das Leben des Ungeborenen gefährdet hat;

Der Gesetzesentwurf wurde 1989 vom polnischen Sejm abgelehnt, aber seine Bedeutung für die weiteren, ähnlichen Projekte und Initiativen, die zur Durchsetzung des restriktiveren Schwangerschaftsabbruchsgesetzes von 1993 geführt haben, ist unumstritten (Kolarzowski, 1994:177).

Die ideologisch-religiösen Konflikte dominierten die polnische Politik vor der Wende sowie die ersten Jahre danach. Polen, das als eines der katholischsten Länder Europas gilt, hat den Einfluss der Kirche in die Politik seit der Zeit des Kommunismus nie abgeschwächt. Vor allem in so kontroversen Fragen, wie dem Schwangerschaftsabbruch, äußerten die katholisch veranlagten ParlamentarierInnen ihre Meinungen und versuchten das, oft prekäre Bild in politischen Debatten durchzusetzen.

Magorzata Fuszara (1994) analysierte dieses Phänomen in ihrem Beitrag „Debata o aborcji a kształtowanie się sceny politycznej w Polsce po upadku komunizmu" (*dt. Die Schwangerschaftsabbruchsdebatte und der politische Wandel in Polen nach der Wende,* 1994) am Beispiel von Senatsdebatten, die im Zeitraum von Juli bis September 1990 stattgefunden haben. Die Autorin ist nicht an dem Ausgang dieser Debatten und auch nicht an ihrem tatsächlichen Inhalt interessiert, sondern sie untersucht den Diskurs zwischen Vertretern einer politischen Gruppe. An dieser Stelle muss gesagt werden, dass in jeder Partei, die sich nach 1990 herausbildete, es PolitikerInnen gab, die sich als gläubig bekannten und auch in diesen Senatsdebatten, ging es somit nicht um das Programm der jeweiligen Partei, sondern um ein Thema, das über diese Ebene reichte. Laut Fuszara (1994:63f), zu den Senatswahlen in Juni 1989 traten meistens KandidatInnen, die zur sog. „Solidarnosc-Opposition" (die VertreterInnen des kommunistischen Regimes nahmen an der Debatte nicht teil) gehörten. Die internen Teilungen unter ihnen, also auch ihre tatsächlichen religiösen Ansichten, waren für die Öffentlichkeit gleich nach den Wahlen noch nicht klar und kristallisierten sich erst später heraus. Die Debatte über das Schwangerschaftsabbruchsgesetz gab gewissermaßen, „nach langjährigem Massenmedienmonopol und der beschränkten Meinungsfreiheit, die Möglichkeit die Ansichten der Opponenten des kommunistischen Regimes" besser kennen zu lernen (Fuszara, 1994:63). Dieses Phänomen beobachtete auch Chełstowski (2000:49) in seinem Beitrag „Die philosophische, biomedizinische und soziale Dimension des Schwangerschaftsabbruchs in Polen nach der Wende" (poln. *Aborcja w świadomości Polaków okresu przemian ustrojowych w ujęciu filozoficznym oraz w wymiarze biomedycznym i społecznym*, 2000), der dieselbe Senatsdebatte als Zeichen der sich langsam herauskristallisierenden Teilungen verstand.

Die Analyse sollte die Argumentation der VertreterInnen jeweiliger Parteien zeigen, die entweder als BefürworterInnen oder KritikerInnen des damals noch gültigen Gesetzes von

1959 ihren Standpunkt argumentierten. Ich führe diese Beispiele in meiner Arbeit an, um zu zeigen, welche Vorstellung und Wissen allgemein zu dieser Zeit in der polnischen Gesellschaft in Bezug auf die Schwangerschaftsfrage herrschte. Beispielsweise haben die KritikerInnen des bestehenden Gesetzestextes so ihre Position argumentiert:

> *1. Das menschliche Leben hat den höchsten Wert. Das Recht auf Leben ist das natürliche Recht, das jedem Individuum zusteht (...). Das Leben beginnt ab dem Zeitpunkt der Empfängnis also es sollte ab diesem Zeitpunkt auch geschützt werden. Die Geburt ist nur eine Umstandsänderung und nicht der tatsächliche Beginn des Lebens.*
> *2. Der Mensch gilt als unabhängiges Individuum ab dem Moment der Zeugung, auch von seiner Mutter. Er ist nicht ein Teil ihres Körpers, also sie darf nicht über seine weitere Entwicklung entscheiden;*
> *3. Der Schwangerschaftsabbruch ist in Polen ein verbreitetes Phänomen, den man (...) nur mit Verboten entschärfen kann.*
>
> (Fuszara, 1994:58)

Das sind nur einige Beispiele, die aber ganz deutlich die ethische Weltanschauung der Abgeordneten zeigen — ihre Einstellung nicht nur in der Schwangerschaftsabbruchsfrage, sondern auch zur Position der Frau, ihrer Rolle als Mutter, in der polnischen Gesellschaft. Viele dieser Argumente sind tief im katholischen Glauben verankert und stehen meistens in keinem Zusammenhang mit der tatsächlichen Situation innerhalb der polnischen Gesellschaft. Weitere Beispiele schildern die Meinungen der Abgeordneten, die den Gesetzestext von 1959 befürworteten:

> *1. Strafen in Bezug auf den Schwangerschaftsabbruch sind zwecklos – das einzig Wirksame ist nur das präventive Vorgehen, Änderung der Lebensbedingungen, Entwicklung der Schutzmaßnahmen für die alleinerziehenden Mütter, sowie finanzielle Unterstützung, Sexualerziehung und Verbreitung der Empfängnisverhütung.*
> *2. Strafen in diesem Bereich sind nicht nur unwirksam, sondern führen zu unbeabsichtigten und inakzeptablen Nebenwirkungen, wie z. B.: illegale Schwangerschaftsabbrüche, die unter schlechten Bedingungen durchgeführt werden, soziale Differenzierung zwischen reichen (...) und armen Frauen (...).*

4. Der Staat ist nicht imstande etwas ab einem dem Staat unbekannten Zeitpunkt zu schützen, da der Staat kann nicht wissen kann, wann es zur Empfängnis gekommen ist. (...)

(Fuszara, 1994:59ff.)

Die BefürworterInnen des Gesetzestextes von 1959 gingen immer wieder auf die Frage der Bestrafung ein und erörterten sie mit, für die damalige Zeit, sehr fortschrittlichen Argumenten. Heutzutage zeigen die fehlende Sexualerziehung an den polnischen Schulen, die Unwissenheit der Eltern, wie sie mit ihren Kindern über die präventive Maßnahmen zum Thema sicherer Sex und Schwangerschaft umgehen sollen, sowie teure und von der Krankenkassen nicht fundierte Verhütung, wie wenig sich jedoch der Stand der Dinge seit der Wende verändert hat.
In den kommenden Kapiteln wird die aktuelle rechtliche und auch politische Lage hinsichtlich des Gesetzes über den Schwangerschaftsabbruch erörtert und die Ursachen, sowie die Folgen des restriktiven Gesetzestextes von 1993 auf Basis der Literatur als auch der transkribierten Aufnahmen vom 20. Jubiläumstag der polnischen Föderation für Frauen und Familienplanung vom 29.10.2011 analysiert. Das Gesetz gilt bis heute in seiner ursprünglichen Form und wird als „Kompromiss" (Balicki, *Hearing* am 26.08.2010) in der gegenwärtigen Situation in Polen angesehen. Jedoch nicht in allen gesellschaftlichen Kreisen.

3.3 Das restriktive Gesetz von 1993 – wie soll es weiter gehen?

Am 26.08.2010 fand im polnischen Sejm ein *Hearing* zu Thema *Abtreibungstourismus der Polinnen* (poln. *Turystyka Aborcyjna Polek*), der von der Vorgesetzten der polnischen Föderation für Frauen und Familienplanung und seit November 2011 Abgeordneten der linksliberalen Partei Ruch Palikota (dt. *Palikot Bewegung*), Wanda Nowicka und dem Abgeordneten und polnischen Gesundheitsminister in den Jahren 2003-2005, Marek Balicki organisiert wurde.
Wie Balicki erklärte, der Grund für dieses internationale *Hearing* waren die „Folgen, des seit 1993 geltenden Schwangerschaftsabbruchsgesetzes" in einem öffentlichen Gespräch zu erörtern. Ich möchte das *Hearing* in Kapitel 4.4 noch genauer angehen, es ist jedoch nötig es an dieser Stelle zu erwähnen, weil ich mich in diesem und auch in den kommenden Kapiteln auf die Aussagen der TeilnehmerInnen beziehen werde.

Wie ich schon erwähnt habe, gilt der Gesetzestext von 1993 als ein „Kompromiss", der allerdings für den zunehmenden Teil der polnischen Gesellschaft nicht mehr akzeptabel ist[17].
Es sind jedoch die Entwicklungen der letzten Jahre, die mit unterschiedlichen Faktoren, wie z. B. der unbegrenzte Zugang zu Massenmedien, die Mobilität sowie die sich ständig entwickelnden Position und medialen Vorgehen der feministischen und weltlichen Bewegungen zusammenhängen und auf die Gesellschaft ihren Einfluss haben. Nichtsdestotrotz präsentierte sich Anfang der 90er Jahre ein ganz anderes Bild – eine niedrige, geradezu „ambivalente Haltung der Gesellschaft gegenüber dem Schwangerschaftsabbruch" (Kolarzowski, 1994:186).
Kolarzowski meint, dass drei Hauptursachen zur Verabschiedung des Gesetzestextes im Jahre 1993 geführt haben – die verstärkte Unterschriftensammelaktion der „pro-life"-Bewegungen vom Februar bis April 1991, der Nationale Ärztekongress und die Verabschiedung des neuen „Ethikkodex" am 14.12.1991, der die Durchführung eines legalen Schwangerschaftsabbruchs verbot, sowie die Tatsache, dass die national konservative Christlich-Nationale Vereinigung (ZChN) ,die den Sitz im Sejm, als drittstärkste Partei, bekommen hat.
Diese Ereignisse verhinderten die Aktionen der BefürworterInnen des bestehenden Gesetzes von 1956, das Gesetz aufrechtzuerhalten. Meistens, wie im Falle des neuen Ethikkodex der Ärzte, kam es zu regelrechter Verletzung des bestehenden Gesetzes. Das polnische Verfassungstribunal hat die Ungültigkeit dieser Änderungen 1992 erklärt, aber das hat nicht geholfen andere Auswirkungen, wie z. B. die fünffache Preissteigerung für den Eingriff oder die Entstehung des „Schwarzmarktes", zu vermeiden. Des Weiteren wurde der Weg zu einem öffentlichen Referendum blockiert, das vom damaligen Präsidenten, Lech Wałęsa und der Premierministerin Hanna Suchocka, abgelehnt wurde.
Im Jänner 1993 lehnte der Sejm einen weiteren Antrag auf ein Referendum[18] und einen Änderungsantrag ab, der unbeschränkte Schwangerschaftsabbrüche in öffentlichen medizinischen Einrichtungen gestatten sollte. Wanda Nowicka, die ehemalige Vorgesetzte und Aktivistin der polnischen Föderation für Frauen und Familienplanung, erinnert sich in ihrem Interview mit Agnieszka Walko-Mazurek (*Zawsze po stronie kobiet*, 2011:6), dass aus diesem Anlass 1.3 Millionen Unterschriften gesammelt wurden: *(...) leider umsonst.*
Auf der anderen Seite verabschiedete der Sejm einen weiteren Antrag über Straflosigkeit für Frauen, die sich einem Schwangerschaftsabbruch unterzogen, sowie einen Änderungsantrag, der den Schwangerschaftsabbruch gestattete, wenn die Gesundheit oder das Leben der Schwangeren unmittelbar gefährdet war oder wenn die Schwangerschaft aufgrund eines Verbrechens zustande kam. Am 2. März 1993 trat das Gesetz vom 7. Jänner 1993 über

[17] Aus Statistiken des polnischen Meinungforschungsinstituts (CBOS) geht es hervor, dass in den Parlamentswahlen 2011, Ruch Palikota von 10% der polnischen Gesellschaft unterstützt wurde. Die offizielle Seite von CBOS, siehe: http://cbos.pl/PL/wybory/wybory.php.

„Familienplanung, Schutz des Embryos und die Voraussetzungen für einen legalen Schwangerschaftsabbruch" (poln. ustawa „O planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży") in Kraft (Kolarzewski, 1994:182, Chełstowski 2000:52ff.)

> *Im Allgemeinen verbietet das Gesetz den Schwangerschaftsabbruch aus sozialen Gründen (90% aller bisherigen Eingriffe). In allen anderen Fällen, die den Schwangerschaftsabbruch billigen, ist eine detaillierte Dokumentation notwendig.*
> *Des Weiteren darf die Prozedur ausschließlich in Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens durchgeführt werden.*
>
> (Kolarzowski, 1994:183)

Da sich die damalige Regierung, aufgrund der baldigen Wahlen, der Erlassung des restriktiven Schwangerschaftsabbruchsgesetzes nicht widersetzen wollte, waren es die Aktivistinnen der unterschiedlichen Frauenbewegungen, die sich der Entscheidung des Sejms entgegenstellten. In erster Linie war es die polnische Föderation für Frauen und Familienplanung[19], die sich nach 1993 um die Liberalisierung des Gesetzes bemühte. Die in 1991 gegründete Organisation mit Wanda Nowicka als Vorsitzende, setzt sich seit 20 Jahren für die Rechte der polnischen Frauen ein. Zu den wichtigsten Zielen der Organisation, die im Artikel 10 des Statuts der Föderation zu finden sind, gehören:

> *- Sicherstellung des unbegrenzten Zugangs zur Information im Bereich der Familienplanung;*
> *- Förderung der diversen Methoden und Mittel der Geburtenkontrolle;*
> *- Schutz des Rechts einer Frau auf eine freie Entscheidung über ihre Mutterschaft;*
> *- Förderung der Gesundheit der Frau, besonders im Bereich der Fortpflanzung;*
> *- Unterstützung und rechtliche Vertretung im Rahmen einer Vertrauensperson vor Gericht (...)*

Die Föderation hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten immens für die Verbesserung der Frauenlage, nicht nur in Bezug auf das Recht auf den legalen Schwangerschaftsabbruch, aber auch z. B. in Fragen der Gleichberechtigung der Frauen im Arbeitsbereich, eingesetzt. Dennoch gehören die Handlungen um das Schwangerschaftsabbruchsgesetz zu den Hauptangelegenheiten der Organisation und sie „wird so lange bestehen, bis die Mission erfüllt ist" (Nowicka, Interview 2011).

---

[19] Informationen über die polnische Föderation für Frauen und Familienplanung auf Englisch: http://federa.org.pl/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=78&Itemid=114

Der erste Liberalisierungsversuch 1994 ist aufgrund des Vetos des damaligen Staatspräsidenten, Lech Wałęsa, nicht zustande gekommen. Die Föderation versuchte es 1996 ein weiteres Mal, diesmal mit Erfolg. Der mildere Gesetzesentwurf wurde von dem aus der sozialdemokratischen Partei (SLD) stammenden Präsidenten Aleksander Kwaśniewski unterzeichnet. Der neue Gesetzestext sah vor, dass Frauen aufgrund schwieriger Lebenslagen den Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen dürften. Gegen das Gesetz wurde allerdings nach einem Jahr von den Abgeordneten der nationalliberalen Wahlaktion Solidarność (AWS) vor dem Verfassungstribunal geklagt.
Wanda Nowicka erinnert sich, dass es zu Regierungszeiten von AWS keine weitere Liberalisierungsversuche gab, weil keine Chance für Erfolg bestand (Nowicka 2006:1). Erst in den Jahren 2001-2005 als die Sozialdemokraten wieder an der Macht waren, ergab sich wieder eine Möglichkeit, um gegen das restriktive Gesetz etwas zu unternehmen. Der Plan ist jedoch aufgrund der Wahlen nicht zustande gekommen. Das Schwangerschaftsabbruchsgesetzt konnte als Wahlthema zu großen Stimmenverlusten führen, was sich die Sozialdemokraten nicht leisten konnten. „Außerdem war es das Jahr, in dem Polen der EU beitreten sollte und SLD wollte das Missfallen der WählerInnen der Rechtsparteien nicht erregen (...) ihre Sorgen über die Wählerschaft haben aber nicht viel genutzt. Sie haben die Wahlen verloren“ (Nowicka, Interview 2011).

3.4 Der Umbruch im August 2010 und Voraussichten — das Parlament Hearing zum Thema „*Abtreibungstourismus* der Polinnen“

Die Wahlen 2005 haben die Situation um das Schwangerschaftsabbruchsgesetz noch zugespitzt, denn die nationalkonservative Partei, Recht und Gerechtigkeit (PiS), bereit war, das Gesetz vollkommen aus der polnischen Verfassung zu entfernen. Dafür benötigt das Parlament in Polen allerdings eine sog. qualifizierte Mehrheit, d. h. zwei Drittel aller Stimmen, also mindestens 66,6%. Des Weiteren wäre ein komplettes Schwangerschaftsabbruchsverbot ein Verstoß gegen die Europäische Menschenrechtskonvention, insbesondere gegen den Artikel 5 (Recht auf Freiheit und Sicherheit), Artikel 8 (Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens) und Artikel 14 (Diskriminierungsverbot) (vgl. „Wprost“ vom 4.9.2006).
Schon 2004 äußerten sich die Vereinten Nationen kritisch zu der Situation im Hinblick auf das Schwangerschaftsabbruchsgesetz in Polen. Der VN-Menschenrechtsausschuss wies im Art. 8 Punkt C des Berichts *Consideration of Reports submitted by states parties under article 40 of the Covenant* von 2.12.2004 auf folgende Punkte auf:

The Committee reiterates its deep concern about restrictive abortion laws in Poland, which may incite women to seek unsafe, illegal abortions, which attendant risks to their life and health. It is also concerned at the unavailability of abortion in practice even when the law permits it, for example in cases of pregnancy resulting from rape, and by the lack of information on the use of the conscientious objection clause by medical practitioners who refuse to carry out legal abortions. The Committee further regrets the lack of information on the extent of illegal abortions and their consequences for the women concerned (art. 6)[20]

Vor allem der Punkt, der auf Abweichungen von dem bestehenden Gesetz abzielte, wie z. B. im sehr medialen Fall von Alicja Tysiąc[21], einer 7 Jahre lang dauernden Causa, die vom Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte in Straßburg gelöst wurde, hat die Aufmerksamkeit der internationalen medizinischen und juristischen Kreise geweckt. Immer mehr Frauen haben sich für eine Reise ins Ausland entschieden, um die gesetzlichen Verwicklungen zu vermeiden. Es sei kein neues Phänomen, den *Abtreibungstourismus* gab es schon in den 90er Jahren, in den letzten Jahren habe sich jedoch diese Situation deutlich verschlimmert, so Nowicka in ihrer Rede hinsichtlich des öffentlichen *Hearings* im Sejm am 26.08.2010.
Zu dieser Veranstaltung wurden ausländische Gäste aus Großbritannien, Deutschland, Holland und Österreich eingeladen sowie ÄrztInnen, medizinisches Personal und auch BeraterInnen, die mit dem sog. Abtreibungstourismus unter Polinnen tagtäglich konfrontiert sind. Die Aussagen deuteten darauf hin, dass das polnische Gesetz eines der restriktivsten weltweit ist. Dieser „Trend" wird sich weiterhin vertiefen, solange die Regierung der Liberalisierung nicht zustimmt.

(...) by making it [abortion] *illegal, we cannot put it away, we can only make it more dangerous"*

(Dr. Christan Fiala, Sejm 2010)

---

[20] Der vollständige Textlaut des Dokumentes: *Concluding Observations of the Human Rights Committee: Poland*, siehe: http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/66db176cabc27b16c1256f43005ba2e7?Opendocument

[21] Alicja Tysiąc wurde 2000 der Schwangerschaftsabbruch verweigert, obwohl laut den pränatalen Untersuchungen, die Geburt eine Erblindungsgefahr darstellte. Sie brachte Kind zur Welt bringen und 6 Wochen nach der Geburt trat bei ihr eine Verschlechterung der Sehkraft, was auf ihr Berufsleben immense Auswirkungen hatte. Sie hat den Arzt, der ihr das für den Schwangerschaftsabbruch nötige Attest verweigert hat, verklagt, aber das Gericht hat die Klage zugunsten des Arztes entschieden. 2003 hat sie die zweite Klage gegen den Staat Polen beim Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte eingereicht und 2007 gewonnen. Polen wurde zu Schadenersatzzahlungen in der Höhe von 25.000 Euro verurteilt. Für weitere Informationen siehe: http://news.bbc.co.uk/2/hi/europe/6470403.stm

Genaue Zahlen, wie viele Polinnen sich jährlich für den Schwangerschaftsabbruch entscheiden, gibt es nicht. Die „registrierten" Fälle, also jene, die mit dem bestehenden Gesetz konform sind, betragen, laut dem Bericht des Gesundheitsministeriums von 2008, 499 Schwangerschaftsabbrüche – 32 aufgrund des direkten Gesundheits- und/oder Lebensgefährdung der Schwangeren und 467 aufgrund der hohen Behinderungswahrscheinlichkeit des Fötus. Es besteht keine Möglichkeit die sonstigen Fälle festzustellen. Die polnische Föderation für Frauen und Familienplanung schätzt diese Zahl jedoch auf ca. 150.000 pro Jahr, davon werden 10-15% im Ausland durchgeführt. Laut Ann Furedi, der Vorsitzenden der Britischen Stiftung British Pregnancy Advisory Service, gibt es Annahmen, die darauf hindeuten, dass sich jährlich, allein in Großbritannien, 10.000 Polinnen dem Schwangerschaftsabbruch unterziehen:

> *(...) There are claims that up to 10.000 women a year were coming from Poland to obtain abortion in the British hospitals. I think this is unrealistic and it's alarming, but probably more than a thousand, probably several thousands are travelling to UK. (...) it is unclear how many of them are (...) taking an opportunity of a safe service. (...)*

Des Weiteren bekräftigte Furedi, dass die Zahlen der nach Großbritannien anreisenden Frauen, die sich dort dem Schwangerschaftsabbruch unterziehen lassen möchten, im direkten Zusammenhang mit Gesetzen in ihren Heimatländern stehen:

> *(...) The number of abortions would drop significantly, if other countries in Europe liberalized their laws. (...) Abortion tourism allows (...) political hypocrisy, it allows a country to pretend that abortion doesn't happen, because it's happening somewhere else, or behind the scenes. (...)*

Dieser Meinung ist auch der unabhängige Abgeordnete Marek Balicki, der sagt, dass das polnische Schwangerschaftsabbruchsgesetz ineffektiv sei und in seiner jetzigen Form eine Heuchelei darstelle. Die Tatsache, dass der *Abtreibungstourismus* zunimmt, deutet darauf, dass das Problem mit dem Gesetz noch lange nicht gelöst ist; es begann mit dem Inkrafttreten des Gesetzes vom 1993.
Das Schwangerschaftsabbruchsverbot trägt auch nicht zur Erhöhung der Geburtsraten bei, so Dr. Christian Fiala. In seinem Ambulatorium in Wien unterziehen sich dem Schwangerschaftsabbruch jährlich 200 Polinnen. Im Vergleich mit den Dienstleistungen des polnischen „Schwarzmarktes" (5.000-10.000 PLN/ca. 1.250-2.500 Euro) sind die Kosten des Eingriffs in Österreich (derzeit 460€) sind die Kosten viel niedriger und die Qualität ist höher. Die DiskussionsteilnehmerInnen wiesen darauf hin, dass der *Abtreibungstourismus* meist nur

für wohlhabende Frauen zugänglich sei. In diesem Sinne, verursachen die restriktiven Schwangerschaftsabbruchsgesetze eine schwer begreifliche soziale Kluft und alleine aus diesem Grund sind sie den Frauen gegenüber diskriminierend.
Nichtsdestotrotz wurde, ein Jahr später, am 14. April 2011, ein neuer Gesetzesentwurf (die Bürgerinitiative) eingereicht, der das Schwangerschaftsabbruchgesetz von 1993 vollkommen aus der Verfassung entfernen sollte.
Der Gesetzesentwurf wurde am 1.7.2011, also am Tag, an dem Polen die Führung im EU-Rat übernahm, an eine außerordentliche Kommission weitergeleitet, die über die Zukunft des bestehenden Gesetzes bis 1. September 2011 entscheiden sollte. Die Parlamentssitzung der Kommission für Sozial- und Gesundheitswesen über die im April eingereichte Bürgerinitiative (rund eine halbe Million Unterschriften) fand am 28. August 2011 statt.
Die Gefährdung eines der restriktivsten Schwangerschaftsabbruchsgesetze in Europa hat das Interesse solcher Organisationen, wie Amnesty International Polska geweckt, die aus diesem Anlass eine Pressemitteilung auf ihrer Webseite veröffentlicht hat. „Wenn Polen die vorgeschlagenen Änderungen in ihre Verfassung übernehmen würde, wäre das eine grobe Missachtung seiner Verpflichtungen im Bereich der Menschenrechte", so Beata Oleksy-Sanocka, die Sprecherin von Amnesty International Polska (vgl. Interview in der online Ausgabe von „Amnesty International Polska" am 18.8.2011). Sanocka betonte, dass wenn dieses Projekt tatsächlich umgesetzt würde, hieße das, dass Frauen und Mädchen, im Allgemeinen der Zugang zur grundlegenden medizinischen Fürsorge, diagnostischen Untersuchungen und Eingriffen komplett verschlossen bliebe, was sich negativ auf ihre Gesundheit und Leben und die des Fötus auswirken könne[22].
Am 1. September wurde die Abstimmung bezüglich zweier Gesetzesentwürfe zum Thema Schwangerschaftsabbruchsgesetz gehalten: der erste, die schon erwähnte Bürgerinitiative, die das bestehende Gesetz vollkommen aus der Verfassung entfernen sollte und das Gegenprojekt der Demokratischen Linken (SLD), das das Gesetz von 1993 liberalisieren[23] sollte. Beide Projekte wurden abgelehnt, d. h. das Gesetz von 1993 blieb unverändert. Für das liberale Projekt der Demokratischen Linken stimmten 31 Abgeordnete und die restriktive Bürgerinitiative wurde mit der Anzahl von nur 6 Stimmen abgelehnt.

---

[22] Pressemitteilung der Amnesty International (AI), siehe: http://amnesty.org.pl/no_cache/archiwum/aktualnosci-strona-artykulu/article/7456/589/category/26/neste/6.html

[23] Der Gesetzesvorschlag der Demokratischen Linken (SLD) sah unter anderem „den Schwangerschaftsabbruch „auf Wunsch" bis zur 12. Schwangerschaftswoche, kostenfreie Abtreibung und pränatale Untersuchungen", sowie „einen Ausbau der Sexualerziehung in den Schulen, die Rückerstattung von Kosten für die Verhütungsmittel" vor. Auf der anderen Seite, forderten die Autoren der Bürgerinitiative, u. a. das komplette Entfernen der bis jetzt gültigen Ausnahmen, in denen ein Schwangerschaftsabbruch vorgenommen werden dürfte aus der Verfassung (*die* Standard.at vom 1.09.2011, siehe: http://diestandard.at/1314652750780/Polen-Totales-Abtreibungsverbot-nur-knapp-verhindert?seite=2, http://derstandard.at/1314652754332/Hauchduenne-Mehrheit-gegen-Abtreibungsverbot).

Die in diesem Kapitel präsentierten Ereignisse im Hinblick auf das Schwangerschaftsabbruchsgesetz umschließen den Zeitraum von einem Jahr. Die Schwangerschaftsabbruchsfrage ist wieder aktuell geworden und es sind auch wichtige Veränderungen in der polnischen Sichtweise zum Vorschein gekommen, die in den 20 Jahren, ab dem Zeitpunkt als das Gesetz in Kraft getreten ist, eher unbemerkt blieben. Die Position der polnischen Gesellschaft und ihre Wahrnehmung, welche Rolle dieses Gesetz für die polnischen BürgerInnen spielt, möchte ich mit Hilfe der CBOS-Umfrage, die im September 2011, vor den Oktober Parlamentswahlen durchgeführt wurde, analysieren.

3.5 Der Schwangerschaftsabbruch in Augen der Gesellschaft

Das *Hearing* am 26.08.2010 und die reale Chance auf die Abschaffung des bestehenden Schwangerschaftsabbruchsgesetzes 2011 hat nationale und internationale Aufmerksamkeit geweckt und das Thema des Schwangerschaftsabbruchsgesetzes wurde wieder aktuell. Das Jahr 2011 war ein wichtiges Jahr für Polen – zur Erinnerung, am 1. Juli 2011 übernahm Polen die Führung im EU-Rat und im Oktober 2011 fanden Parlamentswahlen statt, deren Ergebnis für die Befürworter des liberaleren Schwangerschaftsabbruchsgesetzes von besonderer Bedeutung war[24].

Im September 2011, ein Monat vor den Parlamentswahlen, hat das polnische Meinungsforschungsinstitut (CBOS) eine jährliche Umfrage *Meinung zur rechtlichen Zulässigkeit und Regelung des Schwangerschaftsabbruchs* (poln. *Opinie o prawnej dopuszczalności i regulacji aborcji*) durchgeführt, die die Einstellung der polnischen Gesellschaft zum Thema Schwangerschaftsabbruchsgesetz schildert. Die Meinungen der Befragten der *pro-choice* und *pro-life* liegen sich sehr nahe – fast die Hälfte (47%) spricht sich für das Recht zum Schwangerschaftsabbruch aus, jeder Neunte (11%) wünscht sich, dass der Schwangerschaftsabbruch vollkommen legal wäre, mehr als jeder Dritte (36%) spricht sich für die Einschränkung mit Ausnahmen aus. Fast die Hälfte der Befragten (46%) spricht sich gegen den Schwangerschaftsabbruch aus, davon 31% mit Ausnahmen und 15% für ein komplettes Verbot (siehe Abb.1 und Abb.2).

[24] Am 9. Oktober 2011 fanden die Parlamentswahlen statt. Die antiklerikale Partei von Janusz Palikot (RP), von deren Liste Wanda Nowicka kandidiert hat, erreichte 10% Stimmen, was sie zu der drittstärksten Fraktion machte (Dethlefsen, K., Walter J.: „Zwischen antiklerikaler System – Opposition und postkommunistischer Orientierungslosigkeit", Friedrich Ebert Stiftung, 2012)

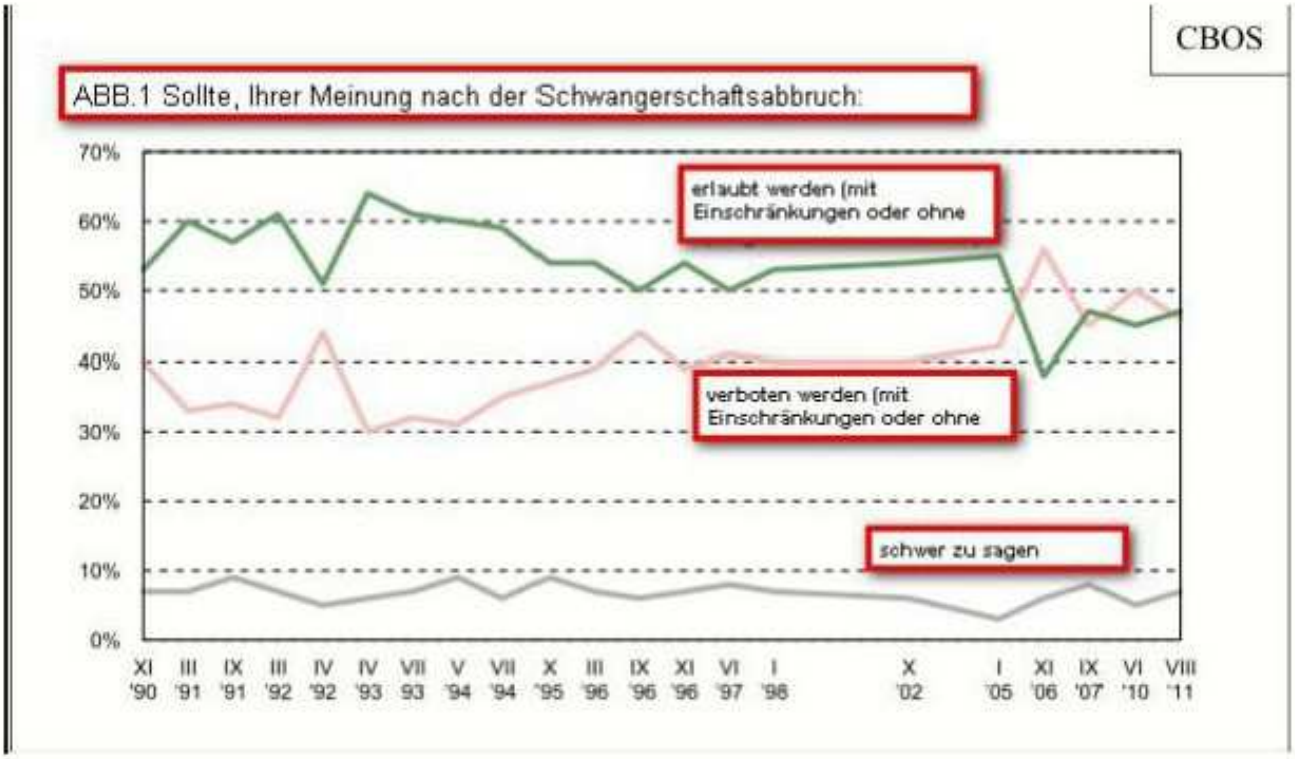


Abb.1 CBOS Umfrage 2011

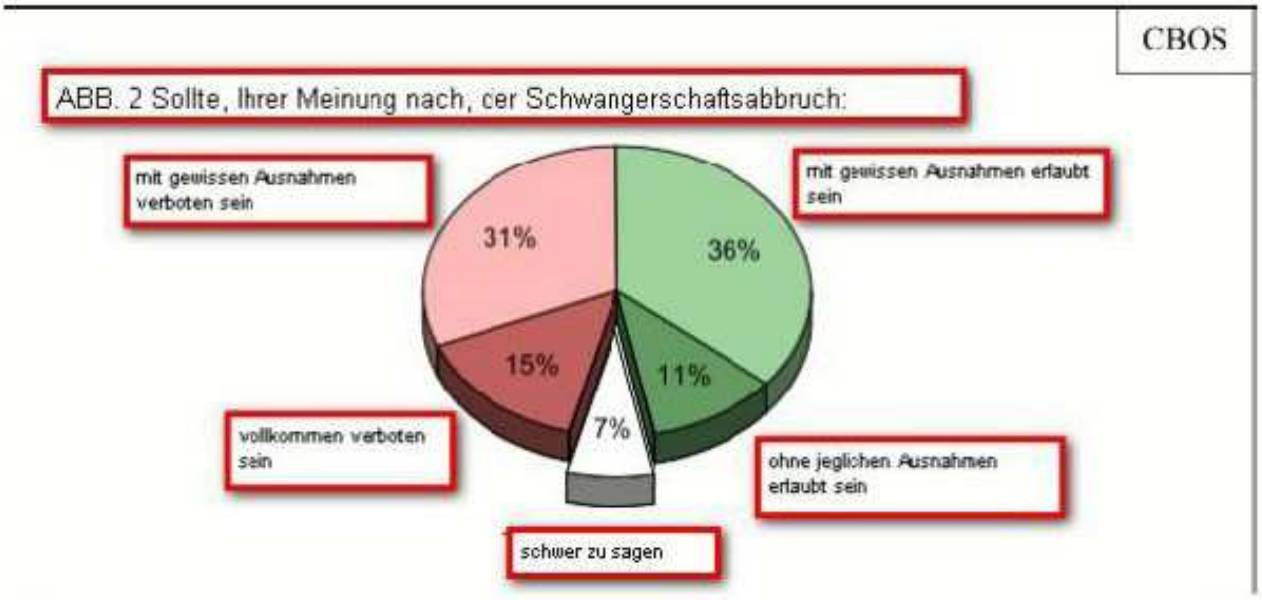


Abb. 2 CBOS Umfrage 2011

Auf die CBOS Frage, ob eine Frau, wenn sie sich für den Schwangerschaftsabbruch entscheiden würde, das Recht haben sollte, sich dem Eingriff zu unterziehen, sprach sich fast die Hälfte der Befragten (48%) für eine solche Möglichkeit aus und 43% waren eher skeptisch

eingestellt. Die Meinung zum Schwangerschaftsabbruch richtet sich meistens nach sozialen, religiösen und politischen Ansichten; auch die meisten Befragten unter dem 25. Lebensjahr haben sich meistens gegen den Schwangerschaftsabbruch ausgesprochen.
Die Meinung der polnischen Gesellschaft über das bestehende Schwangerschaftsabbruchsgesetz – sollte es liberalisiert oder verschärft werden – ist sehr deutlich: 84% sprachen sich für die Liberalisierung des Gesetzestextes von 1993 aus, was 43% der polnischen Gesellschaft entspricht. Jede/r vierzehnte (7%) wäre für eine Verschärfung des bestehenden Gesetzes (siehe Abb. 3).



Abb. 3 CBOS Umfrage 2011

Das Gesetz von 1993 besteht weiterhin, trotz der direkten Angriffen seitens der polnischen Politik, der Katholischen Kirche und der *pro-life* Organisationen. Es ist jedoch nicht ausgeschlossen, dass sich solche Situationen, wie am 1. September 2011 noch wiederholen könnten, und dass die polnischen Frauen weiterhin auf Hilfe der ausländischen ÄrztInnen angewiesen sein werden.
Am 13.09.2012 erschien in der online Ausgabe von "The Christian Science Monitor" ein Artikel über eine erneute Abstimmung über Liberalisierung des bestehenden Schwangerschaftsabbruchsgesetzes, welche noch im September dieses Jahres stattfinden sollte:

> *The legislation proposed by Palikot Movement, a new left-leaning political party, would make abortion available until the 12th week of pregnancy; introduce free or subsidized contraception; and improve the quality of sex education in schools.*

Advocates of the bill say the current law has not prevented abortions; rather it has fueled a vast, illegal abortion underground.(...) The legislation is unlikely to win the initial voting round, let alone become law, given the current political climate. Just last year, the lower house of parliament voted in favor of an all-out ban on abortion – that would do away with the current exceptions – by 254 to 151, though it did not survive in the subsequent steps to become law.

(Johnston, V. in The Christian Science Monitor am 13.09.2012)

In den kommenden Kapiteln möchte ich mich mit zwei Phänomenen, die mit dieser Situation in einer direkten Verbindung stehen, genauer auseinandersetzen: dem *Abtreibungstourismus* und der interkulturellen Kommunikation. Diese zwei Begriffe sind aus der Perspektive der angehenden Kultur- und SprachmittlerInnen von großer Wichtigkeit. Meine Fragestellung sollte die Antworten auf die folgenden Fragen liefern:

In welcher Form besteht die aufgrund des „Abtreibungstourismus" hervorgehende interkulturelle Kommunikation zwischen dem österreichischen Arzt und der polnischen Patientin?

Inwiefern kann sich professionelle, interkulturelle Kommunikation auf die Qualität der Verständigung und Behandlung der Patientinnen auswirken?
Welche Aspekte beider Kulturen, der polnischen und der österreichischen, werden in den ÄrztIn/Pflegepersonal-Patientin-Gesprächen, mit Fokus auf den Schwangerschaftsabbruch berücksichtigt bzw. nicht berücksichtigt?
Wie groß ist der tatsächliche Bedarf nach qualifizierten Sprach- und KulturmittlerInnen in diesem Bereich?

4. *Abtreibungstourismus* und die interkulturelle Kommunikation

Der aufgrund des restriktiven Schwangerschaftsabbruchsgesetzes zustande kommende *Abtreibungstourismus* von Polinnen nach Österreich verlangt nach entsprechenden Handhabungsmaßnahmen im Bereich der interkulturellen Kommunikation. Man darf nicht vergessen, dass es sich hier um keinen typischen Fall von Tourismus handelt; für Frauen ist es nicht das Vordergründige, die Kultur oder die Sprache des anderen Landes zu erforschen und sich mit deren Merkmalen bewusst auseinanderzusetzen. Frauen verlassen ihr Heimatland aus einem bestimmten Grund, sie suchen Hilfe, die sie nur in bestimmten Ländern Europas,

darunter auch in Österreich, erhalten können.
Wie in den vorigen Kapiteln erwähnt wurde, stellen der beschränkte Zugang zu Verhütungsmitteln, mangelndes Wissen über die Konsequenzen des Sexuallebens sowie das restriktive Schwangerschaftsabbruchsgesetz des jeweiligen Landes die primären Gründe für den *Abtreibungstourismus* dar. Diese drei Faktoren führen dazu, dass Frauen ein beschränktes Entscheidungsrecht im Hinblick auf eine bewusste und gewünschte Mutterschaft besitzen. Diese Eingrenzung der individuellen Bestimmungsmacht über den eigenen Körper führt oft dazu, dass sie extreme Maßnahmen in sehr kurzer Zeit ergreifen müssen. Es muss an dieser Stelle betont werden, dass diese Maßnahme keine optimale Lösung darstellt, weil sie kostspielig und zeitaufwändig ist. Dennoch garantiert sie den Zugang zur hochqualitativen medizinischen Versorgung, die z. B. am „Schwarzmarkt" nicht immer möglich ist.
Eine Alternative zum *Abtreibungstourismus* stellt die weniger bekannte, aber von manchen Ärzten praktizierte Reisetätigkeit dar. Von den Gründen dieses Phänomens erzählte Florian Willems in seinem Vortrag, der am 26.11.2001 im Rahmen einer Kooperationsveranstaltung der Wiener Frauengesundheitsbeauftragten, MA 57 und der Österreichischen Gesellschaft für Familienplanung stattgefunden hat, folgend:

> *Einige niederländische Ärzte/innen reisen nach Spanien, oder haben sich dort niedergelassen, um Schwangerschaftsabbrüche im zweiten Trimester an Frauen aus Spanien oder Frankreich durchzuführen. Andere bilden Kollegen/innen in Frankreich aus(...). Ich habe in Rumänien Mediziner/innen in der Aspirationstechnik (einer verbesserten Vacuumcuretage) ausgebildet und auch in Südafrika und Litauen Kollegen und Kolleginnen fortgebildet.*
>
> (Willems in Dokumentation der Enquete, 2001: 21)

Diese Reisetätigkeit der ÄrztInnen steht jedoch vor allem für die Weiterbildungsmöglichkeiten für FrauenärztInnen im Bereich des Schwangerschaftsabbruchs. Wenn der Schwangerschaftsabbruch in den jeweiligen Ländern, wie z. B. in Polen, aufgrund des Gesetzes und *Gewissensklauseln* der ÄrztInnen nicht möglich ist, ist das die einzige Alternative. Verbote und restriktive Gesetze können diese Tätigkeit nicht unterbinden und solange keine Präventivmaßnahmen, wie der unbeschränkte Zugang zu Verhütungsmitteln vorhanden sind, wird der Bedarf nach hochqualitativer medizinischer Versorgung weiterhin groß bleiben.

Das ist sicher eine ganz wichtige Maßnahme, die aber natürlich nur provisorisch sein kann (...), weil man ja nicht nur irgendwohin fährt und dort mechanisch operiert, sondern man bringt auch Wissen mit, man führt zu einer Bewusstseinserweiterung bei.

(Dr. Christian Fiala, Interview 18.6.2012)

Worauf unbedingt hingewiesen werden muss, ist die Tatsache, dass es sich um ein Phänomen handelt, das zwei Kulturen einbezieht. Deshalb ist der *Abtreibungstourismus* eng mit interkulturellen und sprachlichen Handlungen verbunden; zwei Kulturen, die polnische und die österreichische, treffen in sehr spezifischen und besonderen Umständen aufeinander.
Wie wird diese Kommunikation von einer unter Stress stehenden Patientin/dem/der ÄrztIn wahrgenommen, bzw. wird sie überhaupt wahrgenommen? Welche Schritte werden eingeleitet, um die Kommunikation qualitativ zu verbessern? Was macht eine gelungene interkulturelle Fachkommunikation in diesem bestimmten Bereich aus und wie wirkt sie sich auf die Tätigkeit der Kultur- und der SprachmittlerInnen aus?
Um die Verbindung zwischen diesen zwei Phänomenen verstehen zu können, möchte ich sie auf Basis der zugänglichen Literatur und den durchgeführten Experteninterviews analysieren.

4.1 Was ist interkulturelle Kommunikation?

Kommunikation ist immer ein Risiko. Wer sich darauf einläßt, riskiert mißverstanden zu werden(...). Glücklicherweise gibt es eine Reihe von Bedingungen, die helfen, das Risiko einigermaßen gering zu halten (...).

(Knapp-Potthoff, 1987:423)

Die interkulturelle Kommunikation ist ein sehr breiter Begriff und um den Umfang meiner Masterarbeit nicht zu sprengen, möchte ich mich auf die für den von mir gewählten kommunalen Bereich und meine Spezialisierung – Dolmetsch und Übersetzen – relevanten Punkte beschränken. Diese Hypothesen werden auch im Rahmen des praktischen Arbeitens, in qualitativen Interviews infrage gestellt und auf ihre praktische Umsetzung überprüft.
Bevor jedoch die Bedeutung des Begriffs interkulturelle Kommunikation näher angegangen werden kann, gehe ich von der Annahme aus, dass der *Abtreibungstourismus* in den Bereich der typischen alltäglichen Kommunikation zwischen den Angehörigen zweier Kulturen nicht hineinfällt. Vielmehr handelt es sich hier um eine Kommunikation in einem ganz bestimmten

medizinischen Bereich, die zwischen Laien (*Ohnmächtigen*), in diesem Fall ausschließlich weiblichen PatientInnen, und den ExpertInnen (*Mächtigen*) stattfindet und in der beide

Parteien in einem ungleichen Verhältnis zu einander stehen (vgl. Knapp-Potthoff, 1987:428). Dennoch sind das nur „graduelle Unterschiede", denn eine reine Kommunikation im Hinblick auf ein Arzt-Patientin Gespräch in der gemeinsamen Sprache der beiden Parteien kann ebenso zur Entstehung von Missverständnissen und Kommunikationsfehlern führen, wie in der interkulturellen Form. Der Unterschied liegt darin, dass im ersten Fall, wenn es zu Missverständnissen kommen sollte, die Parteien diese im Gespräch selbst beseitigen können, indem sie z. B. noch einmal nachfragen oder das Gesagte paraphrasieren, wobei im Falle der interkulturellen Kommunikation oft Hilfe der Sprach- und KulturmittlerInnen (hier spezifisch DolmetschInnen und ÜbersetzerInnen) benötigt wird, um das gegenseitige Verständnis (wieder-) herstellen zu können. Der Grund für die Herstellung des gegenseitigen Verstehens liegt in der „Überlappung der kulturellen Erfahrungswerte der Kommunizierenden" (Framson, 2009:14).

Dreißig (2005:21) berücksichtigt die Wichtigkeit des kulturellen Aspekts und definiert interkulturelle Kommunikation als eine Art Kommunikation „in der nicht nur kulturspezifische Scripts und Standards Berücksichtigung finden, sondern auch andere Faktoren, wie z. B. die Subjektivität kulturellen Denkens, Handelns und Fühlens, oder der strukturelle Kontext bestimmter Interaktionssituationen".

Wie schon früher erwähnt, beruht die Spezifik einer ÄrztIn-Patientin Interaktion darauf, dass die Parteien eine ungleiche Stellung einnehmen – eine sucht Hilfe und Lösung für ihre Probleme und die andere liefert die Antworten und beseitigt die Probleme. Die *Faktoren,* die Dreißig aufzählt, dienen der Sensibilisierung auf die Bedürfnisse beider Parteien, ihren Zugang zu unterschiedlichen Arten des *Denkens, Handelns und Fühlens* je nach Situation, in der VertreterInnen beider Kulturen aufeinanderstoßen.

Es stellt sich die Frage, ob im Falle eines 2-tägigen Aufenthaltes im Ausland, die von Knapp-Potthoff (2005:432) aufgezählten Strategien interkulturelle Kommunikationsmissverständnisse zu vermeiden tatsächlich eingesetzt werden können:

> - *(...) das Wissen um Geschichte, Gesellschaftsstruktur, religiöse Überzeugungen und Wertvorstellungen (...);*
>
> *-(...) gemeinsames Institutionenwissen (...);*
>
> *-(...) fachliches Wissen (...);*

Worauf muss also im Umgang mit ausländischen Patientinnen und ÄrztInnen acht genommen werden und welche Maßnahmen sollten umgesetzt werden, um einen reibungslosen Gesprächsverlauf garantieren zu können?
Es ist nicht nur das rein Sprachliche, dass zur erfolgreichen Kommunikation beisteuert, sondern auch die Beachtung der nonverbalen Elemente, das sich durch die Proxemik (Körperstellung, Körperführung), Gestik und Mimik offenbaren, als auch die Kenntnis der jeweiligen Kulturen, die miteinander in Kontakt treten.

4.2 Aspekte und Strategien der interkulturellen Kommunikation

In dem kommenden Kapitel möchte ich die Aspekte und Strategien der interkulturellen Kommunikation, mit spezieller Berücksichtigung von zwei Perspektiven, die im Bereich des *Abtreibungstourismus* in Österreich zustande kommen, genauer erläutern:

- die Interaktanten kommunizieren in der Muttersprache einer Partei oder mit Hilfe einer *lingua franca*, z. B. Englisch, ohne Hilfe einer SprachmittlerIn;

- die Interaktanten kommunizieren in der Muttersprache einer Partei mit Hilfe einer SprachmittlerIn;

Um diese beiden Perspektiven schildern zu können, werde ich mich auf dem Modell von Annelie Knapp-Potthoff, die sich mit den Strategien interkultureller Kommunikation in mehreren Werken auseinander gesetzt hat, stützen. In ihrer Studie von 1987, „Strategien Interkultureller Kommunikation", präsentiert sie ein Kommunikationsmodell, das sich sehr gut auf die Interaktion zwischen den Angehörigen zweier unterschiedlichen Kulturen in einer spezifischen Kommunikationssituation, wie die ärztliche Besprechung vor dem Schwangerschaftsabbruchseingriff, mit bzw. auch ohne Hilfe einer SprachmittlerIn, beziehen lässt. Allerdings möchte ich betonen, dass ich mich in meiner Arbeit vor allem mit der zweiten Variante auseinandersetzen möchte, um die Bedeutung der Kultur- und SprachmittlerIn, die in meiner dritten Frage angesprochen wurde, erörtern zu können.
Potthoff betont, dass „sprachliche Äußerungen immer auch soziale Bedeutungen (...)" haben und diese in wörtliche und nichtwörtliche unterteilt werden können. Außerdem, berücksichtigt sie für die von mir übernommene Annahme, dass „Kommunikationspartner gutwillig, kooperativ und in gegenseitigem Respekt an Verständigung interessiert sind."
Diese Annahme entspricht sehr genau der Situation in der sich die Gesprächsparteien, die ich zu diesem Thema befragt habe, befinden; erstens handelt es sich in den meisten Fällen um

eine sehr geringe Zeitspanne (Schwangerschaftsabbruch in Österreich darf bis zur 12. Schwangerschaftswoche legal durchgeführt werden und viele Patientinnen entscheiden sich dafür eher später als früher).

> *Wir bekommen in Gynmed auch Anrufe von Frauen, die gesetzlich bestimmte Frist für einen legalen Schwangerschaftsabbruch überschritten haben. Dann empfehle ich ihnen sich mit einer Klinik in den Niederlanden in Verbindung zu setzten.*
>
> (Mag. Waniek, Interview Juni 2012)

Zweitens, benötigt die Patientin dringend Hilfe und ist bereit deswegen ins Ausland zu reisen um hochqualitative medizinische Versorgung zu erhalten, d. h., sie ist auch bereit einen kostspieligen Eingriff, Reisekosten und Aufenthaltskosten und auch Dolmetscherkosten auf sich zu nehmen. Nicht zuletzt sind beide Parteien über die Durchführung des Eingriffs „in gegenseitigem Respekt" einverstanden (Knapp-Potthoff, 1987: 428).

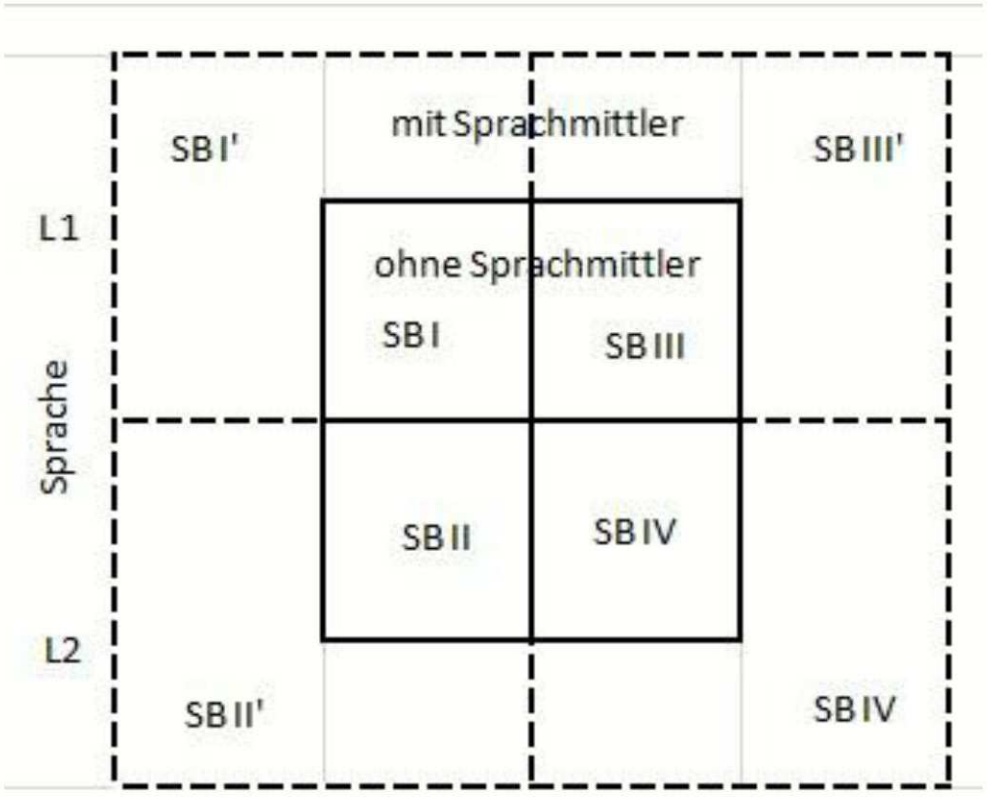


Abb. 4 Verarbeitungsmodus von Knapp-Potthoff (1987:428)

Das oben angeführte Kommunikationsmodell von Knapp-Potthoff berücksichtigt in jeder Situation, mit oder ohne SprachmittlerIn, zwei wichtige Aspekte, die eine Kommunikation ausmachen – das „Produzieren der Äußerungen" und das „Verstehen". Die Anschaulichkeit

dieses Modells beruht auf seiner logischen Aufteilung: zwei Quadrate, ein inneres und ein äußeres, die jeweils aus vier Feldern bestehen und jeweils vier *Strategienbündel* beinhalten.
Das innere Quadrat schildert die Kommunikationssituationen zwischen zwei Interaktanten, die aus unterschiedlichen Kulturen stammen und einer davon beherrscht die Muttersprache des anderen (also Deutsch), bzw. beide kommunizieren über eine *lingua franca* (also Englisch). Sie werden mit Bezeichnungen SB I, SB II, SB III und SB IV gekennzeichnet. Alle *Sprachbündel* in dieser Kategorie sind relevant.

> *(...) SB I umfaßt (...) solche Strategien, die ein Interaktant in interkultureller Kommunikation, die ohne Hilfe eines Sprachmittlers abläuft, auf von ihm selbst in seiner Muttersprache produzierte Äußerungen anwendet.*
>
> *SB II umfaßt Strategien, die ein Interaktant in interkultureller Kommunikation, die ohne Hilfe eines Sprachmittlers abläuft, auf von ihm selbst in einer anderen als seine Muttersprache (in der Sprache des Kommunikationspartners oder einer lingua franca) produzierte Äußerungen anwendet.*
>
> *SB III umfaßt Strategien, die ein Interaktant in interkultureller Kommunikation ohne Hilfe eines Sprachmittlers für das Verstehen von Äußerungen anwendet, die der Kommunikationspartner in der Muttersprache des Interaktanten produziert.*
>
> *SB IV umfaßt Strategien, die ein Interaktant in interkultureller Kommunikation ohne Hilfe eines Sprachmittlers für das Verstehen von Äußerungen anwendet, die der Kommunikationspartner in einer anderen als der Muttersprache des Interaktanten produziert ((...) einer lingua franca).*
>
> (Knapp-Potthoff, 1987:429)

Dieses Modell beruht auf der Annahme, dass beide Parteien sich in mindestens einer der angeführten Sprachen verständigen können, d. h. ihre Sprachkenntnisse (es ist unterschiedlich, wie ausgeprägt die Sprachkenntnisse der jeweiligen Partei sind) eine Kommunikation ohne SprachmittlerIn soweit ermöglichen, dass ein einigermaßen reibungsloser Verlauf des Gesprächs hergestellt wird.
Unter „reibungslos" wird das gegenseitige Verstehen der produzierten Äußerungen, die zu einem erfolgreichen Verlauf des ÄrztIn-Patientin Gesprächs führen gemeint, also Information hinsichtlich des Eingriffs, Einigung auf die richtige Art des Eingriffs, wann soll die Nachuntersuchung stattfinden, etc., beinhalten und auch rübergebracht werden.
Nichtsdestotrotz, stellt „eine *lingua franca* (...) (nur) eine gewisse Reduzierung der Sprachbarriere dar" (Framson, 2009:26). Die Kommunikation über die Drittsprache kann

nicht in jeder Situation als optimale Lösung in einer interkulturellen Kommunikation angenommen werden. Dies schon alleine aus dem Grund, dass die Gesprächsparteien oft über unterschiedliche Sprachniveaus verfügen, vor allem in fachspezifischen Bereichen, wie die Medizin. Die InteraktantInnen lassen, oft unbewusst, Teile der eigenen kulturellen Wahrnehmung in die Fremdsprache (z. B. *lingua franca*) einfließen, dem das „Fehlen einer *normierten Version*" zugrunde liegt und das nur gewissermaßen den Erfolg einer solchen kommunikativen Handlung garantieren kann. Das verhindert natürlich die vollständige Übertragung bzw. das Verstehen der Botschaft.
Framson (2009:28) betont, dass die *lingua franca* „nicht alle transkultruellen Kommunikationsbarrieren aufhebt und das Heranziehen von KommunikationsexpertInnen, besonders dort, wo es um Kommunikationssituationen geht, bei denen die Qualität der Kommunikation, die Vermeidung von Fehlern und der situationsgerechte Einsatz sehr wichtig sind (...) keines falls überflüssig macht". Deshalb möchte ich mich im Laufe meiner Arbeit der zweiten Variante der Kommunikation mit einer SprachmittlerIn konzentrieren, die in dem Kommunikationsmodell von Knapp-Potthoff (1987) dargestellt wurde.
Das äußere Quadrat visualisiert vier Kommunikationsstrategien, die mit Hilfe einer SprachmittlerIn zustande kommen und sie werden mit SB I', SB II', SB III' und SB IV' gekennzeichnet. An dieser Stelle möchte ich nur die für meinen Fall relevanten Kommunikationsstrategien ansprechen, als die, die in drei Sprachen (Deutsch, Polnisch ohne Berücksichtigung der *lingua franca,* Englisch) eingesetzt werden können. Relevant sind folgende zwei Strategien:

> *SB I' umfaßt Strategien, die ein Interaktant in interkultureller Kommunikation, die mithilfe eines Sprachmittlers abläuft, auf die von ihm selbst in seiner Muttersprache produzierten Äußerungen anwendet.*
>
> *SB III' umfaßt Strategien, die ein Interaktant in mithilfe eines Sprachmittlers ablaufender interkulturellen Kommunikation für das Verstehen von Äußerungen anwendet, die der Mittler in der Muttersprache des Interaktanten produziert.*
>
> (Knapp-Potthoff, 1987:429)

Diese zwei Strategien beziehen sich auf die Fälle in denen einer der InteraktantInnen keine Fremdsprache beherrscht oder sich der unzureichenden Kenntnis der *lingua franca* bewusst ist und ohne Hilfe der SprachmittlerIn an der Kommunikation nicht teilnehmen könnte. Es entsteht eine Triade, in dem die SprachmittlerIn die Informationen von der Ausgangssprache in die Zielsprache dekodiert und damit die Kommunikation zwischen den beiden Gesprächsparteien verständlich macht, sie vermittelt zwischen Kulturen und ermöglicht dadurch eine vollständige Übermittlung der Botschaft:

Should the communication process be put at risk by physician-patient discordant-language encounters, the health status of (...) patients could be compromised. Cross-language encounters are slower and less precise than same language medical encounters.

(Angelelli, 2004:20)

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Kommunikation, nicht nur der interkulturellen, in einem fachspezifischen Bereich, beruht darauf, dass man mit einer ganz eigenen Sprache zu tun hat. Diese Sprache wird vor allem Laien, die mit dem medizinischen Bereich, dem dazu gehörende Wortschatz, nicht täglich zu tun haben und denen Ausdrücke in ihrer eigenen Muttersprache, geschweige denn in einer Fremdsprache, nicht geläufig sind, Probleme bereiten. In beiden von Knapp-Potthoff (1987) präsentierten Varianten der interkulturellen Kommunikation können also sowohl das „Nichtverstehen" als auch das „Missverstehen" des Gesagten passieren. Diese zwei Begriffe sollten miteinander nicht verwechselt werden;
„Nichtverstehen liegt dann vor, wenn es dem Adressaten einer Äußerung nicht gelingt, ihr eine Bedeutung zuzuordnen." und „...wenn der Adressat einer Äußerung (...) eine andere Bedeutung zuordnet als der Sprecher und er in dem Glauben ist, der Sprecher hatte diese andere Bedeutung intendiert" (Knapp-Potthoff 1987:431).
Das Nichtverstehen und das Missverstehen sind oft vorkommende Konsequenzen einer nicht erfolgreichen Kommunikation, die sowohl auf der verbalen als auch der nonverbalen Ebene stattfinden können. Am Beispiel von dem oben angeführten Modell möchte ich in dem kommenden Kapitel einige Strategien, die sich aus dem Kommunikationsmodell von Knapp-Potthoff im Hinblick auf die verbale Kommunikation ergeben, erläutern.

4.2.1 Verbale Kommunikation

Wie ich schon erwähnt habe, stellt Kommunikation ein Risiko dar, missverstanden oder nicht verstanden zu werden. Dieses Risiko ist in der Kommunikation zwischen den Angehörigen einer Kultur und eines Sprachraums deutlich geringer als im Falle der interkulturellen Kommunikation, denn sie „wird (...) durch Verhaltensnormen und -konventionen geregelt." (Kadric, Kaindl, Kaiser-Cooke, 2005:20).

Wie kann man diese Gefahr in der interkulturellen Kommunikation gering halten oder gar vermeiden? Welche Strategien dürfte bzw. sollte ein *interkultureller Kommunikator* anwenden?
Selbstverständlich ist die Sprache einer der wichtigsten Aspekte, die eine interkulturelle Kommunikation ausmachen:

> *Die Sprache dient der Kommunikation und kann als das System der gesprochenen und geschriebenen Symbole einer Gruppe bezeichnet werden. Gleichzeitig ist sie auch ein Spiegel der Kultur, da von der Benennung auf die Existenz von Dingen, Konzepten und Ideen geschlossen werden kann. Was Sprache ausmacht, sind jedoch nicht nur die gesprochenen und geschriebenen Symbole, sondern vor allem die Verwendung und der Einsatz dieser Symbole in spezifischen Situationen und unter spezifischen Bedingungen.*
>
> (Framson, 2009:19f.)

Das Phänomen Sprache (mündliche als auch geschriebene) verfügt über ein eigenes Normensystem, der sich aus drei Ebenen zusammensetzt: dem Syntax, der Semantik und der Pragmatik (vgl. Kadrić, et al., 2005). Des Weiteren verbindet jede Sprache in sich Elemente der jeweiligen Kultur und Gesellschaft, was eine enorme Vielfalt darstellt, die oft dazu führt, dass die Parteien in einer interkulturellen Kommunikation oft in Situationen geraten, die nach schnellen Lösungen bedürfen, um die Kommunikation aufrechtzuerhalten.
Die Annahme, dass Sprachen als auch dazugehörigen Kulturen, nicht „ deckungsgleich" sind, stellt den ersten Schritt dar, um eine effektive Kommunikation herstellen zu können.
Dennoch fungieren InteraktantInnen meistens nach den von ihrer Kultur eingeprägten „Normalitätserwartungen" (vgl. Knapp, Knapp-Potthoff, 1990), die mit der Kultur und der Sprache des Gesprächspartners oft im Konflikt stehen. Diese können teilweise durch das sogenannte „Hintergrundwissen" über die Kultur der GesprächspartnerIn bzw. der *lingua franca,* beseitigt werden, was zur Schlussfolgerungen führt, dass Sprache und Kultur, obwohl in einem langen Prozess, erlernbar sind. Gewisse Aspekte müssen dabei berücksichtigt werden; erstens ist es kein starres Gefüge, sondern eine sich ständig entwickelnde Form. Zweitens, die „Mehrdeutigkeit", die sich aus dem sozialen Kontext der jeweiligen
Kultur auf die Sprache umlegt, bedarf umfassender Interpretationsleistung. Das erlaubt den InteraktantInnen einer interkulturellen Kommunikation von vorne herein, gewisse Probleme zu erkennen und sie zu beseitigen.
Drittens, vor allem im Falle einer interkulturellen Kommunikation braucht man entsprechende Strategien, auf die man sich stützen kann:

De facto geht es bei der Verständigung natürlich um ein gemeinsames Aushandeln von Bedeutungen, das umso risikoärmer verläuft, je besser (...) Kommunikationspartner über effektive Strategien interkultureller Kommunikation verfügen.

(Knapp-Potthoff, 1987:427)

Die von Knapp-Potthoff erstellten *Strategiebündel* sollten einige Beispiele für eine erfolgreiche interkulturelle Kommunikation liefern. Die Autorin betont, dass sie sich jeweils auf mehrere Situationen beziehen können, die entweder ohne oder mit einer SprachmittlerIn ablaufen können. Persönlich möchte ich jedoch die Beispiele, die sich ausschließlich auf die Kommunikation zwischen zwei InteraktantInnen beziehen, ohne Hilfe einer SprachmittlerIn, ausschließen. Es geht ausschließlich um eine *intendierte Kommunikation.* Obwohl Knapp-Potthoff sich in ihrer Studie auf die zwei von mir vorgeführten Perspektiven bezieht, gehe ich in meiner Analyse davon aus, dass in einer so spezifischen Situation, wie eine medizinische Voruntersuchung im interkulturellen Rahmen, eine erfahrene SprachmittlerIn zum Erfolg der Kommunikation beitragen kann.

Das erste Strategiebeispiel, das sich für die *Strategiebündel* (SB I') wird als *Strategie der Verständniskontrolle* genannt. Diese Strategie ist relevant für die Gesprächssituationen, die eine SprachmittlerIn einbeziehen. Es sieht vor, dass „*Missverständnisse umso besser reparabel sind, je früher sie erkannt werden.*" Diese Annahme verlangt selbstverständlich nach sehr guten Sprachkenntnissen, sowohl der Ausgangssprache als auch der Zielsprache. Nur so ist es möglich jegliche Missverständnisse früh genug zu erkennen, bevor sie sich negativ auf die Kommunikation auswirken könnten. Im Laufe der Ausbildung zu DolmetscherInnen werden die StudentInnen oft mit der Frage konfrontiert, inwieweit es möglich ist als SprachmittlerIn, die an dem kommunikativen Geschehen nicht direkt teilnimmt, in ein Gespräch „einzugreifen". Die Meinungen sind geteilt – einerseits besteht die Gefahr, dass der Verlauf der Kommunikation durch das „Eingreifen" gestört wird, andererseits ist es nur so möglich das Missverständnisse bewusst zu eliminieren.

Für solche Fälle empfiehlt Knapp-Potthoff die *Strategie der metakommunikativen Reparatur*, die der „(...) Klärung identifizierter oder vermuteter Missverständnisse" dient (1987:432). Diese Methode verlangt nach weitergehenden Maßnahmen nicht nur hinsichtlich der Sprachenkenntnis. Es handelt sich um die Annahme, dass „Kenntnisse über abstrakte syntaktische Regeln und allgemeine Bedeutungsinhalte allein (…) für unsere Zwecke (...) nicht ausreichend [sind]". Des Weiteren, „um erfolgreich zu kommunizieren, benötigen wir genaues Wissen darüber, wie man sich in bestimmten Situationen sprachlich verhält" — also die persönliche Wahrnehmung der GesprächspartnerIn und dessen was sie mitteilen möchte

(Kadric et al., 2005: 15). Diese Annahme lässt sich am besten auf dem Modell von Schulz von Thun von 1981 darstellen.

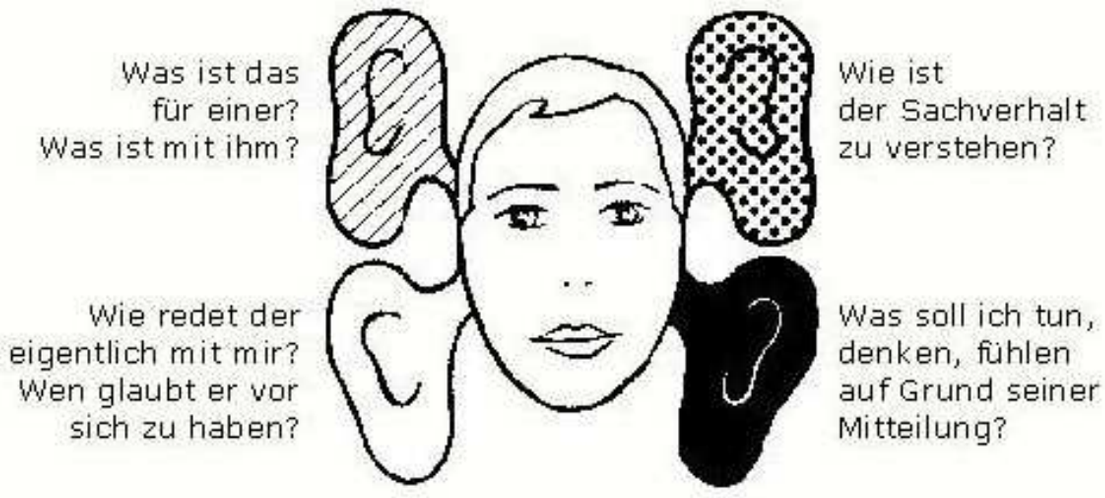


Bild 2: Der "vierohrige Empfänger" (Quelle: Friedemann Schulz von Thun: Miteinander reden 1, 1998, S. 45)

Abb. 5 Kommunikationsmodell von Schulz von Thun (1998:45)

Das „vierohrige" Empfänger-Modell zeigt, auf welchen metakommunikativen Ebenen ein Gespräch, in jeder denkbaren Situation, stattfinden kann. Es berücksichtigt nicht nur die sprachlichen Aspekte, sondern auch den parasprachlichen und den nonverbalen. Es setzt vier grundlegende Botschaften voraus, die in einer kommunikativen Handlung zustande kommen:

- *Sachsapekt* (Information wird offensichtlich übermittelt)

- *Selbstoffenbarungsaspekt* (bewusste oder unbewusste verbale und/oder nonverbale Aussagen über den Sender)

- *Beziehungsaspekt* (wie der Sender zum Empfänger steht)

- *Appellaspekt* (Zweck der Nachricht)

Laut Brandl (1992:22), ergeben „die vier Seiten einer Nachricht (...) auch vier Möglichkeiten, beim Empfang einen Schwerpunkt zu setzen" und dass „(...) der Empfänger (...) eine Nachricht auf alle vier möglichen Seiten hin durchleuchten [kann]". Dennoch, vor allem „im Bereich der sozialen Bedeutung, kann manches nicht explizit gemacht werden", deshalb ist

ein bewusster Umgang mit den oben genannten Aspekten in einer intendierten interkulturellen Kommunikation besonders wichtig. Das Gesagte wird von der GesprächspartnerIn

interpretiert und diese Tatsache muss berücksichtigt werden.
Auernheimer (2008) weist hingegen auf die „Divergenz der Erwartungen", die als natürlicher Aspekt der interkulturellen Kommunikation zu verstehen ist. Diese, so Auernheimer, sei der Grund für die erhöhte Störungsanfälligkeit:

> *Weil uns diese stark habitualisierten Muster völlig selbstverständlich geworden sind, deshalb (...)kommt es bei interkulturellen Kontakten häufig zu divergenten Erwartungen, die dann die Kommunikation mehr oder weniger beeinträchtigen können.*
>
> (Auernheimer, 2008:35)

Des Weiteren ist die „Unreflektiertheit" der Alltagsmuster ein weiterer Grund, warum in den interkulturellen Gegebenheiten zu „Irritationen, Missverständnissen oder gar Konflikten" kommen kann (vgl. Auernheimer 2008:54f.).
Wie die Interpretation des Gesagten bewusst „gelenkt" werden kann, stellt Knapp-Potthoff in der *Lerner-Produktionsstrategie* vor; Missverständnisse können mit Hilfe von Umschreibungen (des Paraphrasieren), Generalisierungen oder z. B. von *appeal to authority* eliminiert werden. Das sind Hilfsmittel, die allerdings nur dann eingesetzt werden können, wenn man „möglichst viel von der intendierten Bedeutung" wahrnimmt. Im medizinischen Bereich, z. B. verlangt das nach einem ausgiebigen Fachwissen, sowohl in der Ausgangs- als auch in der Zielsprache. Ein/e SprachmittlerIn muss eine Entscheidung treffen können, ob ein medizinischer Ausdruck für eine Patientin (eine Laie) nicht paraphrasiert werden soll, sodass es von Anfang an verständlich ist.
Im Falle von Unsicherheiten, dass etwas missverstanden oder nicht verstanden werden könnte, hat der/die SprachmittlerIn als auch die Patientin immer die Möglichkeit, sich an eine „fachsprachliche Autorität" (*appeal to authority*) zu wenden, in diesem Fall den/die ÄrztIn, um eine Erklärung des z. B. unbekannten Terminus nachzufragen.
Da sich das vierte Strategiebeispiel auf die von mir analysierten Situationen, die eine SprachmittlerIn einbinden, nicht bezieht, werde ich diese nicht besprechen und mich gleich auf das Strategiebeispiel 5, *Metasprachliche Produktionsstrategie*, konzentrieren. Ich stimmte der von Knapp-Potthoff präsentierten Annahme, die sich nur auf einen „nicht-professionellen Dolmetscher" bezieht nicht ganz zu, denn sie könnte sich auch sehr wohl für eine erfahrene SprachmittlerIn eignen:

Mache dem Sprachmittler deine kommunikativen Intentionen so explizit wie möglich, besonders im Bereich sozialer Bedeutung.

(Knapp-Potthoff, 1987:435)

Die „Elemente sozialer Bedeutung" schaffen gerade die kommunikative Situation und dürfen nicht vernachlässigt werden. Selbstverständlich kann es passieren, wenn eine nicht-professionelle SprachmittlerIn den Dolmetschauftrag annimmt, dass eine entsprechende Vorbereitung auf den Auftrag nicht vorhanden ist.
An dieser Stelle möchte ich ein Beispiel vorführen, das in der Studie von Pöchhacker „KrankenhausdolmetscherInnen: Bedarf, Probleme, Perspektiven" (2009:117-123) vorgeführt wurde. Die Studie, die vom Wiener Magistrat und dem Integrationsfonds in Auftrag gegeben wurde, sollte den Bedarf an Errichtung eines eigenen Dolmetscherdienstes des Krankenhauses schildern. Pöchhacker führt einen Zitat aus der Tageszeitung Die Presse von 14. Oktober 1982 unter dem Titel „Putzfrauen dolmetschen ohnehin" vor, um die Situation in den öffentlichen Krankenhäusern und deren Bedarf an qualifizierten SprachmittlerInnen zu präsentieren.
Laut der Studie werden zum Dolmetscheinsatz mit fremdsprachigen PatientInnen meistens dazu überhaupt nicht qualifizierte Personen beigezogen, wie die oben erwähnten Putzfrauen oder Kinder von MigrantInnen, die eine Behandlung brauchen. Selbstverständlich, außer der Zweisprachigkeit, besitzen sie keinerlei Qualifikationen oder Erfahrung, wie man einen Dolmetscheinsatz im kommunalen Bereich durchführt. Ein professioneller sprachmittlerischer Einsatz bedeutet nicht nur das Innehaben der benötigten Fremdsprachen, aber auch eine bewusste Vorbereitung auf den Einsatz (Fachwortschatzrecherche, Kenntnis der Situation, in der sich die Patientin befindet, als die „soziale Bedeutung", etc.). Das letzte Strategiebeispiel von Knapp-Potthoff kann auf die von Pöchhacker geschilderte Community-Interpreting-Situation in den österreichischen öffentlichen Krankenhäusern bezogen werden, die sich qualifizierte DolmetscherInnen nicht leisten können und auf die „kostenlosen Alternativen" zurückgreifen müssen (vgl. Pöchhacker 2009:119).
Ein weiterer Grund warum ich dieses Beispiel vorgeführt habe, hängt mit der Tatsache zusammen, dass die interkulturelle Kommunikation nicht nur aus dem sprachlichen Element besteht, sondern es fließen auch die parasprachlichen und nonverbalen Aspekte hinein, die stark mit jeweiliger Kultur verbunden und von ihr abhängig sind. Sie ergänzen sich gegenseitig und liefern dem/der SprachmittlerIn wichtige Hinweise, wie sie in einer bestimmten Dolmetschsituation handeln sollte. Dieses Wissen soll bewusst eingesetzt und soll nicht unterschätz werden, denn davon hängt der Erfolg des kommunikativen Handelns ab.

4.2.2 Nonverbale Kommunikation

> *Kommuniziert wird, (...) nicht nur mit Worten, sondern auch über nonverbale Elemente, wie die Gestik oder die Mimik. (...) Wir senden ständig Signale aus. Manche dieser Signale geschehen auch unbewusst.*
>
> (Framson, 2009:13)

Watzlawicks bekannte Feststellung, „Man kann nicht *nicht* kommunizieren" (1996:53) beschreibt ganz genau die Wichtigkeit der nonverbalen Aspekte im kommunikativen Prozess. Die nonverbalen Elemente sind vorhanden, kommen zum Vorschein und beeinflussen die GesprächspartnerIn, unabhängig davon, ob man das beabsichtigt oder nicht. Sie sind mit dem kulturellen Aspekt stark verbunden. Aber was ist eigentlich eine *nonverbale Gegebenheit*? Domenig (Hrsg.) versteht unter nonverbalen Gegebenheiten „jene Aspekte der Erscheinung und des Verhaltens von Personen in konkreten Situationen, die als informationshaltig aufgefasst werden und darüber hinaus eine wichtige Rolle als Mittel der aktuellen *face-to-face* Kommunikation spielen können" (2001:160ff.).
Die nonverbalen Elemente sind ein wichtiger Faktor, dass die Einschätzung der Botschaft ermöglicht — „ungefähr 60% in einzelnen Situationen und Gesellschaften sogar bis zu 90% der Information, die Personen übereinander haben oder zu haben glauben, [wird] aus nonverbalen Gegebenheiten (…) erschlossen (…)" (Domenig, 2001:160). Der Blickkontakt, die Mimik und die Gestik, die Art wie man sitzt oder sich bewegt, sogar die Kleidung sagen einiges über die GesprächspartnerIn aus und „[spielt] eine zentrale Rolle im Prozess des wechselseitigen Deutens zwischen Personen" (vgl. Domenig, 2001:160). Dies bezieht sich sowohl auf die Interaktionen innerhalb einer Kultur als auch in den interkulturellen Beziehungen, jedoch in der zweiten Variante bleibt ihre Bedeutung für die GesprächspartnerInnen oft verborgen, weil sie damit nicht vertraut sind.

> *Unter nonverbalen Gegebenheiten verstehen wir jene Aspekte der Erscheinung und des Verhaltens von Personen in konkreten Situationen, die als informationshaltig aufgefasst werden (...).*
>
> (Domenig, 2001:160)

Deutung der verbalen als auch der nonverbalen Elemente ist meistens von der Situation abhängig, in der die GesprächspartnerInnen agieren. In den Alltagssituationen handelt man anders als z. B. in einem ÄrztIn-Patientin-Gespräch in einer gynäkologischen Praxis. Viele

dieser Aspekte der nonverbalen Kommunikation im Falle unterschiedlicher Kulturen sind also nur durch eigene Selbstreflexion und Beobachtungen erkennbar und je nach Situation interpretierbar.

Domenig (2001) unterteilt die nonverbalen Aspekte in die *statischen* (nonvokale-nonverbale) und die *dynamischen* (vokale-nonverbale); unter den Ersten versteht sie die „physischen Erscheinungsbilder", die physiognomischen Merkmale oder „wechselnde Erscheinungsbilder (z. B. Kleidung, Haarlänge)" und die *dynamischen Aspekte* beziehen sich auf die „(…) Stimmqualität (…), Körperbewegungen (…) oder sensorische Information (Geruch, Kälte, Wärme etc.)". Diese Informationen werden, aus transkultureller Perspektive, viel schwieriger interpretierbar.

Es ist so aufgrund der „fehlenden Vertrautheit, die aus deutlich wahrgenommenen Unterschieden entsteht" (Domenig, 2001:163). Wenn diese jedoch gewonnen wird, also „eine bestimmte Nähe erreicht ist", können die sich aus der nonverbalen Kommunikation ergebende Informationen mithilfe gewisser Strategien herausgefiltert werden. Domenig spricht von *Ko-orientierung,* also der aufmerksamen Handlung in der gegenseitigen Interaktion zwischen der GesprächspartnerInnen, die nichts anderes als die Sensibilität und Aufnahmebereitschaft bedeutet. Sie kann z. B. durch den Blickkontakt hergestellt werden. Er kann vieles mitteilen: das Interesse signalisieren, Intensität der Interaktion, aber auch Aggression (vgl. Kellnhauser, Schewior-Popp, 1999).

Daraus ergibt sich die sogenannte *wechselseitige Kontingenz*, d. h. die GesprächspartnerInnen zeigen eine bestimmte gegenseitige „Abhängigkeit [ihres] Verhaltens"; einer empfängt Informationen des anderen und umgekehrt. Diese können durch den Körperkontakt, Körperhaltung, räumliche Distanz, Mimik und Gestik zusätzlich unterstützt werden. Diese sind stark kulturbezogen und sollen im interkulturellen Rahmen besonders berücksichtigt werden[25].

Es ist so, weil „jede Mitteilung (…) einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt [hat], derart, daß letzterer den ersten bestimmt und daher eine Metakommunikation ist" (Watzlawick, Beaven & Jackson, 1969:56). Der Beziehungsaspekt dient dem/der EmpfängerIn der Botschaft zur Informationsauffassung und wird zu einem großen Teil nonverbal vermittelt. Laut Scherer (1979) können vier Funktionen des nonverbalen Verhaltens festgestellt werden, die einerseits die verbalen Elemente verstärken oder abschwächen (Modifikation), Inhalte hervorheben (Expression), Inhalte ersetzen (Substitution) oder ihnen widersprechen (Kontradiktion). Nichtsdestotrotz besteht immer die Gefahr, dass, aufgrund „der Unkenntnis

[25] Der körperlicher Kontakt „unterliegt deutlich den Konventionen der verschiedenen Kulturen und Gesellschaften und sind auch genderbezogen, d. h. die Berührungsmuster zwischen Frauen stellen sich anders dar, als im Falle von Männern oder einem Mann und einer Frau". Forgas (1995) hat eine Zusammenstellung der zwischengeschlechtlichen Berührungsmustern zusammengestellt, die jeweils vier Bereiche betreffen: „Körper für die Mutter", „Körper für den Vater", „Körper für die Freundin" und „Körper für den Freund". Diese beinhalten jedoch den interkulturellen Aspekt nicht.

der Doppeldeutigkeit“ diese missverstanden werden könnten, vor allem im interkulturellen, sozialen Bereich. Diese kann man jedoch mithilfe von *Rückmeldungen* herausfiltern, z. B. wenn „der Empfänger (…) in seinen eigenen Worten ausdrücken [kann], wie die Nachricht von ihm verstanden wurde, so dass der ursprüngliche Sender die Wahrnehmung bestätigen oder korrigieren kann“ also Paraphrasieren. (Kellnhauser, Schewior-Popp, 1999:30). Eine andere Möglichkeit besteht in einer Wiederholung des Gesagten.

4.2.2.1 Kulturelle Aspekte der nonverbalen Kommunikation

Wovon die nonverbalen Elemente stark beeinflusst werden, sind die kulturellen Normen. Wie die InteraktantInnen aus unterschiedlichen Kulturen handeln und wie sie kommunizieren, ist ebenso von äußeren Faktoren bedingt und diese sollten in dem interkulturellen Kontexts nicht weniger beachtet werden. Der homogene Kulturbegriff, der die Kultur als ein statisches Gefüge darstellt, trifft auf die gegenwärtige Situation nicht mehr zu.

> *Gruppen können (…) sogenannte Eigenschaften und Merkmale nicht fix zugeschrieben werden. Jedes Individuum konstruiert sich seine eigene Lebenswelt, welche von biographischen Erfahrungen, äußeren Lebensbedingungen und soziokulturellen Hintergründen geprägt ist.*
>
> (Domenig, 2001:143)

Madeleine Leininger (1988) analysiert das Kultur-Phänomen aus der Perspektive der transkulturellen Pflege und ihr ist die in den 70er Jahren zustande gebrachte Theorie der transkulturellen Pflege zu verdanken. Der Schwerpunkt legte sie auf den Begriff *human care,* der auf Pflegebereich gerichtet und im Zusammenhang mit dem Begriff Kultur untersucht worden ist. Das Ergebnis ist das *Sunrise-Modell*, das Faktoren, die eine Kultur ausmachen bzw. die sie beeinflussen, beinhaltet.
Obwohl sich das Modell vorwiegend auf den pflegerischen Bereich richtet, trifft er, m. E., auch auf den von mir untersuchten medizinischen Bereich zu, weil die Pflege auch eine wichtige Rolle darin spielt. Die sozialen, kulturellen, politischen, ökonomischen, bildungsbedingten, technologischen und religiösen Einflussfaktoren ließen sich während meiner Recherchen und Experteninterviews klar feststellen, jedoch nicht alle wurden als gleichermaßen wichtig wahrgenommen.

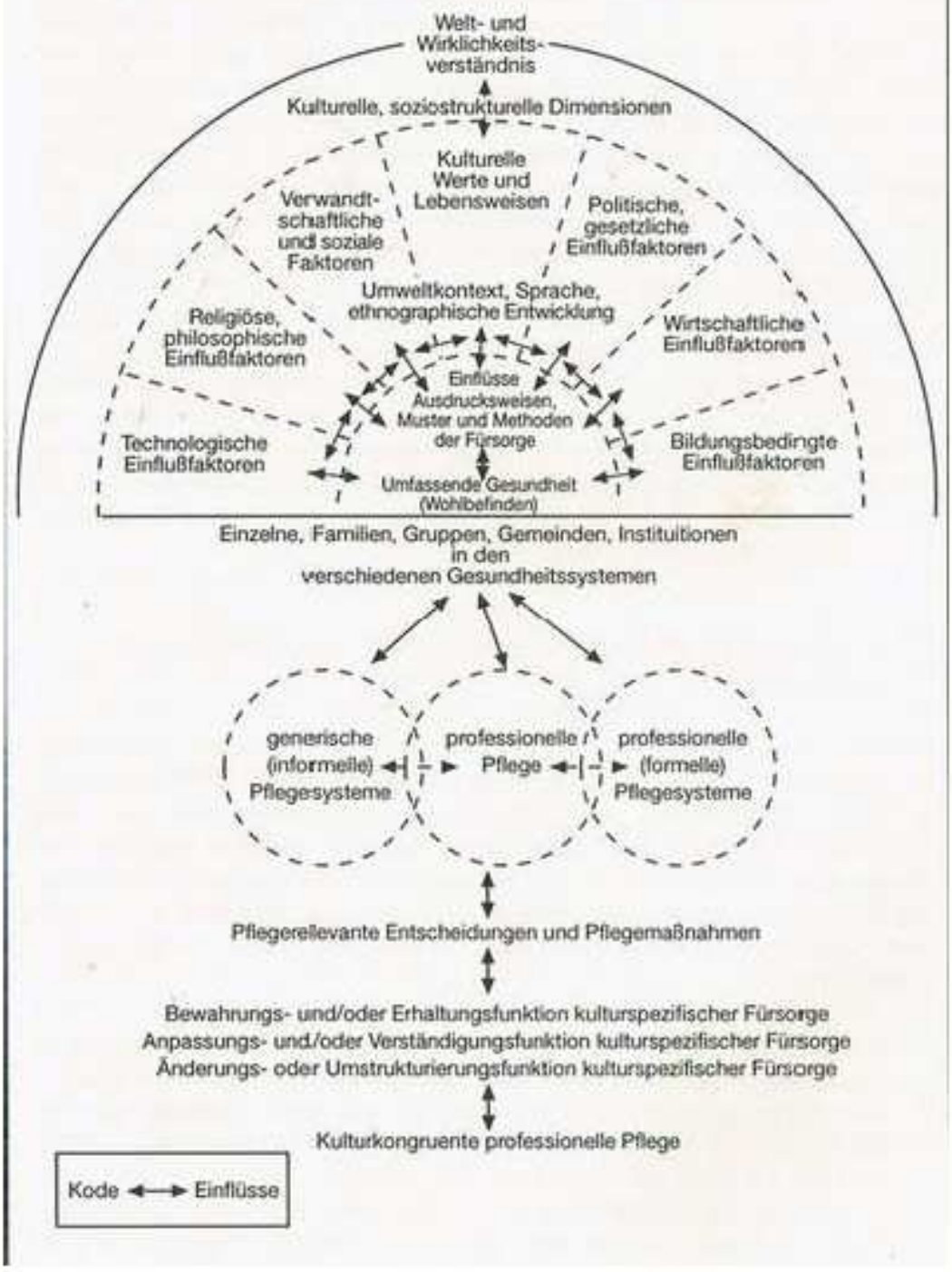


Abb. 6 Das *Sunrise*-Modell zur Darstellung der Theorie der kulturspezifischen Fürsorge von Leininger (1998:68)

Das *Sunrise*-Modell hat sich als Hilfe in der Feststellung von einigen Unterschieden zwischen den polnischen und österreichischen Kulturen herausgestellt, die in dem von mir untersuchten Bereich aufeinander treffen. In meinen Gesprächen mit dem Gynmed-Pflegepersonal wurde deren Bedeutung für einen professionellen Umgang mit anderen Kulturen auch deutlich zum Ausdruck gebracht.

Da sich im Falle von *Abtreibungstourismus* um keine Migration *per se* handelt, werden hier auch die damit verbundenen Aspekte, wie z. B. Integration, nicht berücksichtigt. Die Frauen entstammen einer „fremden Kultur", die von außen beobachtet wird.

Das verbale sowie nonverbale Verhalten ist von den Gesellschaften, Familien, Gruppen, Institutionen und von dem Individuum selbst geprägt. Dennoch bleibt deren Einfluss auf die RezipientIn der Botschaft meistens verborgen und unreflektiert. Deshalb möchte ich im kommenden Kapitel, bevor ich die Ergebnisse meiner praktischen Recherche angehe, einige

allgemeingültige, literarisch begründete Erkenntnisse zum Thema interkulturelle Kommunikation zwischen ÄrztIn und PatientInnen im medizinischen Bereich genauer ansprechen.

5. Was sollte in der Kommunikation mit ausländischen Patientinnen beachtet werden?

> *(...) das Ziel [ist] nicht die ausschließliche Aneignung vom Hintergrundwissen, sondern auch das Sammeln von Erfahrungen im Umgang mit MigrantInnen.*
>
> (Domenig, 2001:148)

Interkulturelle Kommunikation in einer Zusammenarbeit mit PatientInnen bedarf konstanter Aufmerksamkeit und Willens deren Bedürfnissen nachzugehen. Es ist umso schwieriger je mehr bzw. je komplexere Kulturen (von der Perspektive der Differenzen) aufeinander treffen und entsprechende Handlungsmaßnahmen eingesetzt werden sollten.
Zu den wichtigsten Aspekten der transkulturellen als auch der interkulturellen Kompetenz im medizinischen Bereich können folgende drei gezählt werden, die anhand eines Dreiecks dargestellt werden.

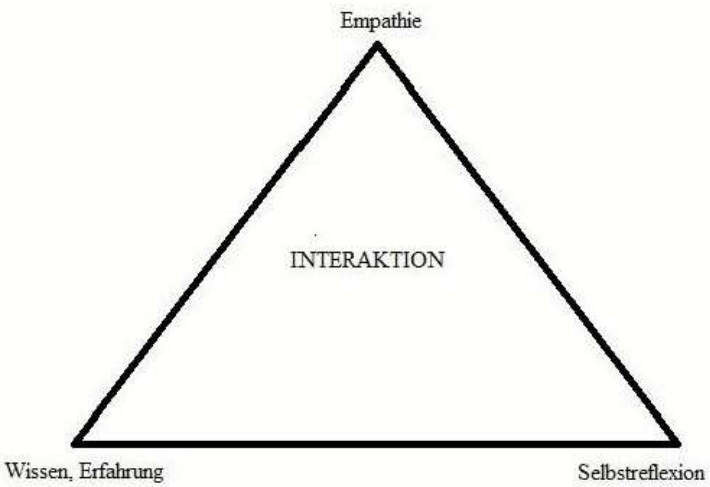


Abb. 7, Domenig (2001:148) Transkulturelle Kompetenz

Das Dreieck beinhaltet folgende Faktoren, die einerseits eng mit einander verbunden sind und andererseits sich gegenseitig beeinflussen — Empathie, Wissen und Erfahrung sowie Selbstreflexion. Alle diese Aspekte beeinflussen die Interaktion des medizinischen Personals und der PatientInnen und können zur erfolgreichen Gestaltung des Kommunikationsprozesses beitragen (Domenig, 2001:148).
Wie in den früheren Kapiteln schon betont wurde, werden die kulturellen Unterschiede meistens als Hauptgrund für die Interaktion zwischen Kulturen wahrgenommen und untersucht. Diese Tatsache soll jedoch nicht unflexibel berücksichtigt werden. Laut Dreißig (2005) „wird die Kultur heute meist als kontextabhängig, wandel- und aushandelbar angesehen". Die kulturellen Wandlungen finden statt, weil die aus dieser Kultur stammenden Menschen sie beeinflussen:

> *Wenn aber Kultur tatsächlich eine aushandelbare Größe darstellt, so ergib sich daraus, dass Individuen offensichtlich der eigenen Kultur weit weniger ausgeliefert und auch weniger in ihrem kulturellen Handeln determiniert sind (...). Vielmehr sind sie als Handelnde zu betrachten, die zwar von der eigenen Kultur beeinflusst werden, diese aber im Gegenzug auch selbst gestalten.*
>
> (Dreißig, 2001:23)

Deshalb wird im privaten österreichischen Gesundheitswesen auch zunehmend mehr Wert auf die Bedürfnisse der PatientInnen als Individuen gelegt und dementsprechend werden bestimmte Maßnahmen ergriffen. An dieser Stelle muss jedoch klar gesagt werden, dass die Situation im österreichischen, öffentlichen Gesundheitswesen sich anders präsentiert und bevor ich zum praktischen Teil meiner Arbeit übergehe, möchte ich, als Kontrast auch diese anhand der zugänglichen Literatur beschreiben.

5.1 Sprachbarrieren in der ÄrztIn-PatientIn-Kommunikation

Sprachkenntnisse sind „das Schlüsselelement", das die Verständigung zwischen Menschen aus unterschiedlichen Kulturen ermöglicht. Bewältigung von Sprachbarrieren gehört zum Alltag auch im Gesundheitswesen und ist ein Thema unterschiedlicher Studien im medizinischen als auch im linguistischen Bereich (Wodak, 1986, Kellnhauser und Schewior-Popp, 1999, Domenig, 2001). Diese sind meistens als Hauptgrund für die mangelhafte Wahrnehmung der Bedürfnisse der PatientInnen angesehen. Des Weiteren sie erschweren

deutlich den Aufbau des Vertrauens, das für eine erfolgreiche Untersuchungsprozedur von größter Wichtigkeit ist.
Domenig (2001) spricht auch von der daraus folgenden Hilflosigkeit, die in Folge die Kommunikation „auf absolutes Minimum beschränkt". Um diese Entwicklung zu vermeiden, werden oft LaiendolmetscherInnen, also z. B. zweisprachiges Krankenhauspersonal, beigezogen. Das Problem liegt darin, dass diese Personen, aufgrund mangelhafter Ausbildung im Bereich des Dolmetschens, der Aufgabe nicht gerecht werden können.
Die nicht ausreichende staatliche Unterstützung, sprich Förderungen, „um in diesem Bereich eine professionelle Betreuung gewährleisten zu können", ist laut Pöchhacker (2002:25) der Grund, warum im österreichischen Gesundheitswesen keine bzw. kaum professionelle DolmetscherInnen auftreten.
Es steht meistens mit der gesellschaftlichen Wertstellung, Asyl-, Integrations- und Migrationspolitik und dem finanziellen Aufwand im engen Zusammenhang, d. h. das Bewusstsein für einen professionellen Dolmetschdienst im medizinisch-sozialen Bereich noch nicht genug ausgeprägt ist.
Deshalb wendet man sich an die „nichtprofessionellen DolmetscherInnen", die meistens Vorort sind —Putzfrauen, bilinguales Krankenhauspersonal, Begleitpersonnen der PatientInnen etc. (vgl. Pöllabauer, 2003). Zimmermann (2009) sieht es ähnlich — das Kommunaldolmetschen im medizinischen Bereich sei in Österreich „durch hohen Grad an nichtprofessionellen Community Interpretern gekennzeichnet". Er betont, dass „der bikulturelle Hintergrund „(…) nicht gleich eine Befähigung zu einer Dolmetschtätigkeit [ist]", aber „eine Voraussetzung für eine Professionalisierung" darstellt. Laut Zimmermann (2009) verkürzen professionelle DolmetscherInnen deutlich die Dauer des ÄrztIn-PatientIn-Gesprächs, sie verbeugen die Gefahr von Fehldiagnosen bzw. von Fehlentscheidungen und vermindern die Kommunikationsstörungen. Deshalb darf die Bedeutung der muttersprachlichen Kommunikation nicht unterschätzt werden, denn die Muttersprache ist „eng mit dem emotionalen und affektiven Geschehen verknüpft" (Domenig, 2001:189).

5.1.1 Rolle und Bildungsmaßnahmen für angehende DolmetscherInnen im medizinischen Bereich

Die aktuellen Ausbildungsmöglichkeiten in diesem bestimmten Bereich sind in Österreich jedoch stark eingegrenzt. Pöchhacker (in Rasky, 2009) weist darauf hin, dass die ersten Versuche „dem Kommunikationsbedarf mit nicht deutschsprachigen PatientInnnen im Gesundheitswesen" gerecht zu werden erst Ende der 80er Jahre stattfanden. 1989 wurde ein Projekt „Muttersprachliche BeraterInnen für türkische SpitalpatientInnen" gestartet der zuerst in zwei und später in fünf Wiener Krankenhäusern durchgeführt wurde.

In dessen Folge wurde eine Bedarfserhebung (Pöchhacker, 1997) in der Kooperation mit Wiener Magistrat und Integrationsfonds initiiert, die eine Grundlage für eine Studie zur „Errichtung eigenes Dolmetscherdienstes des Krankenhauses" war. Daraus ist ein Implementierungskonzept erstellt worden, das drei Faktoren in sich verband — *Qualifikation*, *Vermittlung* und *Markt*. Auf der Grundlage der Studie konnten zwei Hauptprobleme festgestellt werden:

> 1. *Bedarf an Dolmetschleistungen entspricht nicht immer der tatsächlichen Nachfrage nach bezahlten Leistungen;*
>
> 2. *Einsatz von (professionellen) DolmetscherInnen im österreichischen Gesundheitswesen stützt auf keine rechtliche Grundlage*
>
> (Pöchhacker in Rasky, 2009:119)

Die Studie und die Ende 2000 für die Personalentwicklung des Wiener Krankenanstaltenverbundes (KAV) entwickelnde Maßnahmen für „KrankenHausdolmetscherInnen" sollten für die Erstellung von Ausbildungsprogrammen im Bereich des Kommunaldolmetschens sorgen. Diese wurden bis jetzt nur teilweise umgesetzt. Diese Ausbildungsmaßnahmen sollten die angehenden DolmetscherInnen auf ihre Rolle im medizinisch-sozialen Bereich gründlich vorbereiten. Domenig (2001) betont, dass diese Rolle *nicht starr* anzusehen sei, „sondern sie passt sich dem Setting, Thema und Ziel des Gesprächs sowie den situativen Faktoren an". Oft müssen sich die DolmetscherInnen mit großer Flexibilität auszeichnen, die auch ein spontanes Handeln verlangen, das allerdings in einer „im Voraus getroffenen Vereinbarung" zwischen den Teilnehmer der Triade (ÄrztIn-PatientIn-DolmetscherIn) verankert ist (Domenig, 2001:192). Die Vielfalt der Rollen der DolmetscherInnen ist für LaiendolmetscherInnen nicht immer erkennbar. Dieser Beruf verlangt eines gründlichen Trainings und Weiterbildungsmaßnahmen, um eine reibungslose Kommunikation zwischen allen Parteien erfolgreich vollbringen zu können.
In diesem Kontext sollten zwei für die professionellen Sprach- und KulturmittlerInnen wichtige Begriffe näher erörtert werden — die Berufsethik und die Rolle der DolmetscherInnen. Beide stehen in enger Beziehung zueinander und ergeben gemeinsam Leitlinien, die in jedem sozialorientierten Beruf nicht zu unterschätzen sind:

Der Dolmetscher orientiert sich zur Bewährung seiner Beiträge an einer Reihe von Normen, die in situativen Kontrollen gefordert und durchgesetzt werden. Diese sind kontextgebunden, über Sprachbarriere hinweg beobachtbar und darstellbar.

(Scheffer in Pöllabauer, 2005:365)

Eine Frage, die sich Angesicht großer Verantwortung beim Dolmetschen öfters stellt, betrifft die Rolle der DolmetscherIn in der Triade (ÄrztIn/PflegerIn-Patientin-DolmetscherIn). Darf sie/er eine andere Rolle annehmen oder ist an seine/ihre Rolle überhaupt gebunden?
Roy (1993) unterteilt die möglichen DolmetscherInnenrollen im sozialen Bereich in drei Gruppen — *interpreters as helpers*, *interpreters as communication-facilitators* und *interpreters as bilingual, bicultural specialists*. Es ist meistens das Resultat der nicht festgelegten Normen bzw. des Mangels am Einklang mit den Normen der Institution für die DolmetscherInnen tätig sind. Mit solcher Situation werden die DolmetscherInnen im österreichischen Gesundheitswesen immer wieder konfrontiert.
Ein Beispiel für ein gesetzlich geregeltes Rollenbild der DolmetscherInnen im Gesundheitswesen stellen die *Standards,* der Berufskodex der Kalifornischen Assoziation für DoletscherInnen im Gesundheitswesen (CHIA) dar. Sie gelten als die offiziell festgelegten Vorschriften der Organisation, die sich auf die berufsethischen Aspekte des Dolmetschens im Gesundheitswesen beziehen. Um die Rolle der DolmetscherInnen zu bestimmen, stellte CHIA 2001 eine Studie im Auftrag, um die Anwendung von *Standards* in der Praxis zu untersuchen. Die Studie wurde von Claudia V. Angelelli (2006) näher untersucht.
Die zu überprüfenden sechs Prinzipien der *Standards* lauten:

- *Confidentiality* (Vertraulichkeit);

- *Impartiality* (Unparteilichkeit);

- *Respect for individuals and their communities* (Respekt für Individuen und ihre Gesellschaften);

- *Professionalism and Integrity* (Professionalität und Integrität);

- *Accuracy and completeness* (Genauigkeit und Vollständigkeit);

- *Cultural responsiveness* (kulturelle Empfindlichkeit);

Die Studie von Angelelli wurde in Form von Fokusgruppen-Diskussion durchgeführt; vier Fokusgruppen aus unterschiedlichen Städten (Los Angeles, Central Valley, Bay Area und San Diego) sollten über die Vorschriften von CHIA und ihrer Anwendung in der Praxis diskutieren. Im Rahmen der Studie wurden die Meinungen der DolmetscherInnen zu der Anwendung von *Standards* in Praxis analysiert.
Laut *Standards* kann die Rolle der DolmetscherInnen im Gesundheitswesen in vier Aspekten ausgedrückt werden: *a) message converter* (BotschaftsumsetzerIn), *b) message clarifier* (BotschaftserklärerIn), *c) cultural clarifier* (KulturerklärerIn) *und d) patient advocate* (PatientenvertreterIn). Die Meinungen waren sehr geteilt; die Studie sollte den damals aktuellen Stand der im kalifornischen Gesundheitswesen tätigen DolmetscherInnen untersuchen und mit unterschiedlichen Techniken und Herankommensweisen präsentieren. Es wurden Unsicherheiten bzw. Überzeugungen angesprochen, die sich auf ihre tatsächliche Rolle in der Triade ÄrztIn-PatientIn-DolmetscherIn beziehen.

> *I think I was trained to say it exactly the way the doctor says it, no omissions, no (...) you know, what they say is what we say. (...) we're just an invisible voice there, just repeating everything no matter what it is, you have to repeat it.*
>
> (Angelelli, 2006:182)

Manche DolmetscherInnen sahen sich als unsichtbare BotschaftsträgerInnen, die das Gesagte wortwörtlich weitergeben sollten, ohne den Sinn der Aussage auf ihren Sinn zu überdenken. Diese Denkweise wird in den neuen Translationsstudiengängen nicht mehr unterstützt. Das funktionale, zweckorientierte Dolmetschen und Übersetzen sind ein wichtiger Aspekt einer erfolgreichen interkulturellen Kommunikation. Dennoch sind die DolmetscherInnen verpflichtet, sich an ihre Rolle zu halten, indem sie in das Gesagte nicht eingreifen, d. h. nicht ergänzen, reininterpretieren oder auslassen, „denn abweichendes Verhalten in der translatorischen Pragmatik kann störender sein als syntaktische oder semantische Fehlleistungen“ (Kadric et al, 2005:42). Manche der Befragten haben zugegeben mit diesen Prinzipien in Praxis nicht immer zurechtkommen zu können:

> *Let's say you are a good interpreter, right? And you are interpreting everything that is going on. All of a sudden I am a nurse, I come in the room and tell the doctor, "you are giving the patient erythomicin and he is allergic to it. Do you still want to give him that or change it?" Now there is no need for you to interpret that. It has nothing to do with the patient.*
>
> (Angelelli, 2006:182)

Die Rolle eines *patient advocate's* widerspricht dem zweiten Prinzip (*impatiality*), dennoch die Mehrheit von befragten DolmetscherInnen betonte die Wichtigkeit dieser Rolle, um die unnötigen Missverständnisse zu räumen und zählte sie zu ihrem Verantwortungsbereich. Oft hängt es von den Vorschriften der Gesundheitsinstitution ab welche Rollen die DolmetscherInnen auf sich nehmen müssen um einen „reibungslosen" Verlauf der Prozedur zu gewähren.
Die *Standards* wurden ursprünglich ausgearbeitet, um die Erwartungen des Gesundheitssystems zu erfüllen, dabei haben die Ergebnisse der Studie die Schwierigkeiten mit denen die DolmetscherInnen in der Praxis konfrontiert werden, aufgezeigt.
In Deutschland wird die Beiziehung von qualifizierten und zertifizierten DometscherInnen im Gesundheitswesen und auch explizit im Bereich der Gynäkologie nicht nur von den DolmetscherInnnen- aber auch von ÄrztInnenverbänden immer öfter angesprochen. In der Broschüre des Bundesverbandes der Dolmetscher und Übersetzer „Qualitätssicherung beim Dolmetschen im Gesundheitswesen" (BDÜ, 2010) wird explizit auf die Vorteile einer Zusammenarbeit mit professionellen DolmetscherInnen aufgewiesen:

> *Wie kann Qualität beim Dolmetschen im Krankenhaus gesichert werden?*
>
> *- Sensibilisierung der Auftraggeber für die Beauftragung qualifizierter Dolmetscherinnen und Dolmetscher;*
>
> *- Schaffung eines Bewusstseins für die komplexen Anforderungen in den Bereichen Fachsprache, Dolmetschtechniken, Neutralität, Verschwiegenheit bei Ärztegesprächen mit Patienten, die des Deutschen nicht oder nur wenig mächtig sind;*
>
> *- angemessene Vergütung der Dolmetschleistung;*
>
> *- Regelung der Haftungsfrage bei Dolmetschfehlern;*
>
> *-Sensibilisierung der Dolmestcherinnen und Dolmetscher für ihre verantwortungsvolle Aufgabe im Krankenhaus;*
>
> *- Informationsveranstaltungen von Ärzten und Krankenhäusern für Dolmetscher im Bereich Dolmetschen im Krankenhaus;*
>
> (BDÜ Broschüre, 2010:7)

Diese Forderungen wurden schon 1999 von dem Ethno-medizinischen Zentrum e.V. in dem Beitrag im Niedersächsischen Ärzteblatt „Der Einsatz von Dolmetschern im Gesundheitswesen als Beitrag zur Integration" unterstützt. Die Beiziehung hoch qualitativer Dolmetschkompetenz sollte die Fehldiagnosen minimieren und zum reibungslosen Verlauf des ÄrztIngesprächs mit PatientInnen in sieben „Handlungsfeldern" beitragen, darunter auch im gynäkologischen Bereich, in den Einrichtungen der Schwangerschafts- Sexualberatung und Frauenhäusern als auch im Gesundheitsberatungsstellen, wie die Geburtshilfe[26].
Obwohl in Österreich die gesetzliche Regulierung des professionellen Dolmetschdienstes noch nicht in Sicht ist, entstehen Projekte, wie z. B. „OMEGA — Transkulturelles Zentrum für Psychische und Physische Gesundheit und Integration", das seit 2005 in Graz „(…) als Brückenschlag zwischen dem aktuellen Bedarf an Begleitung und der nachhaltigen Integration von Flüchtlingen und MigrantInnen (…)" fungiert. Der Verein OMEGA stellt den MigrantInnen und Personen mit Migrationshintergrund eigenen Dolmetscherpool zur Verfügung, der die meisten sozialen Bereiche umfasst, darunter die muttersprachliche Begleitung zu Arztterminen sowie „medizinische, psychologische, psychiatrische, psychosoziale und psychotherapeutische Beratung, Betreuung und Behandlung" (Homepage des OMEGA-Vereins).

5.2 Umgangsformen mit ausländischen PatientInnen und MigrantInnen im medizinischen Bereich

Die PatientInnen wenden sich an ÄrztInnen meistens dann, wenn sie sich in einer Krisensituation befinden, unabhängig davon, mit welcher Krankheit oder welchem Problem sie kommen. Im Falle von MigrantInnen ist der Druck zusätzlich größer, denn Sprachbarrieren hindern sie daran, frei über ihr Leiden zu berichten:

> *Eine Krise betrifft den ganzen Menschen. In der Krise wird das akute Problem in Zusammenhang gebracht mit allen früheren Problemen, alte Konflikte werden wieder belebt, all dies löst Angst aus.*
>
> (Domenig, 2001:205)

In solchen Fällen sind PatientInnen am meisten verletzlich und sie möchten „in ihrer Angststimmung Entspannung und Erleichterung erfahren". Deshalb ist es so wichtig (und es wird im Gesundheitswesen zunehmend ernster wahrgenommen) den richtigen Kontakt

[26] Nähere Informationen über die Forderungen der Ärzte im Ärzteblatt, die Ausgabe 9/1999, siehe: http://www.haeverlag.de/archiv/n0999_0.htm

zwischen ÄrztInnen bzw. PflegerInnen und PatientInnen herzustellen. Das Vertrauen und eine offene, engagierte Einstellung sind im Heilungsprozess ein unabdingbarer Faktor.
Pribersky (in Strotzka und Wimmer, 1986) betont, dass PatientInnen Information brauchen, sie möchten über ihre (Gesundheits-) Probleme so ausführlich wie nur möglich unterrichtet werden. Dahinter steht auch das Bedürfnis nach Interesse seitens des Krankenhauspersonals für ihre Situation. Deshalb ist es notwendig, „(…) Atmosphäre des Vertrauens herzustellen, Angst zu nehmen [und] Sympathie aufzubauen". Es ist jedoch nicht immer der Fall, denn unterschiedliche ÄrztInnen unterschiedlichen Zugang zu PatientInnen pflegen.
Im Falle von sozialen Berufen hebt Auernheimer den Aspekt der *Machtasymmetrie* zwischen den Gesprächsparteien hervor und bekräftigt, dass „Macht (…) sich auf den institutionellen Status gründen [kann], auf soziale Beziehungen oder auf Zugang zu Informationen" (Auernheimer, 2008:47). Im interkulturellen Bereich, wie es im Gesundheitswesen üblich ist, kann sich diese Macht auf unterschiedlichen Ebenen zeigen, z. B. die Anwendung der Fachsprache von der ÄrztIn kann sich als Verständigungserschwernis manifestieren. Das könnte, laut Pribersky, „entgegengesetzte Einschätzungen des Verlaufs desselben Gesprächs durch den Arzt und den Patienten (…)" verursachen. Es vertieft auch automatisch bei PatientInnen das Hilflosigkeitsgefühl.
Berndl (2005) betont jedoch, dass PatientInnen heutzutage generell besser informiert seien (Internet, Broschüren, Fachliteratur etc.), was ihnen ermöglicht, sich auch in ihrer Muttersprache über die Krankheit zu informieren und mit dem erlangten Vorwissen zum Arzt zu gehen. Das ist aber nicht in allen Fällen möglich — die polnischen Frauen, die sich über den Schwangerschaftsabbruch mit Hilfe von Internet informieren wollen, stoßen an der ersten Stelle meistens auf Webseiten, die Informationen beinhalten, die von Medizinern nicht sofort bestätigt werden können und die Frau in Angstzustand versetzen. Es sind daher immer noch ÄrztInnen, die als primäre Kontaktpersonen im Falle von Fragen herangezogen werden und die oft beim Treffen von Entscheidungen dabei sind (vgl. Berndl, 2003:27).
Im Umgang mit PatientInnen mit Migrationshintergrund, die sich in einer Krisensituation befinden, sollten außer dem Angstfaktor zusätzlich folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Trennung von zu Hause;

- sich-anpassen müssen;

- Gefühle der Fremdheit;

- oft fehlende oder begrenzte Sprachkenntnisse;

- andere Umgangsformen in jeweiligen Kulturen;

Die Aufgabe der ÄrztInnen als auch des Pflegepersonals besteht darin, den PatientInnen emotionale Sicherheit, Gefühl von Anerkennung und Respekt für ihren kulturellen Hintergrund zu vermitteln, das Vertrauen aufzubauen und vor allem ihre Sorgen der PatientInnen ernst zu nehmen, sowie es im Falle von einheimischen PatientInnen berücksichtigt wird.

5.2.1 Selbstreflexion, Empathie und Verstehen

Die moderne medizinische Kommunikation richtet sich auf die menschlichen Qualitäten im Umgang mit PatientInnen. Dies ist jedoch in der Theorie mehr behandeltes Thema als es tatsächlich in der Praxis ist. Nicht alles kann man „über die kognitive Ebene, sondern auch über die konkrete Erfahrungsebene (…)" lernen (Domenig, 2001:150). Das bedeutet, dass das Wissen über die Migrationshintergründe einer bestimmten Kultur Hand in Hand mit aktivem Erfahrungsprozess in der Praxis gehen sollte. Es wird jedoch vom Krankenhauspersonal oft als „belastenden, schwierig und (…) störend" empfunden, weil gewisse Grenzen dafür überschritten werden müssen — „die professionelle Distanz" müsste dann meistens auf der Strecke bleiben.
Unterschiedliche ÄrztInnen pflegen unterschiedliche Umgangsformen mit ihren PatientInnen. Berndl (2003) unterscheidet zwischen drei Arten von *Entscheidungsmodellen*, die die *Machtasymmetie* zwischen der ÄrztIn und PatientIn entweder vergrößern oder verkleinern können:

- paternalistisches Entscheidungsmodell

- *shared decission making*/partnerschaftliches Entscheidungsmodell

- *informed decission making*

Das erste Modell ist daraus ausgerichtet, „das Verhalten der Patienten gezielt zu beeinflussen" (vgl. Berndl, 2003:28). Die PatientInnen werden bevormundet und geführt. Die ÄrztInnen übernehmen eine Mutter/Vater- Rolle und entscheiden was für die PatientIn (Kind-Rolle) das Beste wäre. Die PatientInnen haben wenig bis null Entscheidungsraum.
Im Gegensatz zu dem paternalistischem Modell steht das partnerschaftliche Entscheidungsmodell, das auf einem gegenseitigem Respekt und offenen Einstellung zu der Meinung der anderen Partei beruht. Die ÄrztIn „versucht Patienten zu befähigen ihre Interessen und Bedürfnisse selbstständig wahrzunehmen und zu vertreten" (Berndl, 2003:28).

Die PatientInnen und ÄrztInnen werden als PartnerInnen im Gespräch angesehen und dementsprechend behandelt.
Die dritte Variante, *informed decission making*, überlässt der PatientIn gänzlich das Treffen der Entscheidung — „der Arzt wird (…) zum Lieferanten von möglichst objektiver Information reduziert, die Verantwortung mit all seinen Konsequenzen einer Entscheidung liegt allerdings beim Patienten" (Berndl, 2003:28f.).
Die PatientInnen mit Migrationshintergrund sind auf die Aufgeschlossenheit, Empathie und Verständnis der ÄrztInnen meistens viel mehr angewiesen. Dies verlangt jedoch, dass man sich der „eigenen Lebenswelt bewusst [wird] und in einem zweiten Schritt auch die Lebenswelt der PatientInnen mit Migrationshintergrund möglichst wertneutral [erfasst]". Dies ist jedoch keine leichte Aufgabe, die nur als Lehrstoff weiter vermittelt werden könnte.
Es bedarf entsprechender innerlicher Einstellung und Willens auch in dem allzu hektischen Krankenhausalltag, sich dieser Herausforderung zu stellen.

5.3 Zusammenfassung

Es kann gesagt werden, dass sich die Wahrnehmung der PatientInnen hinsichtlich der ÄrztInnen, im Vergleich mit früher, geändert hat — sie werden nicht mehr ausschließlich als „Götter in Weiß" betrachtet, sondern auch immer öfter werden ihre Handlungen hinterfragt:

> *Patienten stellen Meinungen und Vorschläge der Experten häufiger in Frage und sind generell besser informiert, sie übernehmen aber auch mehr Verantwortung für ihre Gesundheit bzw. Krankheiten.*
>
> (Berndl, 2003:27)

Dennoch gibt es Situationen, und das betrifft vor allem die PatientInnen mit Migrationshintergrund, in denen die ÄrztInnen als die wichtigsten AnsprechspartnerInnen angesehen werden. Krankheit bedeutet eine Krise und entsteht meistens aus einer Krise, die auch psychologische Hintergründe haben kann. Das Verständnis für die Ängste und Sorgen der PatientInnen ist ein wichtiger Faktor im Heilungsprozess, in allen medizinischen Bereichen und wird immer mehr bewusst wahrgenommen.
Deshalb ist es besonders wichtig die Hindernisse, die der Bewältigung dieser Probleme im Umgang mit ausländischen PatientInnen im Weg stehen (z. B. Sprachbarrieren) zu räumen und so, die Qualität der Behandlung zu erhöhen. Dies wird unterschiedlich umgesetzt, beginnend mit einer multilingualen Webseite, über mehrsprachige Broschüren und

Informationsmaterial sowie den Einsatz von (meistens nichtprofessionellen) DolmetscherInnen.
Zunehmend ernster werden die Fragen der kulturellen Unterschiede und Normen, im Falle der PatientInnen mit Migrationshintergrund bzw. der PatientInnen, die sich nur kurzfristig im Ausland aufhalten, betrachtet. Die meisten Erfahrungen werden in der Praxis gemacht, aber es gibt auch Möglichkeiten sich in diesem Bereich weiterzubilden (universitäre Ausbildung).

* * *

Die kommenden Kapitel widme ich der Schilderung der von mir in Rahmen dieser Arbeit durchgeführten empirischen Untersuchungen im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe in zwei Wiener Ambulatorien, die sich auf den Schwangerschaftsabbruch, auch bei Patientinnen mit dem Migrationshintergrund spezialisieren.
An dieser Stelle möchte ich anmerken, dass dieser Teil sich ausschließlich auf Frauen konzentriert und ich werde mich nur auch auf einseitige, nicht gegenderte Formulierungen stützen. Das betrifft alle von mir interviewten Personen, denn es sich um keine Massendatenerhebung handelt sondern, um Darstellung der bestehenden Situation am Beispiel von Expertengesprächen aus den Bereichen Dolmetschen, Medizin und Krankenpflege.

6. Interviews — theoriegeleitete Vorannahmen

Die Behandlung polnischer Frauen, die wegen eines Schwangerschaftsabbruchs ins Ausland verreisen, wirft Fragen auf, wie man in diesem Bereich mit dem Thema der interkulturellen Aspekten dieses Phänomens umgeht. Deswegen waren für den praktischen Teil meiner Arbeit folgende Fragestellungen besonders relevant:

> ***In welcher Form besteht die aufgrund des „Abtreibungstourismus" hervorgehende interkulturelle Kommunikation zwischen dem österreichischen Arzt und der polnischen Patientin?***

Inwiefern kann sich professionelle, interkulturelle Kommunikation auf die Qualität der Verständigung und Behandlung der Patientinnen auswirken?

Welche Aspekte beider Kulturen, der polnischen und der österreichischen, werden in den Arzt-Patientin-Gesprächen, mit Fokus auf den Schwangerschaftsabbruch berücksichtigt bzw. nicht berücksichtigt?
Wie groß ist der tatsächliche Bedarf nach qualifizierten Sprach- und KulturmittlerInnen in diesem Bereich?

Die Fragestellung hat sich aus den Literatur- und Presseartikelrecherchen, der Analyse von Parlaments*hearings*-Aufnahmen vom 26.08.2010 im polnischen Sejm, persönlicher Teilnahme am Jubiläumstag der polnischen Föderation für Frauen und Familienplanung (*poln.* Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny) im Oktober 2011, sowie aus individuellen Beobachtungen ergeben.
Die Grundidee hinter der Anwendung von einer Mischform aus einem unstrukturierten und problemzentrierten Interviews bestand darin, die Meinungen der ExpertInnen, die in diesem spezifischen Bereich tätig sind, über die Problematik der interkulturellen Unterschiede und ihrer Auswirkung auf den Verlauf der Behandlung einzuholen und so treu wie möglich, zu präsentieren, um ein präzises Bild der aktuellen Situation darzustellen.
Der Leitfaden wurde in zwei Blöcke aufgeteilt, die zur kohärenten Strukturierung der Fragestellung beitragen sollten. Der erste bezog sich ausschließlich auf die Fragen, die mit dem *Abtreibungstourismus*-phänomen verbunden waren und der zweite beinhaltete Fragen zum Thema interkulturelle Kommunikation. Alle Fragen wurden mit der Berücksichtigung der jeweiligen Disziplin der Befragten konzipiert.
Die unstrukturierten Interviews sind im Bereich des sozialen Arbeitens keine Seltenheit und werden meistens bei Themen eingesetzt, die kaum, bzw. keine Kategorisierung und keinen Vergleich ermöglichen. Auch Schwangerschaftsabbruchsthematik fällt unter diese Kategorie. Eine quantitative Datenerhebung und anschließende Ergebniserstellung wären in dem Fall nicht möglich, denn es sind keine vollständigen statistischen Daten über die jährlich durchgeführten, registrierten Schwangerschaftsabbrüche verfügbar. Diese Tatsache betrifft nicht nur die Frauen mit Migrationshintergrund, aber auch Österreicherinnen.
Auf der anderen Seite erlaubte mir diese Methode die *Abtreibungstourismus*- und interkulturellen Kommunikationsproblematik sehr tief einzugehen und die Wahrnehmung, der von mir interviewten Personen genau zu analysieren. Deshalb habe ich mich immer an einen Gesprächsleitfaden gehalten, der jedoch immer wieder (je nach Gesprächspartner) mit *ad hoc* Fragen ergänzt werden konnte. Das ermöglichte einen freien, aber geordneten Gesprächsverlauf und das Abgehen vom Thema zu vermeiden. Des Weiteren sind die Ergebnisse nicht verzerrt, sondern authentisch und interdisziplinär nachvollziehbar.
Die qualitative Inhaltsanalyse der Interviews erlaubt eine systematische Verarbeitung des

aufgenommenen Stoffes, um diesen schrittweise zu analysieren. Die Interviews wurden transkribiert und zerlegt um, soweit möglich, die Vergleiche zwischen den ExpertInnenmeinungen herstellen zu können. An dieser Stelle möchte ich betonen, dass Kategorisierung nicht möglich war, denn die Interviews wurden mit ExpertInnen aus verschieden Bereichen durchgeführt (zwei Frauenärzten, einer Ambulatorium-Leiterin, zwei Krankenpflegerinnen und einer Dolmetscherin). Die Fragen wurden an die Bereiche angepasst, um die Wahrnehmung der Problematik am effektivsten zur Geltung zu bringen.

6.1 Interviewauswahlverfahren

Im Rahmen meiner Arbeit habe ich einen in Wien tätigen Frauenarzt polnischer Herkunft sowie fünf Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche legal durchführen dürfen, kontaktiert: zwei eigenständige Kliniken pro:woman und Gynmed-Ambulatorium und drei Gemeindespitäler (Krankenanstalt Sanatorium Hera, Semmelweis Frauenklinik und Krankenhaus Hietzing). Die Kontaktdaten habe ich meistens im Internet nachrecherchiert, bzw. in Gesprächen mit meinen Bekannten erfahren.
Ich habe mich mit jeweiligen Webseiten (wenn vorhanden) auseinandergesetzt, um festzustellen, ob sie für die Interviews relevant sind. Im Falle von zwei bin ich auf multilinguale Seiten gestoßen.
Zwischen den von mir angeschriebenen Ambulatorien befand sich Ambulatorium Woman&Health, das u. a. auch Schwangerschaftsabbrüche durchführt, jedoch nur als eine von vielen Eingriffen (den Hauptbereich stellen die Schönheitsoperationen dar). Auf die polnische Version der Website bin ich nur zufällig gestoßen, weil ihr eine eigene URL-Adresse zugeteilt wurde.
Jede Einrichtung wurde von mir auf dem elektronischen Weg angeschrieben und einschließlich telefonisch kontaktiert. MitarbeiterInnen von zwei Ambulatorien haben ihre Bereitschaft für ein Interview erklärt. Ich habe auch den Kontakt mit einem polnischen Frauenarzt in Wien tätig aufgenommen und er hat sich zum Thema Schwangerschaftsabbruchsgesetzt schriftlich geäußert. Auf Wunsch wird sein Name in meiner Arbeit nicht erwähnt. Drei Interviewte haben ihr Einverständnis für die Freigabe ihrer vollständigen Daten erteilt und zwei möchten anonym bleiben.

6.2 Die Befragten

Die Interviews wurden mit MitarbeiterInnen von zwei Wiener Einrichtungen — Gynmed-Ambulatorium für Schwangerschaftsabbruch und Familienplanung unter der Leitung von Dr.

Christian Fiala und im pro:woman - Ambulatorium für Sexualmedizin und Schwangerenhilfe unter der Leitung von Frau Elke Graf — im Zeitraum von Juni bis Juli 2012 durchgeführt. Außer dem medizinischen Personal hatte ich auch die Möglichkeit mit der Dolmetscherin und Beraterin für polnische Patientinnen, Frau Mag. Katarzyna Waniek, zu sprechen.
Die Offenheit und Interesse am Thema des *Abtreibungstourismus* und dem damit verbundenen interkulturellen Aspekt zeichnete alle Interviewten aus. Sie alle haben das Gesprächsthema gekannt, es wurden ihnen jedoch keine detaillierteren Informationen erteilt, um die Parteilichkeit und Konsultationen vor den Interviews zu vermeiden. Alle Personen wurden einzeln interviewt.
Die Tatsache, dass die Interviewten aus unterschiedlichen und nicht nur aus einem konkreten medizinischen Bereich stammen, ermöglichte mir die aktuelle Situation, Problematik und Lösungsmöglichkeiten zu untersuchen. Da dieses Thema ein ausgeprägtes interkulturelles Potenzial in sich verbirgt, haben Dr. Fiala und Frau Graf Interesse an dieser Forschungsarbeit und deren Ergebnissen geäußert.

6.3 Darstellung der Ergebnisse

Der Gesprächsleitfaden (Interviewfragen) ergab sich im Laufe von Literaturrecherchen, Teilnahme an unterschiedlichen Veranstaltungen zum Thema *Abtreibungstourismus* und Schwangerschaftsabbruch, sowie aus eigener Selbstreflexion. Schon in der Vorbereitungsphase war es mir klar, dass ein Auswertungsverfahren, das eine quantitative Analyse einbezieht, nicht möglich wäre. Erstens, weil es nur eine begrenzte Anzahl der zu interviewten FrauenärztInnen gibt, die sich auf den Schwangerschaftsabbruch im Raum Wien spezialisieren. Zweitens, gibt es insgesamt nur fünf Einrichtungen, die legal einen Schwangerschaftsabbruch in Wien durchführen dürfen und drittens, gibt es keine vollständigen statistischen Daten über die jährlich in Wien durchgeführten Eingriffe erhältlich sind.
Die theoriegeleiteten Recherchen und deren Ergebnisse wurden mithilfe von ExpertenInneninterviews auf ihre Gültigkeit in der Praxis überprüft und verglichen. Deshalb habe ich mich für eine qualitative Vorgehensweise entschieden, die einen tiefen und vielseitigen Einblick in die aktuelle Situation in diesem Bereich sowie ihre Darstellung erlaubt.
Der praktische Teil meiner Arbeit wurde dementsprechend in vier Abschnitte aufgeteilt; der erste Abschnitt enthält die Meinungen und Erfahrungen der Klinikleiterin, der zweite und dritte, die der ÄrztInnen/BeraterInnen und des Pflegepersonals. Das vierte Kapitel wurde ausschließlich den Erfahrungen der polnischen Dolmetscherin gewidmet. Diese Aufteilung sollte ein Bild des *Abtreibungstourismus*-Phänomens und der Problematik der interkulturellen

Kommunikation in diesem Bereich aus unterschiedlichen Perspektiven präsentieren. Die Zitate wurden genau wiedergegeben, deshalb beinhalten sie teilweise falsche Satzstellungen und Dialektausdrücke. Diese wurden in ihrer Originalversion in den Text übertragen.

7. Empirische Ergebnisse

Die Fragen wurden je nach Bereichen, aus denen die Interviewten stammen, erstellt, d. h. den Befragten wurden nicht die gleichen Fragen gestellt, z. B. auf die polnische Patientinnen bezogene Fragen waren im Falle von KlinikleiterInnen anders wahrgenommen als z. B. im Falle von Ärztinnen oder der Dolmetscherin. Mein Ziel war es, die unterschiedliche Wahrnehmung der *Abtreibungstourismus*-Problematik und der interkulturellen Kommunikation herauszufiltern. Anschließend wurden die Ergebnisse kritisch gewürdigt und analysiert. Die Ergebnisse sollten den im theoretischen Teil meiner Arbeit enthaltenen Informationen entgegengestellt werden, um die tatsächliche Situation aus der Perspektive der in dem Bereich tätigen Personen präsentieren zu können. In den kommenden Kapiteln werden die Wahrnehmung, Reaktionen und die subjektive Betrachtung von allen Befragten präsentiert.

7.1 Klinikleiterin

Frau Elke Graf ist die Leiterin des pro:woman-Ambulatoriums am Fleischmarkt in Wien, das 1979 gegründet wurde, vier Jahre nachdem der Schwangerschaftsabbruch im österreichischen Gesetz legalisiert worden ist. Es ist die erste private Klinik in Österreich, *die sich ausschließlich dem Thema Schwangerschaftsabbruch gewidmet hat und es noch immer tut* (…). Frau Graf ist seit sieben Jahren in der Klinik als Leiterin tätig. Sie studierte Wirtschaft und entschied sich für diese Stelle, um *mit dem Ziel näher zu den Frauen zu sein* (…) *aber auch möglichst die Dienstleistung zu professionalisieren*".
Der Schwangerschaftsabbruch in Österreich ist im Gegensatz zu Ländern wie Großbritannien und die Niederlande *„eine private Dienstleistung"*, d. h. die österreichischen Krankenkassen refundieren die Eingriffskosten nicht:

> *Wir führen den Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich in Österreich privat durch, es ist keine staatliche Leistung, es bezahlt auch der Staat den Frauen nichts. Sie müssen es selber finanzieren. Das ist auch eher außergewöhnlich in Europa, weil dort, wo der*

Schwangerschaftsabbruch legal ist, ist es auch, an und für sich, von der Krankenkasse bezahlt. Es ist nicht so in Österreich; das ist sozusagen eine private Dienstleistung.

Die Klinik ist grundsätzlich auf die Aufklärung — nicht nur von Frauen sondern allgemein von jungen Menschen — ausgerichtet, die als wichtiger Faktor der Schwangerschafts- und

Schwangerschaftsabbruchsprävention gilt. *Das beginnt bei gratis Kondomen* (…) *bis hin zu Workshops* (…) *mit Schulklassen* (…). Eine vollständige Sexualerziehung unter den Jugendlichen ist eine Voraussetzung einen Schwangerschaftsabbruch zu vermeiden, weil wie es sich oft herausstellt, *nicht jeder Schwangerschaftsabbruch notwendig ist* (…):

Es gibt Verhütungspannen, Verhütungsfehler und wir haben uns auch diesem Thema, Prävention, gewidmet. (…) Das sind alles kostenlose Dienstleistungen, weil wir einfach speziell jungen Menschen das Thema Verhütung näher bringen wollen, weil wir einfach der Meinung sind, dass nicht jeder Schwangerschaftsabbruch notwendig ist, wobei man darf hier nicht mit dem erhobenen Zeigefinger sozusagen auf die Jugendlichen blicken sondern wir verstehen es so, dass wir den Jugendlichen das Thema einfach näher bringen wollen.

Das pro:woman-Ambulatorium beschäftigt ein auf Schwangerschaftsabbrüche spezialisiertes Team — FrauenärztInnen, GynäkologInnen, AnästhesistInnen, UrologInnen, Krankenschwestern und Psychologinnen. Die Voraussetzung einer gelungenen Zusammenarbeit und einer professionellen Hilfe besteht in einem „wertfreien" Umgang mit dem Thema Schwangerschaftsabbruch. Der Sinn dieser Einstellung besteht darin, den Frauen eine Möglichkeit zu geben, eine unbeeinflusste Entscheidung treffen zu können:

(…) jede einzelne Frau, die zum Schwangerschaftsabbruch kommt, durch diesen Prozess [red. begleitet wird], weil wir einfach meinen, dass das Medizinische eine Seite, ein Aspekt des Schwangerschaftsabbruchs ist, aber hier gibt's auch eine emotionale, eine psychologische Seite. Wir versuchen hier den Frauen eine Umwelt zu schaffen, die „wertfrei" ist, das neutral ist. Das hier eine Hilfestellung gibt, aber dass die Frau auch stärkt darin, dass sie eine Entscheidung getroffen hat, die in Ordnung ist, die sie in ihr Leben integrieren kann. Sie muss sich niemandem rechtfertigen.

7.1.1 *Abtreibungstourismus*

Das pro:woman-Ambulatorium empfängt meistens Frauen aus Österreich sowie die hier sesshaften Migrantinnen aus Ländern des Ex-Jugoslawiens und aus der Türkei. Aber sie erfahren auch Patientinnen, die im Rahmen des *Abtreibungstourismus* nach Wien einreisen, z. B. aus der Slowakei und Ungarn. Frauen, die direkt aus Polen kommen sind eher eine Seltenheit. Die Klinik verfügt über unterschiedliche Broschüren, die in 13 Sprachen übersetzt wurden, allerdings handeln sie nicht über den Schwangerschaftsabbruch, sondern über allgemeine Frauensicherheit, Frauengewalt und die Möglichkeiten sich davor zu schützen. Dennoch ist die Webseite des Ambulatoriums nur in der deutschen Fassung auffindbar.
Der *Abtreibungstourismus* verlangt oft nach Maßnahmen, die nicht in jeder Klinik durchgeführt werden können, meistens aus finanziellen Gründen. Ein Beispiel dafür können die Psychologinnen-Muttersprachlerinnen sein. Das Phänomen besteht aber in unterschiedlichem Maße, es ist kein konstantes Kommen und Gehen von Frauen aus einer bestimmten Kultur oder einem bestimmten Sprachraum. Deshalb werden gewisse Leistungen nicht angeboten. Es liegt daran, dass die polnischen Patientinnen in der Klinik nur selten erscheinen:

> *Ich sehe keine große Anzahl, muss ich sagen. Ich kann nur generell sagen, dass wir schon einen Migrantinnenanteil haben, aber wir spüren den Tourismus an und für sich, jetzt speziell aus Polen, nicht.*

7.1.2 Interkulturelle Kommunikation

Da der polnische Aspekt im Falle des pro:woman-Ambulatoriums nur eine Seltenheit darstellt, habe ich mich auf den Umgang mit anderen Kulturen konzentriert. Laut Frau Graf legt die Klinik einen großen Wert auf einen professionellen Umgang mit ausländischen Patientinnen und wenn die Umstände es erlauben, werden sie in ihrer Muttersprache zu behandelt:

> *Also erstens Mal haben wir viel Kontakt zu anderen Organisation und Beratungsstellen, die sich mit dem Thema interkultureller Beratung beschäftigen. (...)Wir haben zwei Kolleginnen im Team, eine eben aus Ex-Jugoslawien kommt, die andere aus der Türkei, wo wir auch muttersprachlich mitunter einspringen können, wobei wir sind nicht grundsätzlich der Meinung, wir müssen in der Muttersprache der Klientinnen sprechen.*

In den meisten Fällen wird allerdings deutsch gesprochen — wie schon erwähnt, sind die meisten pro:woman-Patientinnen in Wien sesshaft und meistens der Deutschen Sprache mächtig. Jedoch sind die Sprachkenntnisse oft sehr unterschiedlich und die Kommunikation in einem spezifischen Fachgebiet, wie die Gynäkologie, stellt sich oft als schwierig dar. Frau Graf weist an dieser Stelle auf einen bestimmten Aspekt hin, der im medizinischen und pflegerischen Bereichen nicht zu unterschätzen ist:

> *Wir wollen das natürlich schon auf Deutsch machen, aber es geht ja teilweise um das Emotionale, sehr tiefgründige Themen und da ist es schon mal gut sich in der Muttersprache [der Patientin] ausdrücken zu können. Das versuchen wir weitgehend abzudecken. Wir haben einen großen Migrantinnenanteil, ich werde jetzt mal sagen 40% sicher, die in Wien sesshaft sind. (...) wir versuchen uns einfach auch hier mit der Fortbildung in dieses Thema auch hineinzubringen und weiterzubilden, damit wir ja, sollt auch sein, Barrieren abzubauen oder andere Kulturen auch verstehen lernen.*

Der emotionale Aspekt kann aufgrund der Fortbildung und Sensibilisierung auf das Thema Schwangerschaftsabbruch besser gehandhabt werden, aber es bedarf nicht selten einer professionellen Aufklärung des Themas und einer entsprechenden Ausbildung. Als Leiterin der Klinik, sieht Frau Graf das Vorwissen und die Erweiterung des bestehenden Wissens als einen sehr wichtigen Faktor im Umgang mit ausländischen Patientinnen. Selbstreflexion und Beobachtung sollten mit einer fundierten Ausbildung im Bereich der interkulturellen Kompetenz ergänzt werden:

> *(...) es ist schon sehr wichtig, dass wir hier versuchen in andere Kulturen uns hinein zu versetzen. Manches hat uns schon verwundert. Was Frauen aus anderen Kulturen als selbstverständlich erachten, ist für uns erstaunlich gewesen oder ungewohnt gewesen, was der Schwangerschaftsabbruch, im Speziellen für manche Kulturen eher als normale Sache (...) also Frauen aus Ex-Jugoslawien, z. B. sehen Schwangerschaftsabbruch mitunter als „Verhütungsmethode", weil es da schon auffällt, dass Frauen mehrmals Schwangerschaftsabbrüche in ihrem Leben haben. (...) es ist Teil des Lebens einmal auch einen Schwangerschaftsabbruch zu haben. Man hat einerseits viele Kinder oder tendenziell mehr Kinder als Österreicherinnen und andererseits auch mehr Schwangerschaftsabbrüche. Das muss man lernen, das muss man akzeptieren, sich selber auch zurücknehmen und sagen: „so ist es".*

Wie handelt man in einer Situation mit einer ausländischen Patientin, die kein Deutsch spricht und versteht? Wie sich in den meisten Gesprächen mit den Befragten herausgestellt hat, wird nicht selten die *lingua franca,* Englisch verwendet. Sie stellt eine Brücke zwischen den beiden

Kulturen dar und erlaubt eine Kommunikation, die jedoch nicht immer reibungslos, aufgrund des unterschiedlichen Sprachniveaus der GesprächspartnerInnen verläuft. Es handelt sich jedoch um den Komfort der Frau und sie sollte darüber entscheiden, in welcher Sprache sie sich mit der ÄrztIn verständigen möchte/kann:

> *Wir versuchen es so individuell, wie möglich zu gestalten, also das schriftliche Material, das hier zur Verfügung steht, was den Schwangerschaftsabbruch betrifft, das ist an und für sich verfügbar in ganz vielen Sprachen. Die persönliche, verbale Beratung und Betreuung, die vereinbaren wir mit der Frau, so wie sie es am besten braucht.*

Diese Prozedur wird schon im Erstkontakt mit der Patientin angesprochen, also am Telefon. Davon ist der Erfolg der weiteren Stufen abhängig:

> *Wenn wir merken, da gibt Sprachbarriere, dass wir vor der Terminvereinbarung bereits klären, wie was wir es machen, wenn sie herkommt, ob sie eine Vertrauensperson mitnimmt, die [dolmetscht] oder ob wir uns mit Englisch helfen oder Deutsch ausreicht.*

Die *Vertrauenspersonen* und das Klinikpersonal übernehmen meistens die DolmetscherInrolle. Aufgrund des Regelungsmangels im österreichischen Gesetzt besteht keine Möglichkeit, eine zertifizierte und im diesen bestimmten Fach spezialisierte DolmetscherIn beizuziehen. Die Familienmitglieder, Freundinnen der Patientinnen oder das medizinische Personal werden in solchen Fällen um Hilfe gebeten. Laut Frau Graf, tritt hier jedoch ein weiteres Problem auf:

> *Zusätzlich zum Termin auch das Thema Sprachbarriere, gibt es sie, wenn ja dann lösen wir sie, weil uns einfach wichtig ist, dass die Frau medizinisch versteht was hier auf sie zukommt und was sie auch hier unterschreibt und wofür sie sich einverstanden erklärt, rede wir jetzt von medizinischen Zustimmungserklärung, dass sie dem medizinischen Eingriff auch zustimmt. Das ist für uns der gemeinsame Nenner, wo wir uns versichern möchten, dass die Frau es versteht. Es geht um ihre Gesundheit.*

Die Sprach- und Kulturkenntnisse sind die wichtigsten Faktoren, die Sicherung eines reibungslosen Gesprächsablaufs mit der Patientin garantieren. Dennoch um alle Informationen zu vermitteln, die für die Behandlung der Patientin von Bedeutung sein könnten und oft von der Frau die Überschreitung ihrer Schamgrenze verlangen, ist ein gegenseitiges Vertrauen unentbehrlich:

(...) ich denke, dass im Speziellen was Thema Schwangerschaftsabbruch betrifft, ist es das Vermitteln unsere oberste Prämisse, dass wir keine Entscheidungen in Fragestellen. (...) Man spricht nicht so gern über Sexualität, über gynäkologischen Themen und bei uns ist es so, dass wir genau über diese Themen sprechen, das wir das Gefühl haben, dass wir sehr schnell Vertrauen gewinnen (...) Weil wir es wertschätzend, neutral und unterstützend tun, gewinnen wir sehr schnell Vertrauen der Frauen. (...) Sie [die Frau]ist ja beim Schwangerschaftsabbruch nicht länger als 2 Stunden da und das ist wieder erstaunlich, wie schnell die Frau das Vertrauen gewinnt und dann es zulässt, dass wir sie hier auch begleiten und ich denke, dass es ist eine ganz wichtige Voraussetzung. (...)

Die LeiterInnen der Kliniken sind jedoch nicht diejenigen, die um das direkte Herstellen des Vertrauens mit der Patientin sorgen, sondern vor allem das medizinische Personal (ÄrztInnen, Krankenschwestern, PsychologInnen). Es kommt manchmal vor, dass die Frauen, die wegen des Schwangerschaftsabbruchs kommen eigentlich ungelöste Probleme anderer Natur haben, von deren Lösung die Durchführung des Eingriffs abhängig sein könnte. Materielle Probleme, Probleme mit dem Partner können für eine Frau einen Grund für den Abbruch darstellen. Durch richtige psychologische Betreuung können in manchen Fällen die abrupt getroffenen Entscheidungen über den Abbruch vermieden werden. Die PsychologInnen werden jedoch so gut wie nie in Fällen von ausländischen Patientinnen herangezogen:

Das [Herstellen vom Vertrauen] ist die Aufgabe von Psychologen und ich denke, dass es nicht unwichtig ist, dass wir hier Psychologen im Team haben, weil die genau das lernen, dass sie hier ihre eigene Welt ausblenden und ihre eigenen Moralvorstellungen [ablegen] (...) jemand der hier arbeitet ist ohnehin nicht moralisch vorbelastet, sozusagen. Aber trotzdem ist es ganz wichtig hier sich selber „draußen zu lassen" und auf der Frau zu konzentrieren. (...)

Der Grund dafür, dass den aus dem Ausland einreisenden Frauen nur selten eine psychologische Beratung vor dem Eingriff angeboten wird, hängt meistens mit den Sprachbarrieren zusammen. Frau Graf betont, dass sich in manchen Fällen dieses Problem durch Drittsprache, Englisch, lösen lässt, aber nicht immer. In solchen Fällen ist es wichtig das Gefühl des Vertrauens anders zu vermitteln, auf der nonverbalen Ebene:

Ich denke, es ist sehr wichtig zu vermitteln, dass wir hier nicht werten, etwas gering schätzen oder hinterfragen. Die Fragen: „Warum sind Sie hier?" würde hier nicht geben. Wir stellen diese Frage einfach nicht. Und weil es so ist, denke ich, können wir eine gute Voraussetzung dafür schaffen, dass die Frauen es dann auch gut in Ihr

Leben wieder integrieren. Ein gutes Verhältnis mit den Frauen. Das gilt für Österreicherinnen, genauso wie für Migrantinnen.

7.2 Ärzte

In diesem Kapitel möchte ich die Meinung von zwei Frauenärzten präsentieren — Dr. Christian Fiala, Leiter und des leitenden Arztes des Gynmed-Ambulatoriums für Schwangerschaftsabbruch und Familienplanung in Wien sowie einem polnischen Gynäkologen, der seit Jahren in Österreich tätig ist. Dr. Fiala leitet die Klinik am Mariahilfergürtel im Wiener 15. Bezirk seit zehn Jahren.
Er spezialisiert sich auf die medizinische Behandlung von Frauen, die *ungewollt* schwanger wurden. Sein Verständnis für unterschiedlichste Gründe, warum Frauen eine Schwangerschaft abbrechen wollen, verfasste er in mehreren Fachpublikationen, die auf der Webseite des Ambulatoriums abzurufen sind. Dr. Fiala engagiert sich auch stark in die *Abtreibungstourismus der Polinnen*-Thematik und nahm am 26.08.2010 am *Hearing* im polnischen Sejm teil, um das Problem aus der österreichischen Perspektive zu schildern. Er setzt sich dafür ein, die Verurteilung der Frauen zu unterbinden und bekräftigt:

> *Als Männer sind wir fundamental von der Gesundheit und dem Überleben von Frauen abhängig. Wir sollten uns deshalb für Rahmenbedingungen einsetzen, unter denen Frauen, die ja durch unser Zutun schwanger wurden, eine ungewollte Schwangerschaft bestmöglichst und ohne unnötiges Leid beenden können*[27].

Ich erhielt auch eine Antwort von einem polnischen Frauenarzt, der in Wien tätig ist, aber wollte persönlich kein Interview geben. Diese breite Perspektive, wie die österreichischen und die polnischen Frauenärzte das *Abtreibungstourismus*-Phänomen wahrnehmen, habe ich als eine wichtige Ergänzung zum interkulturellen Teil meiner Arbeit verstanden.

7.2.1 Schwangerschaftsabbruch und *Abtreibungstourismus*

> *Die ungewollte Schwangerschaft und der Schwangerschaftsabbruch ist eine Tatsache des Lebens auf dieser Welt und (...) es gibt im Wesentlichem zwei Gruppen von Ländern; die Länder in denen der Abbruch legal ist und erlaubt ist und dort meistens*

[27] Zitat von Dr. Fiala, siehe: http://gynmed.at/deutsch/ambulatorium/fiala.html

auch von Fachkräften, von Ärzten durchgeführt wird und dort ist es sicher und es sterben keine Frauen (...) und die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche ist in den Ländern besonders niedrig.

Laut Dr. Fiala sind die Schwangerschaftsabbrüche in den weitentwickelten Ländern, wie die Niederlande, in denen das Verständnis und Akzeptanz für den Eingriff auch in der Gesellschaft fest eingewurzelt sind, keine *Schwangerschaftspräventionsmaßnahme*. Es mag bizarr vorkommen, jedoch es ist ein oft vorkommendes Phänomen, vor allem in Fällen von Frauen, die über die Konsequenzen des Sexuallebens nicht aufgeklärt wurden, bzw. keinen Zugang zu Verhütungsmitteln besitzen. Dabei sind diese zwei Punkte die wichtigsten Voraussetzungen, die unnötigen Schwangerschaftsabbrüche zu vermeiden bzw. deren Anzahl stark einzugrenzen. Es ist jedoch nicht möglich sie vollkommen zu unterbinden, denn sie „finden trotzdem statt (…)".
Polen ist eines von zwei europäischen Ländern, die ein sehr restriktives Schwangerschaftsgesetz haben. Wie es sich im August 2010 und während der Parlamentswahlen 2011 herausgestellt
hat, kann das Thema aber nicht mehr „unter den Teppich gekehrt werden". Die Medienberichte und die Reaktionen von 10% der polnischen Gesellschaft zeigten gewisse Veränderungen in der Wahrnehmung der Schwangerschaftsabbruchsproblematik. Dennoch ist es noch weit davon entfernt, eine vollkommene Toleranz diesem Eingriff gegenüber aufzubauen. Laut Dr. Fiala wirkt sich diese Einstellung nur konterproduktiv aus:

Und somit muss man sagen, dass in diesen Ländern finden auch kaum, gar keine oder kaum Kampagnen oder Unterstützung der Verhütung statt, d. h. es werden eher mehr Frauen ungewollt schwanger als in Ländern, wo es erlaubt ist. Diese Restriktionen, die sehr stark von religiöser Seite befürwortet werden, führen dazu, dass es zu einem sehr viele Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt werden und andererseits, dass es unnötiger Weise Frauen ihre Gesundheit und ihr Leben aufs Spiel setzen und Frauen teilweise schwere Komplikationen erleiden und in Folge eines illegalen Abbruchs versterben.

Der *Abtreibungstourismus* der Polinnen ist für Dr. Fiala ein bekanntes Thema — in Gynmed werden die vom Ausland einreisende Patientinnen oft behandelt. Es ist jedoch nicht möglich, das Phänomen in genauen Zahlen auszudrücken — es gibt keine genauen Statistiken, die Patintinnen verwenden auch oft einen ausgedachten Namen, um anonym zu bleiben:

Das ist schwer zu sagen, weil es großen Schwankungen unterworfen ist. Man muss natürlich sagen, dass das für die Frauen aus Polen einen großen Aufwand bedeutet, weil Österreich doch weit entfernt ist und weil wir ganz andere Sprache sprechen (...)

Es wäre schon anders wenn wir auf der anderen Seite der Grenze liegen würden und noch dazu, dass Polen selber ein sehr großes Land ist, dass auch die Distanzen innerhalb Polens sehr groß sind und man kann es überhaupt nicht vergleichen, z. B. mit Irland, wo der Schwangerschaftsabbruch auch verboten ist aber wo sie ein Boot nehmen und sind in einer Stunde in England und dort haben sie gleich einen Zugang zu legalem Schwangerschaftsabbruch.

Die sprachlichen Hürden und die großen Distanzen, die manche Regionen Polens von Österreich trennen, sieht Dr. Fiala als ein Problem der darin resultiert, dass viele Schwangerschaftsabbrüche illegal, in nicht dazu qualifizierten Praxen im polnischen Untergrund stattfinden. Es ist oft nicht möglich und finanziell kaum leistbar für eine Frau aus einer östlichen Region Polens, nach Wien einzureisen. Des Weiteren ist es wichtig, dass die Frauen in guten Bedingungen empfangen werden und viele denken sich, dass „wenn es schon gleich teuer ist, dann komm ich lieber nach Wien, weil dann weiß ich, dass ist dann transparent durchgeführt, es ist legal."
Was die Ursachen für den *Abtreibungstourismus* betrifft, sind sie, laut Dr. Fiala, vorwiegend mit der rechtlichen Lage eines Landes verbunden:

Das ist kein neues Phänomen. Den Abtreibungstourismus hat es schon immer gegeben. (...) Nur es ändern sich die Bedingungen unter denen er durchgeführt wird, d. h. das Verbot führt eben dazu, dass er häufig von unqualifizierten Personen, unter ungeeigneten Bedingungen durchgeführt wird und dann gibt es trotzdem Schwangerschaften und dann gibt es sehr viele Komplikationen und das haben schon Frauen in vielen Ländern.

Polen mit seinem restriktiven Gesetz stellt jedoch eine Ausnahme an sich dar; die *Gewissensklausel,* die jedem Arzt, in jedem medizinischen Bereich zusteht, stellt einen Widerspruch zum *hippokratischen Eid*, der als grundlegende Formulierung der ärztlichen Ethik gilt:

Das was wir jetzt von Polen sehen, dass Frauen aus Polen gezwungen sind in ein anderes Land zu gehen, das ist ein neues Phänomen und das ist heute selten. In Westeuropa gibt es nicht mehr, weil es eigentlich ein Standard ist, ein kultureller Standard ist, dass Frauen eben, die ja 50% der Bevölkerung darstellen... dass eigentlich die Gesellschaft die Verantwortung hat das medizinische System an ihren Bedingungen und Bedürfnissen auszurichten.

Der polnische Frauenarzt, den ich auf elektronischem Weg kontaktiert habe, sieht die *Abtreibungstourismus*-Problematik als fast nicht vorhanden. Er meinte, dass er mit polnischen Patientinnen, die in Österreich einen legalen Schwangerschaftsabbruch durchführen wollen, keinen Kontakt hat:

> *Die letzte Patientin aus Polen, der ich eine Auskunft über den Schwangerschaftsabbruch in Österreich erteilen konnte, war bei mir fast vor 15 Jahren! Das Problem ist praktisch nicht vorhanden, mindestens ich habe damit nicht viel zu tun.*

Der Schwangerschaftsabbruch und das damit verbundene Gesetz in Polen wirken sich indirekt auf die Wahrnehmung der polnischen FrauenärztInnen aus — sie besitzen wenig bis keine Handlungsmöglichkeiten. Aus der Nachricht des polnischen Frauenarztes konnte ich jedoch Befürchtungen ablesen, die mit den rechtlichen Konsequenzen eines Schwangerschaftsabbruchs im Zusammenhang stehen und das obwohl er schon seit geraumer Zeit in Österreich tätig ist:

> *Was meine persönliche Einstellung zu diesem Thema angeht, könnte ich sie folgend zusammenfassen: wenn eine Frau der Meinung ist, dass sie unter bestimmten Umständen nicht schwanger werden kann (es könnten unterschiedliche Ursachen sein, z. B. die finanziellen Gründe, Trennung vom Partner, Arbeitsverlust, die für ihre Familie sehr wichtig ist), hat sie das Recht selbst darüber zu entscheiden, ob sie sie erhalten möchte oder nicht. Selbstverständlich, darf sie den 12 wöchigen Zeitraum nicht überschreiten, in dem, laut dem Gesetz, der Schwangerschaftsabbruch legal durchgeführt werden darf. Ich persönlich, bin dagegen Frauen ihrer persönlichen Entscheidungsfreiheit zu berauben und sie dazu zwingen Kinder zu gebären (...) nur deswegen, dass mehr Leute Kirchensteuer zahlen, oder wegen des Hungertodes sterben müssten und vor allen um es noch einmal zu verdeutlichen wer über ihre Seelen herrscht (sowie im Mittelalter die Inquisition).*

Für viele polnische Frauenärzte hat der Schwangerschaftsabbruch eine emotionale Konnotation, weil sie diejenigen sind, die laut dem polnischen Schwangerschaftsabbruchsgesetzt mit schwerwiegenden Konsequenzen rechnen müssen — der Verlust der Arztlizenz ist eine davon.
Im Anschluss wurde mir auch empfohlen, das Thema der Arbeit noch zu überlegen:

> *(...) ich weiß selber nicht was Sie in diesem bestimmten Fall vergleichen könnten: aus der Angst vor rechtlichen Konsequenzen werden Sie von den [polnischen]*

Frauenärzten wahrscheinlich keine einzige ehrliche Antwort aufgrund der Angst vor dem Verlust der Lizenz bekommen(...).

7.2.2 Interkulturelle Kommunikation

Der interkulturelle Aspekt des Schwangerschaftsabbruchs wird aus der Perspektive von Dr. Fiala nicht als solches verstanden. Es ist mehr ein individueller Aspekt des Lebens einer Frau. Dr. Fiala betont, dass es auf keinen Fall aus kulturell bedingter Perspektive zu verstehen ist:

Also die Frauen werden ungewollt schwanger und das ist unabhängig von der Kultur, (...) und es kommt in allen Kulturen vor. Die ungewollte Schwangerschaft ist kein kulturelles Phänomen (...) sondern es ist ein menschliches Phänomen, das in allen Kulturen gibt. Zu allen Zeiten seit die Menschen auf dieser Welt gibt. Und daher stehen Frauen in allen Kulturen vor derselben Frage: was mache ich mit dieser ungewollten Schwangerschaft? Weil es nicht anders geht.

Dennoch in dem speziellen Aspekt, den der *Abtreibungstourismus* darstellt, darf die Bedeutung der interkulturellen Kommunikation nicht unterschätzt werden. Die Kultur- und Sprachbarrieren beeinflussen die beiden Parteien im Gespräch, nicht nur die Frau, sondern auch den/die ÄrztIn.
Diese Aspekte werden jedoch individuell, oft durch das Prisma des eigenen Berufes und des Verständnisses für die Situation der Frau wahrgenommen:

Die Betreuung (...), im Einzelfall (...) ist dann natürlich kulturspezifisch. Da muss man aber gewisse Dinge berücksichtigen, also z. B. die gynäkologische Untersuchung ist in vielen Ländern einfach sehr unterschiedlich. (...) Das ist ein grundlegendes Bedürfnis der Frau auf dieser Welt und dann sind das, was dazu kommt, die kulturspezifischen Ausformungen. Ja, manche Frauen, die zu einer gynäkologischen Untersuchung gehen, achten darauf, dass es eine Frau ist, in anderen Ländern ist es unwichtig. Manche Frauen möchten einen Vorhang davor haben. In manchen Ländern muss dritte Person anwesend sein. In anderen Ländern ist es nicht so (...). In manchen Ländern wollen die Frauen den Arzt sehen. In anderen Ländern wollen sie ihn nicht sehen. Also das sind die Detailausformungen (...).

Dr. Fiala betont, dass es nicht nur auf dieses einzige Phänomen beschränkt werden kann, man muss den Begriff „Krankheit" aus der interkulturellen Perspektive als ÄrztIn wahrnehmen und sich damit entsprechend, je nach Fall, auseinandersetzen. Dafür ist das theoretische

Wissen über jeweilige Kulturen und Sprachkenntnisse nicht ausreichend. Die Selbstreflexion und Sensibilisierung auf das Thema spielen eine ganz bestimmte Rolle und ermöglichen eine reibungslose Kommunikation:

> (…) *Krankheit ist immer etwas intimes, egal welche Krankheit oder mit medizinischem Problem in ein Land zu gehen, außerhalb des eigenen Kulturkreises und außerhalb der eigenen Sprache. Das ist immer ein Problem (…) und sicher muss man da eine gewisse Sensibilität haben, eine gewisse Weichheit, dass man es offen wahrnimmt, wo Bedürfnisse sind. Nicht, sozusagen, in der eigenen kulturellen Routine, die halt umsetzt sondern, dass man da ein bisschen offener und sensibler ist. Sicher ist der Genitalbereich oder Sexualität und Fruchtbarkeit noch ein sehr intimer Bereich. Auf der anderen Seite gibt es andere medizinischen Bereiche, die sind sehr intim. Insofern muss man immer in der Medizin, außerhalb der Kultur, wenn man mit Menschen außerhalb des eigenen Kulturkreises zu tun hat, Sensibilität haben aber ich sehe es jetzt nicht spezifisch. (…)*

Der Schwangerschaftsabbruch, aus der Sicht einer ÄrztIn, ist eine Ausnahme an sich. Alle kulturell bedingten Unterschiede treten in den Hintergrund, denn bei allen Frauen „(…) sind die Bedürfnisse (…) gleich." Sie wollen respektiert werden und die Chance haben, die Entscheidung auf eigene Faust in einer „wertfreien" Umgebung treffen zu können:

> *(…) eine Frau aus Pakistan oder eine Frau aus Dubai und Amerikanerin und Polin und die amerikanische Soldatin, die in Italien stationiert ist — sicher haben die alle ein bisschen unterschiedlichen kulturellen Background aber ich finde er tritt eher in den Hintergrund.*

Das Vorwissen in Bezug auf jeweiliges Land sollte auf jeden Fall vorhanden sein. Es trägt zu allgemeinem Verständnis der Kultur bei. Dennoch ist es ein selektives Wissen, das für jeweiligen Bereich von Wichtigkeit sein kann. Die Gründe warum die Patientin aus ihrem Land ausreisen muss, sind mit unterschiedlichen Faktoren verbunden und deren Kenntnis kann sich während der Behandlung als vorteilhaft herausstellen, denn sie stellen eine Grundlage des Vertrauensaufbaus dar:

> *Sicher ist es eine Hilfe, aber sie ist jetzt nicht so wichtig das länderspezifisch zu wissen, sondern es ist wichtig, das man ungefähr weiß, wie ist es in Ländern in denen der Abbruch restriktiv gehandhabt wird und wie sind dann die Lebensbedingungen und wie das für Frauen, wie sind die Lebensbedingungen für Frauen. Wie kommen Frauen an Informationen dran? Können sie diese Informationen umsetzen und können sie ihr Bedürfnis befriedigen bzw. wie kommen sie zu einer medizinischen*

Behandlung, die für sie absolut notwendig ist?(...) Also das ist sicher in gewisser Weise hilfreich aber was viel wichtiger ist als das spezifisch nationale Kenntnis, ist die grundlegende Kenntnis wie ist das Leben für die Frauen in einem Land, wo sie diese fundamentale Bedürfnis nach Kontrolle ihrer Fruchtbarkeit nicht legal umsetzen können. Und was für Strategien entwickeln sie, wohin gehen sie, wo bekommen sie Informationen, wie verlässlich sind die Informationen, das ist eben das was viel wichtiger ist.

Dieser Standpunkt eines Arztes zeigt, dass im Hinblick auf die Patientinnen, die aus anderen Kulturkreisen stammen, vieles unbewusst wahrgenommen wird. Die kurze Zeit (max. 2-tägiger Aufenthalt) erlaubt den ÄrztInnen oft keine nähere Wahrnehmung der kulturell bedingten Unterschiede.
Polen ist laut Dr. Fiala ein Fall für sich. Wenn das Gesetz nicht so restriktiv gestaltet wäre und wenn es keine *Gewissensklausel* gäbe die FrauenärztInnen davon abhalten würde, die Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen, hätten die Frauen in ihrem eigenen Land einen Zugang zu einer eigentlich sehr guten medizinischen Betreuung und in Konsequenz müssten sie nicht ins Ausland fahren. Dr. Fiala bezieht sich auf die FrauenärztInnen-Generation, die im kommunistischen Polen tätig waren, während der Schwangerschaftsabbruch allgemein zulässig und legal war:

(...) Sie haben in Polen noch eine Generation von Ärzten, die das gelernt hat, die das routinemäßig gemacht hat und die konnte dann das auch im Untergrund auch sicher und gut weiterhin durchführen und hat das gemacht. Das war eine absolute Ausnahmesituation, dass Polen in dieser Lage war den Frauen, auch trotz des Verbotes, häufig eine hohe Qualität des Schwangerschaftsabbruchs anzubieten, weil eben die Ärzte das noch zu einer Zeit gelernt haben oder eine Generation von Ärzten es gelernt hat wo es erlaubt war. Es gibt kein anderes Land auf der Welt, wo so etwas war.

Die restriktive Gesetzgebung, Gewissensklauseln und die Inakzeptanz und mangelndes Verständnis für das Problem innerhalb der Gesellschaft zwingen die Frauen zu einer schwierigen Entscheidung: soll sie ungewollt Mutter werden oder ins Ausland fahren, um legal den Schwangerschaftsabbruch durchzuführen zu lassen? Diejenigen, die sich für den Abbruch entscheiden, stehen oft vor mehreren Problemen: finanzielle Fragen, Reise in ein fremdes Land, Kontakt mit einer fremden Sprache und Kultur. Diese Faktoren üben zusätzlichen Druck auf die Frau aus. Deshalb ist es so wichtig, sie mindestens im Kommunikationsbereich entsprechend zu unterstützen, ihr die Chance geben, sich in der Fremde nicht fremd zu fühlen und ihr Problem in einer ihr bekannten Sprache, also meistens in der Muttersprache, anzusprechen.

Das Gynmed-Ambulatorium ermöglicht den polnischen Patientinnen den Zugang zu polnischer Sprachmittlung, in Form von einer polnischen Beraterin und Dolmetscherin, die sie in den 2 Tagen ihres Aufenthaltes in Wien begleitet. Jedoch beschränkt sich der Sprachdienst auf die polnische und deutsche Sprache und im Falle der Patientinnen aus anderen Ländern, z. B. aus Ungarn, greift man oft nach der *lingua franca*, Englisch:

> *Es geht darum, wie gut Frauen Englisch oder Deutsch können. Es ist naheliegend, wenn eine Frau Englisch kann, wir können jetzt Englisch anbieten, dass man dann in einer Drittsprache kommuniziert. Es ist eigentlich naheliegend und das tun wir in allen anderen Ländern auch. Wir haben auch Frauen aus Ungarn und aus der Slowakei und aus Arabien (...). Und wir können jetzt alle relativ gut Englisch und Englisch ist die internationale Sprache, wo sich alle treffen. Dann ist das auch naheliegend, die Frauen aus Polen, wenn sie kommen, wenn sie Englisch können, haben auch keine Bedürfnis nach einem Übersetzer (sic!). Aber eben auch sehr viele Frauen können auch kein Englisch oder Deutsch und für die meisten ist dann die Sprachbarriere eine unüberwindliche Hürde. Und für uns ist es auch wichtig, dass wir mit Frauen eben Kontakt aufnehmen können.*

Es steht jedoch im Moment keine Alternative zur Verfügung. Die Gründe sind auch im Privatbereich dieselben, wie in dem öffentlichen — die finanzielle Frage, die Nachfrage, trotz des vorhandenen Bedarfs, ist oft zu niedrig, um einen dazu qualifizierten Dolmetscherdienst beizuziehen.

7.3 Beraterinnen/Krankenpflegerinnen

Im kommenden Kapitel möchte ich die Meinung des Pflegepersonals des Gynmed-Ambulatoriums zum Thema *Abtreibungstourismus,* Beratung der ausländischen Patientinnen und Kommunikationsprobleme präsentieren. Ich habe zwei Krankenschwestern interviewt, die jedoch anonym bleiben möchten.
Die Befragung war für mich deshalb so wichtig, weil das Pflegepersonal den Patienten, allgemein im Gesundheitswesen, am nächsten steht, wie es im Kapitel 5 ausführlich erörtert wurde. Sie begleiten, beraten und sind dementsprechend am öftesten mit den Problemen der PatientInnen konfrontiert:

(...) ich bin Krankenschwester und ich mache Beratungen von Frauen... also die rufen halt bei uns an und dann informiere ich sie und habe ein Gespräch mit ihnen, schaue, ob ich ihnen auch mit der Entscheidung gut geht. Und dann, wenn sie kommen, setzen wir uns dann mit ihnen zusammen und besprechen noch einmal genau was sie dann eben durchmachen.

(Krankenpflegerin #1)

7.3.1 *Abtreibungstourismus* aus der Sicht des Pflegepersonals

Der *Abtreibungstourismus* ist im Pflege- und Beratungsbereichen ein bekannter Begriff. Die KrankenpflegerInnen, die auch als BeraterInnen fungieren, sind die Ersten, die mit Patientinnen in Kontakt treten. Laut dem Gynmed-Pflegpersonal ist die Tendenz unter den Polinnen, die wegen des Schwangerschaftsabbruchs nach Wien kommen, in den letzten 6 Monaten eher rückgängig:

Es ist seltener als vorher. Ich glaube, dass die Polinnen haben jetzt auch in der Slowakei Kliniken gefunden, wo sie sich hinwenden können.

(Krankenpflegerin #1)

Was Polinnen betrifft, ist es jetzt weniger, aber das kann man jetzt wirklich als Abtreibungstourismus bezeichnen.

(Krankenpflegerin #2)

Sie schränken jedoch den Begriff nicht auf eine bestimmte Frauengruppe, die aus einem bestimmten Kultur- und/oder Sprachraum kommen, ein. Frauen aus aller Welt kontaktieren sie und alle haben die gleichen Fragen und Bedürfnisse:

Abtreibungstourismus ist für uns wichtig in dem Sinne, dass wir viele Frauen haben... aus Ungarn, Tschechien, Slowakei, vor allem auch aus Polen. Es gibt welche, die leben in Emiraten, aus Israel. Oft ist es so, dass in ihren Ländern

(Schwangerschaftsabbruch) verboten ist, oder nicht so einfach ist, dass sie lange warten müssen, dass sie mit Vorurteilen begegnet werden.

(Krankenpflegerin #1)

Als die wichtigsten Gründe für den *Abtreibungstourismus* nannten die beiden Befragten, die rechtliche Lage in jeweiligen Ländern, sowie die Angst vor Vorurteilen seitens der Gesellschaft, Familie und der Kirche. Diese Gründe sind für die Patientinnen meistens ausreichend, um sich auf den oft sehr langen Weg nach Österreich zu machen. In den dortigen Kliniken haben sie die Garantie „wertfrei" und ohne Druck der Gesellschaft, Politik, Kirche und der Gesetzgebung oft äußerst schwierige Entscheidung zu treffen.

7.3.2 Interkulturelle Kommunikation im Pflegebereich

Die interkulturelle Kommunikation im Pflegebereich gehört zum Alltag. Wie die KrankenpflegerInnen die sprachlichen und kulturellen Hindernisse bewältigen, ist oft von ihrer Ausbildung, Selbstreflexion sowie Menschen- und Problemkenntnissen abhängig. Beide Befragten haben den Umgang mit ausländischen Patientinnen aus ihrer eigenen Erfahrung geschildert, was mir ermöglichte, die Theorie mit der tatsächlichen Handhabung dieses Problems in der Praxis zu vergleichen:

Viele Frauen sprechen Englisch, also wir kommunizieren oft auf Englisch. Wir haben eine Übersetzerin. Das kostet aber was. Die nimmt oft Kontakt, den ersten Kontakt auf, und begleitet dann die Frauen auch. Ja, Englisch ist eigentlich unsere Sprache. Wir haben die Informationsbroschüren, wir haben sie in andere Sprachen übersetzt, auch auf Ungarisch und Polnisch.

(Krankenpflegerin #1)

(...) also unsere Homepage ist schon in sehr viele Sprachen übersetzt. Ja, das ist schon einmal sehr hilfreich, weil sich doch viele übers Internet informieren und wenn es natürlich muttersprachlich erklärt ist, dann ist es super. Also das ist schon wirklich viel getan. Und dann am Telefon... wir machen schon sehr viel Vorarbeit am Telefon, bei der Terminvereinbarung. Es ist egal, (...) woher die Frau kommt. Wir versuchen schon sehr viel am Telefon abzuklären, wie es mit der Entscheidung ausschaut, ist mal das Wichtigste. Und dann welche Methode und so weiter. Und dann... wenn das halt

jetzt eine Sprache ist, die wir nicht sprechen, also wenn es kein Englisch ist, (...) dann ist natürlich wichtig, dass eine Person gibt, die es dolmetscht.

(Krankenpflegerin #2)

Ein Dolmetscherdienst gibt es allerdings nicht; in Österreich ist die Beiziehung zertifizierter DolmetscherInnen im medizinischen Bereich nicht rechtlich verankert. Meistens sind das die Partner oder die Familienmitglieder der Patientinnen, die, wenn sie der deutschen oder der englischen Sprache mächtig sind, in die Dolmetscherrolle schlüpfen. Diese Situation bereitet manchmal Schwierigkeiten kommunikativer Natur, die für beide Seiten, das Pflegepersonal und für die Frau, schwer zu bewältigen sein können:

Es geht manchmal super. Aber es gibt manchmal Situationen, wo man nicht weiß, was die Rolle der Frau ist. Möchte sie den Abbruch? Wurde sie dazu mehr oder weniger gezwungen? Das kann man sehr schwer eruieren. Ich versuche halt, wenn ich das Gefühl habe, es könnte so sein... dann versuche ich wirklich den Mann dazu zu bringen, erstens wirklich das zu übersetzen, was ich sage und nicht, dass er mir dann eine Antwort gibt (...). Das gibt's manchmal. Hamma aber nicht so häufig. Das sind so Situationen, die manchmal unangenehm sind, weil dann weiß man nicht weiter. Ich kriege keinen direkten Kontakt zur Frau.

(Krankenpflegerin #2)

Unqualifizierte DolmetscherInnen sind in diesem Bereich keine Seltenheit. Die Familienmitglieder können oft die Situation nicht objektiv betrachten und dementsprechend kommt es zu Missverständnissen, deren Bewältigung manchmal nicht reibungslos behoben werden kann. Die Informationen, die für die Vorbereitung der Frau auf den Eingriff nötig sind, können aufgrund des mangelhaften Wissens einer für das Dolmetschen nicht qualifizierten Person nicht richtig vermittelt werden. Alle Parteien werden zusätzlich unter Druck gestellt und es ist sehr schwer eine Verständnis- und Vertrauensbasis zu finden. Auch die psychologische Hilfe ist in solchen Fällen nicht vorhanden:

Können wir nicht abdecken, ja. Da brauchte man wirklich eine polnische Psychologin oder Psychoterapeutinnen. Das hamma nicht zur Hand. Vor allem, so viele Frauen haben wir auch wieder nicht, dass man jetzt sagt, das muss man jetzt ausbauen. Es sind nur Einzelfälle. Wir haben das auch bei Österreicherinnen, nur da haben wir noch die Möglichkeit zu sagen: ok, gehen Sie noch in eine Beratung. Das ist leichter,

weil wenn Frauen aus Polen kommen und wir sagen: überlegen Sie sich das noch, es ist auch schwierig. Das ist viel mehr Druck.

(Krankenpflegerin #2)

Dabei kann die Bedeutung des Vertrauens zwischen einer Pflegerin und der Frau, die sich in einer Krisensituation befindet, nicht unterschätzt werden. Es ist jedoch oft sehr schwierig diesen Zustand im Falle von ausländischen Frauen zu verbessern, die keiner anderen Sprache, außer ihrer Muttersprache, mächtig sind. Es führt dazu, dass die Frau sich zurückzieht, dabei können wichtige Informationen untergehen und die Patientin fühlt sich verschreckt und unsicher. Empathie und Verständnis für die Situation, in der sich die Frau befindet, sind von großer Bedeutung, wenn die Sprache den Zustand nicht ausdrücken kann:

Also höflich, freundlich, auch bestimmt. (...) ich versuch halt, wenn ich merke, die Frau kann sich nicht öffnen und sie ist jetzt einfach da... manchmal denke ich mir einfach ich leiste ein Service. Wenn sie sich nicht öffnen kann, dann ist es auch ihre Entscheidung. Und wenn sie jetzt da, vor mir sitzt und den ganzen Weg (aus Polen) hierhergekommen ist, dann will sie auch die Schwangerschaft abbrechen. Und ich hoffe halt immer, dass sie jemanden hat mit dem sie, das doch noch bespricht, ich sag das halt. Wir sagen auch immer dass sie uns immer anrufen können, dass wir einfach da sind. Sie können auch zu einer Kontrolle kommen. Sie sollten sich halt so sicher wie möglich fühlen.

(Krankenpflegerin #1)

Wie weit kann man sich in solcher Situation bewegen, um nicht zu persönlich zu werden, ist nicht klar. Vor allem, von Kultur zu Kultur, sind die Probleme, die eine Frau bedrücken unterschiedlich. Das fehlende Kulturwissen kann dazu führen, dass diese Grenzen nicht wahrgenommen oder gar überschritten werden; wovor hat die Frau Angst, wie kann man sie am besten beruhigen und sie versichern, dass ihr nichts passieren kann, dass sie keine psychischen und physischen Konsequenzen ihrer Entscheidung tragen wird:

(...) es kann die Erziehung sein, dass es ein Tabu ist über ihre Gefühle zu sprechen, vielleicht ist es nicht erlaubt Schwäche zu zeigen, ja? Das kann schon auch die Gesellschaft sein.

(Krankenpflegerin #1)

Wenn die Unterschiede zwischen zwei Kulturen nicht allzu gravierend sind, werden sie oft nicht wahrgenommen. Oft handelt es sich um diese, die man auf den „ersten Blick" als Unterschiede erkennen kann. Eine meiner Fragen, die ich auf alle Befragten gerichtet habe, bezog sich auf die Mentalitätsunterschiede zwischen der polnischen und der österreichischen Kultur.
Manche Befragten sahen keine Unterschiede und sie definierten beide Kulturen als ähnlich. Einer Krankenpflegerin, die mit polnischen Patientinnen am meisten zu tun hat, sind jedoch einige Sachen aufgefallen, die auf Selbstreflexion und Beobachtung der Frauen basierten:

> *Ja, mir ist schon aufgefallen, dass die Polinnen sehr oft, sehr... das hängt wahrscheinlich auch damit zusammen, dass das verboten ist einen Abbruch zu machen, also vom Gesetz her nicht erlaubt, sag ma so. Ich finde, dass die Polinnen sehr oft, sehr verschlossen sind, sehr kontrollierend, also sie geben wenig Preis von sich. Ich finde es schwer, selbst wenn wir auf Englisch kommunizieren, überhaupt an die Frauen ein bisschen heranzukommen. Man sieht, dass es ihnen nicht gut geht, da sind die österreichische und andere Kulturen offener.*
>
> (Krankenpflegerin #1)

> *Meistens wissen wir es eh, wie es dort (Polen) läuft. Gesetzlich ist auch kulturell. Da hamma schon ein Vorwissen, ja.*
>
> (Krankenpflegerin #2)

Die zweite Krankenpflegerin sah jedoch keine großen Unterschiede, nicht in diesem expliziten Bereich. Hier sind alle Frauen „gleich". Sie kommen aus einem bestimmten Grund und in ihre Reaktionen sollte der kulturelle Aspekt nicht reininterpretiert werden: Es ist so, weil die Gründe warum sich die Frau für den Schwangerschaftsabbruch entschieden hat, nicht nachgefragt werden. Sie sollten sich für Ihre Entscheidung nicht rechtfertigen müssen:

> *Naja, ich denke die Frauen, die hierherkommen, die stehen unter enormen Druck. Also bei vielen hat man schon das Gefühl, dass ist jetzt viel mehr Druck als bei Frauen aus Wien oder Wien-Umgebung. Sie muss daher reisen, sie kennt die Sprache nicht und, gibt's aber bei uns auch, dieser religiöse Druck ist natürlich schon spürbar.*

Bei vielen Frauen, einfach dieses Verbotene und praktisch dieser katholische Hintergrund. Das ist, nicht bei allen aber schon spürbar.

(Krankenpflegerin #2)

Ein reibungsloser Verlauf der interkulturellen Kommunikation hängt stark von den sprachlichen und kulturellen Kompetenzen beider Gesprächsparteien ab. Das Bekannte, im Gegensatz zum *Fremden*, erweckt das Gefühl der Zugehörigkeit und des gegenseitigen Verständnis. Dazu gehört das Wissen über die Sprache (erkennen der Tonalität, Emotionen, des bestimmen Syntax, etc.) und die kulturellen Aspekte, die sie birgt. Das ist ohne ein fundiertes Training und eine gute Ausbildung, sowie ein tiefgehendes Verständnis der Kultur oft nicht nachvollziehbar. In solchen Fällen wendet man sich an die Dolmetscherin.

7.4 Dolmetscherin

Im kommenden Kapitel möchte ich den Umgang mit den polnischen Patientinnen aus der Perspektive der Dolmetscherin, Frau Mag. Katarzyna Waniek, schildern. Dennoch ist ihre Rolle als Dolmetscherin/Übersetzerin nicht die einzige, die sie im Gynmed-Ambulatorium ausübt — sie ist auch qualifizierte und zertifizierte Beraterin im Bereich der Familienplanung. Sie lebt seit 15 Jahren in Österreich, aber bewegt sich ständig zwischen beiden Kulturen. Sie ist hauptsächlich für die Beratung der polnischen *Gynemd*-Patientinnen zuständig und dolmetscht in den Sprachen Polnisch und Deutsch. Manchmal fungiert sie auch in anderen Ambulatorien als Dolmetscherin:

Was andere Ambulatorien betrifft, bin ich dort nur dann tätig, wenn es zu einer „Terminkollision" bei einer Patientin kommen sollte; wenn sie am vereinbarten Tag nicht kommen kann oder wenn es zu viele Patientinnen gibt und sie warten müsste. Dann schlage ich ihr vor, einen Termin in einem anderen Ambulatorium zu vereinbaren. Wenn es jedoch um eine enge Zusammenarbeit geht, arbeite ich ausschließlich für das Gynmed-Ambulatorium.

Gefragt nach ihren genauen Aufgabenbereichen erwähnt sie zwei: Beratung und Dolmetschen. Aufgrund ihrer Ausbildung und abgeschlossenem Kultur- und Sozialanthropologie-Studium und der engen Verlinkung zwischen den beiden Bereichen hat sie sich für die Stelle im *Gynmed*-Ambulatorium entschlossen:

(...) also was diese Aufgabe betrifft, muss ich zuerst den organisatorischen Aspekt ansprechen. Im Gynmed-Ambulatorium gibt es Damen, Beraterinnen, die entsprechende Ausbildung in diesem Bereich genossen haben, also zum Beispiel im psychologischen Bereich, etc. Es gibt auch eine Psychologin und sie kümmert sich um die organisatorischen Fragen. (...) Ich bin Dolmetscherin, aber aufgrund zusätzlicher Ausbildung darf ich die Frauen in puncto Verhütung auch beraten, z. B. vor der Anamnese. Damit entlaste ich auch den Arzt (...).

Die Arbeitsweise im Falle von Beratungen verläuft bei Frau Mag. Waniek ähnlich, wie bei anderen Gynmed-Beraterinnen. Frauen haben jedoch die Möglichkeit, sie auch außerhalb der Öffnungszeiten des Ambulatoriums telefonisch zu erreichen. Dann folgen die erste Aufklärung und Terminvereinbarung:

(...) ich mache, sozusagen eine Art Befragung, welche Medikamente, Verhütungsmitteln wurden angewendet, welche sind der Patientin überhaupt bekannt, ob man etwas daran ändern kann, weil es Frauen gibt, die schwanger geworden sind, obwohl sie regelmäßig verhütet haben. Es gibt aber auch solche, die überhaupt nicht verhütet haben oder nur Kondome benutzt haben. In solchen Fällen versuchen wir sie darauf aufmerksam zu machen, dass es eine der wichtigsten Sachen ist... auch für das Ambulatorium, weil die Idee dahinter ist, dass die Frauen nur einmal hier kommen müssen. (...) Also das ist das, womit ich mich beschäftige und außerdem bin ich eine Art gute Fee, die Fragen beantwortet, die mit dem Aufenthalt hier [red. in Wien] im Zusammenhang stehen; ich gebe Ratschläge, wenn es nötig ist, wo sie sich aufhalten können.

7.4.1 *Abtreibungstourismus* aus der Perspektive der Dolmetscherin

Aufgrund ihrer Herkunft und der Tatsache, dass sie sich schon seit 15 Jahren in Österreich aufhält, habe ich Frau Mag. Waniek nach der Situation in Polen und in Österreich, was das Schwangerschaftsabbruchsgesetzt betrifft, gefragt. Ich wollte erfahren, ob es sich um eine bestimmte „Zielgruppe" unter den Frauen, die wegen des Schwangerschaftsabbruchs nach Wien kommen, handelt, ob es in den vergangen Jahren zur signifikanten Steigerungen des *Abtreibungstourismus* gekommen ist und was waren die Gründe ihrer Teilnahme an dem *Hearing* zum Thema *Abtreibungstourismus der Polinnen* im polnischen Parlament am 26.08.2010.

Frau Mag. Waniek sieht die Frauen, die sich für den *Abtreibungstourismus* entschieden haben nicht als „Zielgruppe". Der Begriff erfasst, ihrer Meinung nach, den Ausmaß des Problems nicht; außerdem stellt er das Phänomen in einen wirtschaftlichen Beriech, dem er nicht zugehört. Auch den Begriff *Abtreibungstourismus* an sich benutzt sie nur ungern. Anstatt dessen bevorzugt sie den Begriff *Abtreibungsmigration*. Der *Abtreibungstourismus* vermittelt ein falsches Bild von dem Phänomen, als ob es sich „um etwas Leichtes und Unbeschwertes" handeln würde. Auf jeden Fall sollte es, laut Frau Mag. Waniek, auf keinen Fall mit einem Urlaub oder Ausflug verglichen werden.

> *Ich habe da ein Problem mit diesem Begriff, weil er einfach nicht dazu passt. Es ist doch kein marketing-wirtschaftliches Thema, oder? Gynmed ist eine medizinische Einrichtung und hier finde man diesen Begriff unpassend. Es geht um Patientinnen, Frauen, die mit einer bestimmten Geschichte und einem bestimmten Vorhaben zu uns kommen — sie wollen legal den Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen.*

Eine der Leitlinien könnte in diesem Fall das Alter der Frauen, also das Reproduktionsalter, dessen Zeitspanne im Normalfall 35 Jahre beträgt, darstellen und es ist sehr unterschiedlich; es gibt Patientinnen im Alter von 12/13 Jahren aber auch solche, die fast 50 Jahre alt sind:

> *(...) es kommen Mädchen, die 12-13 Jahre alt sind, allerdings passiert es nicht allzu oft. Unsere älteste Patientin war 47 Jahre alt... also es hängt davon ab, wann eine Frau „ungewollt schwanger" wird und wann sie die Entscheidung trifft hierherzukommen. (...) Manche Frauen beschaffen das nötige Geld, manche haben es schon. Also wenn es um die Wohlstandsfrage geht, sind die Unterschiede auch groß. Manchmal kommen zu uns Frauen, die sich ein besseres Hotel leisten können (...). Andere, hingegen halten sich in einer Herberge auf. Ich kann mich an eine Dame erinnern, die ein Glas mit Suppe mit sich nach Wien gebracht hat. Sie hat sich den ganzen Tag in ihrem Zimmer aufgehalten, weil sie solche Angst hatte.*

Mit diesem Beispiel deutet Frau Mag. Waniek darauf, dass der *Abtreibungstourismus* keine Entscheidung ist, die einer Frau leicht fällt. Es sind die Umstände, die politischen, gesellschaftlichen, gesetzlichen und religiösen, die jeglichen Alternativen unmöglich machen und die gesellschaftliche Kluft zwischen den Frauen in der polnischen Gesellschaft noch vertiefen:

> *Also ich denke, dass die Hauptursache für die Abtreibungsmigration das restriktive Gesetz darstellt. Diese Art medizinische Hilfe (red. Schwangerschaftsabbruch)wird*

ihnen in Polen verweigert, mindestens nicht legal angeboten. Die gesetzlichen Rahmen sehen so aus, dass die Frauen zwar keine rechtlichen Konsequenzen tragen, aber ihre Umgebung, also die Leute, die ihnen Hilfe leisten sollen, schon. Es herrscht so ein Wirrwarr, dass es für sie eigentlich nicht möglich ist, in dieser Angelegenheit Hilfe zu bekommen. Also es hängt selbstverständlich davon ab, wie es in den gesellschaftlichen Strukturen verankert ist, d. h. wie sieht es die eigene Familie, Freunde, etc. und auch wie es von der finanziellen Perspektive aussieht (...).

So wie Dr. Fiala es in seinem Beitrag auch erwähnt hat, sei Polen ein sehr großes Land. Nicht für jede Frau aus beliebiger Region ist die Reise nach Österreich möglich. Auch Frau Mag. Waniek betont, dass viele Polinnen sich dazu entscheiden, in die Ukraine zu fahren bzw. auf einen illegalen Eingriff in Polen:

Weißrussland, die Ukraine, auch die Slowakei — diese Länder bieten die billigsten Alternativen. Es besteht auch die Möglichkeit eine den Abbruch hervorrufende Pille schon um 90 Euro zu erwerben, ohne Reisekosten. (...) Es muss jedoch beachtet werden, dass der medikamentöse Abbruch nur bis zur gewissen Schwangerschaftswoche möglich ist. Im Falle der Patientinnen, die nach Wien aus dem Ausland einreisen, ist der medikamentöse Abbruch nur bis zur 7. Schwangerschaftswoche gestattet.

Schon während des ersten Kontaktes am Telefon werden die ersten wichtigen Informationen eingeholt, um den Zustand der Frau einschätze zu können, sie über ihre Möglichkeiten zu informieren und schließlich, den Termin zu vereinbaren. Es sind nicht nur Frauen, die Frau Mag. Waniek kontaktieren. Immer öfter rufen auch Männer an:

(...) sie rufen an, um sich zu vergewissern, dass es kein Witz ist (...), dass das Gespräch tatsächlich abgehalten werden kann. Ich sage immer, dass das Gespräch nur mit der Frau persönlich abgehalten werden kann, weil sie diejenige ist, die letztendlich die Entscheidung trifft. Ich informiere sie selbstverständlich auch, aber wenn es um die Terminvereinbarung geht, möchte ich mit der Frau sprechen. So kann ich feststellen in welchem Zustand sie sich befindet, ob sie die Entscheidung schon getroffen hat, ob sie vielleicht eine andere Art Hilfe benötigt. Es lässt sich in den meisten Fällen schon am Telefon abklären. (...) Ich führe eben diese erste Anamnese durch, sammle die Informationen, die ich dann an das Ambulatorium weiterleite. (...) Ich weise sie darauf hin, dass es, medizinisch gesehen, eine sehr sichere Prozedur ist. Oft verursacht dieser Aspekt große Angst bei Frauen, dass es zu Komplikationen

kommen könnte, und dass sie in Zukunft keine Kinder bekommen könnte. Solche Fragen verlangen von mir viel Einfühlungsvermögen.

Die Emotionen sind ein unentbehrlicher Teil des Gespräches. Frauen, die sich für den Schwangerschaftsabbruch entscheiden, nehmen diese Entscheidung nicht auf leichte Schulter auf. Sie haben Angst um ihre Gesundheit, ob der Eingriff gut verläuft und wie sie mit den Folgen zurechtkommen:

Wie ich schon erwähnt habe, wollen sich die Frauen meistens vergewissern, dass der Eingriff ihre Fruchtbarkeit nicht beeinträchtigen wird. Während der Suche nach Informationen besuchen sie unterschiedliche Seiten, wo sie auf die aus dem Finger gesaugten Geschichten der Schwangerschaftsabbruchsgegner stoßen, die Frauen damit einschüchtern wollen.(...) Ein weiterer Punkt ist die Kontrolluntersuchung nach dem Eingriff. Frauen haben Angst zum Arzt zu gehen, weil sie befürchten, er könnte bei ihnen feststellen, dass sie einen Abbruch durchführen ließen. (...) Frauen in Polen haben sehr wenig Ahnung über den Schwangerschaftsabbruch und die Rechte, die ihnen als Patientinnen zustehen (...). Es ist eine Bewusstseins- und Einfühlungsvermögenfrage und ich weiß, dass es nicht einfach ist, sich davon zu befreien, wenn die Frau als Opfer angesehen wird und die Konsequenzen der Stereotypisierung tragen muss. Die Stereotypen verlangen von ihr, ihre Rolle als „Mutter-Polin" zu akzeptieren.

Gemeinsam mit Dr. Fiala nahm Frau Mag. Waniek an dem *Hearing* im polnischen Parlament teil, wo sie zum ersten Mal, ihren Standpunkt als Beraterin öffentlich präsentieren dürfte. Sie hat dieses Ereignis als wichtigen Schritt in Richtung Aufklärung der polnischen Gesellschaft und auch der Politik angesehen, der die Nebenwirkungen des restriktiven Schwangerschaftsabbruchsgesetzes schildern sollte:

Es war eine sehr wertvolle Erfahrung, weil zum ersten Mal ausländische Ärzte dabei waren; Ärzte, die in ihrer Praxis mit polnischen Patientinnen zu tun haben. Es gab ÄrztInnen aus England, Holland, Österreich und Deutschland. Dr. Fiala hat mir vorgeschlagen mitzukommen und über meine Erfahrungen zu erzählen, wie sich der Kontakt mit Frauen gestaltet und was sie erzählen. Es war für mich wichtig, sehr wichtig dabei zu sein. (...) Es gab zu diesem Thema sehr viele Publikationen (...). Man hat nicht versucht dieses Thema unter den Teppich zu kehren; auch die

Schwangerschaftsabbruchsgegner haben dazu beigetragen. Sie demonstrierten vor dem Sejm und nahmen auch an dem Hearing teil. (...) Aber das war kein Dialog, das waren nur Vorwürfe, klarerweise. Es ist schwierig ein Gespräch zu führen, wenn beide Seiten auf die Argumente der anderen nicht offen sind, vor allem wenn es sich um ein ideologisch gekennzeichnetes Thema, wie dieses, handelt. (...)

7.4.2 Interkulturelle Kommunikation

Die Dolmetscherarbeit verlangt nach einer innigen Auseinandersetzung mit den Arbeitssprachen und -kulturen der GesprächspartnerInnen. In jeder Form des Dolmetschens ist diese Kompetenz und dazugehörendes Know-how zu erweitern und zu vertiefen. Frau Mag. Waniek bewegt sich täglich zwischen der polnischen und österreichischen Kultur in einem sehr spezifischen Fachbereich der Medizin. Ich wollte erfahren wie sie mit den kulturellen Unterschieden, wenn solche vorhanden sind, zurechtkommt, wie sie während des Einsatzes die kommunikativen Missverständnisse und Störungen beseitigt und handhabt und wie sie sich auf ihre Einsätze vorbereitet.
Es ist eher schwierig jegliche kulturellen Vergleiche in diesem spezifischen Bereich und am Beispiel des *Abtreibungstourismus* herzustellen. Es ist so, weil die Frauen, die Patientinnen, unter sehr großem Druck stehen, sie verhalten sich nicht, wie sie es in ihrer natürlichen Umgebung tun würden. Meistens wollen sie es einfach nur hinter sich bringen:

Also es ist schwierig irgendwelche Vergleiche zu machen, weil ich mit Polinnen rede, die sich in einer besonderen Situation befinden. Sie brauchen Hilfe, sie verlassen sich darauf. Ich habe allerdings keinen Kontakt mit Polinnen, die in Österreich sesshaft sind und zu Gynmed kommen. (...) Da ich aber in Wien lebe, kann ich sagen wie es hier ist und wie es in Polen ist. (...) Nach der Wende hat sich sicherlich viel verändert, was z. B. die materielle Lage der Menschen. Polen ist auf dem besten Weg, die europäischen Standards zu erreichen. Die Frauen, die nach Österreich kommen, können sich das meistens leisten. Frauen, die das Geld für den Eingriff „verschaffen" müssen, gibt es nicht so viele. Für alle Patientinnen ist es vor allem wichtig eine entsprechende Hilfe zu bekommen. Aber ich persönlich sehe mehrere Ähnlichkeiten als Unterschiede. (...) Das kann man bei Frauen aus anderen Kulturen auch beobachten. (...) Es ist ein Bereich des Lebens, der sehr intim ist und er wird tabuisiert. Die Österreicherinnen sind ja auch nicht besonders emanzipiert, was dieses Thema betrifft. Polen sogar noch weniger. Es ist so, weil die Rolle, das Bild der Frau in der polnischen Gesellschaft sehr stark von der Religion und den politischen

Einflüssen beeinträchtigt ist. Hier macht sich dieses traditionelle Bild der Frau sehr bemerkbar, vor allem in den Situationen wie der Schwangerschaftsabbruch.

In ihrer Rolle als Dolmetscherin sieht sich Fr. Mag. Waniek als die nächste Bezugsperson der Patientin — eine Frau, die aus demselben Sprach- und Kulturraum stammt. Sie verbringt mit ihnen auch sehr viel Zeit. Das hilft den Frauen sich zu öffnen und über ihr Problem zu sprechen. In der Triade —Arzt/Krankenschwester - Patientin - Dolmetscherin — kommt es jedoch auch zu Missverständnissen und Störungen. Fr. Mag. Waniek versteht ihre Rolle als Dolmetscherin, als eine handelnde, an dem Geschehen teilnehmende Partei in der Triade. Je nach Situation geht sie damit unterschiedlich um. Jedoch als „unsichtbare" Begleiterin sieht sie sich nicht — in einer einzigen Rolle zu bleiben, der der Dolmetscherin, ist es unmöglich.

Ja, es kommt sicherlich zu Situationen, in denen ich etwas akustisch nicht mitbekomme oder verwechsle oder vergesse, z. B. wie heißt Milz auf Deutsch. Also meistens solche unerwarteten Sachen, z. B. Name einer Krankheit. Ja, das stimmt schon, ich habe ein Profil, aber andererseits bin ich auch nicht allwissend. Dann versuche ich mit Beschreibungen (...) Es ist mittlerweile ein routinierter Vorgang geworden. (...) Aber es gibt auch Situationen, die man nicht immer vorhersehen kann. Meistens hat es mit den Begleitpersonen zu tun, die versuchen an der Situation teilzunehmen. Der Fokus liegt auf der Patientin und wenn sie sich in der Hinsicht mit ihrem Partner nicht verständigen kann, bitte ich sie das Problem mit ihm privat zu lösen. Wenn es die ganze Prozedur beeinflussen sollte, weist sie eine der Kolleginnen daraufhin, dass es in diesem Moment nicht das Wichtigste ist und wir kehren zu dem tatsächlichen Thema des Gesprächs zurück. So ist es meistens in Fällen von Minderjährigen, die mit ihrer Familie zu uns gekommen sind, meistens mit der Mutter (...). Ich kann mich an eine Situation erinnern, wo die Mutter eines Mädchens, die selbst Krankenschwester vom Beruf war, bei dem Eingriff dabei sein wollte.

Solche Situationen sind ein zusätzlicher Stressfaktor und verlangen von der Dolmetscherin einer Reaktion. Die Herangehensweisen sind unterschiedlich, aber in einer Rolle zu bleiben, ist es in einer „Krisensituation" meistens sehr schwierig:

Es verlangt viel Gefühl und besserer Lenkung. Ich versuche dennoch in solchen Situationen gänzlich in der Dolmetscherrolle zu bleiben und versuche es so einfühlsam wie möglich zu dolmetschen, um das „Ego" der Person nicht zu verletzten. (...) Also was das Dolmetschen für die Patientinnen betrifft, ist es mittlerweile ein routinierter Vorgang. Das was Probleme verursacht, sind die Sachen, die in diesem Routinevorgang nicht „verankert" sind.

Die Erwartungen der Gesprächsparteien an die Dolmetscherin sind meistens sehr unterschiedlich und wenn sie von vorne hinein nicht abgeklärt werden, kann es im Gespräch zu Unstimmigkeiten, Missverständnissen und Störungen kommen. Fr. Mag. Waniek wies auf Situationen hin, in denen der Arzt schon am Anfang des Gesprächs die Patientin gefragt hat, ob sie Englisch spricht, um dann das Gespräch auf Englisch fortzusetzen. In solchen Momenten fragt sie sich meistens, was sie jetzt noch zu tun hat. Diese, meistens unbewussten Entscheidungen einer der Gesprächsparteien erschweren die Arbeit der Dolmetscherin deutlich und stellen sie vor der Tatsache, dass es manchmal nicht möglich ist, in der Rolle zu bleiben.
Ein anderer wichtiger Punkt der angesprochen wurde, betraf der Vorbereitung auf den Einsatz. Fr. Mag. Waniek erklärte, dass sie in diesem spezifischen Bereich nur mit Themen zu tun hat, die sie seit Anfang ihrer Zusammenarbeit mit Gynmed-Ambulatorium gedolmetscht hat, es sind also Themen, die ihr mittlerweile sehr gut bekannt sind. Sie gibt zu, sich aus eigenem Interesse mit dem Thema, wie sich die Situation bezüglich des Schwangerschaftsabbruchsverbotes gestaltet, auseinanderzusetzen. Sie sieht es allerdings nicht als eine Vorbereitung auf den Einsatz:

> *Also ich habe nicht das Gefühl, dass ich irgendeine spezielle Vorbereitung brauchen würde. In diesem Bereich ändert sich kaum etwas. Das Schwangerschaftsabbruchsverbot in Polen wird weiterhin bestehen. Es ist aber auch kein Thema im Gespräch mit Patientinnen, weil sie einfach das Ganze hinter sich bringen wollen (...). Nein, ich bereite mich nicht großartig auf die Einsätze vor, außer wenn ich eine längere Pause dazwischen gehabt habe. Dann merke ich, dass diese Flexibilität nicht mehr vorhanden ist. Ich muss allerdings keine aufwendigen Recherchen durchführen, weil sich in diesem Bereich nicht viel ändert. (...) Als Dolmetscherin in diesem Bereich habe ich eher wenig mit rechtlichen Angelegenheiten zu tun. Es ist nicht von Bedeutung hier. Es ist einfach so, dass wenn es dieses Verbot nicht gäbe, gäbe auch alle die Patientinnen nicht.*

8. Diskussion der Ergebnisse

Die Interviews gewähren einen Einblick in einen spezifischen Bereich der Gynäkologie, der in vieler Hinsicht als kontrovers gilt, stellt jedoch einen unabdingbaren Gebiet dieses Bereiches dar. Die Befragten repräsentieren unterschiedliche Disziplinen im medizinischen, pflegerischen sowie sprach- und kulturmittlerischen Bereichen. Sie haben ihre Meinung zum Themen *Abtreibungstourismus* und den Aspekten, der mit diesem Phänomen im

Zusammenhang stehenden interkulturellen Kommunikation geäußert, basierend auf ihrer Ausbildung, praktischer Erfahrung und Selbstreflexion.
Das *Abtreibungstourismus*-Phänomen stellt für alle Befragten einen bekannten Begriff dar und für die pro:woman- sowie Gynmed-MitarbeiterInnen ist er auch ein präsenter Teil ihres Berufsalltags. Somit wiesen die meisten Antworten ähnliche Standpunkte zu diesem Thema auf. Die Unterschiede bezogen sich meistens auf den Ausmaß des Phänomens je nach Kulturkreis, mit dem die MitarbeiterInnen des jeweiligen Ambulatoriums am öftesten in Kontakt treten.
Im Falle von allen Befragten wurde als Hauptgrund für den *Abtreibungstourismus* das restriktive Schwangerschaftsabbruchsgesetzt von allen Befragten erwähnt, unabhängig vom Herkunftsland der Patientinnen. Die Leiterin des pro:woman-Ambulatoriums stellte eine Ausnahme dar, denn sie hat nur mit wenigen Patientinnen, die direkt vom Ausland nach Wien einreisen, zu tun. Die Klinik orientiert sich hauptsächlich auf die in Wien und seiner Umgebung sesshaften Migrantinnen aus den Ländern Ex-Jugoslawiens und aus der Türkei.
Die MitarbeiterInnen beider Ambulatorien bekräftigten, dass die Patientinnen die Möglichkeit haben, die Entscheidung über den Schwangerschaftsabbruch in einer „wertfreien Umwelt" zu treffen.
Das Klinikpersonal ist dementsprechend darauf sensibilisiert die Frauen nach den Gründen ihrer Entscheidung nicht zu fragen. Die Frauen haben allerdings die Möglichkeit, darüber zu sprechen, sich beraten zu lassen und über die Entscheidung noch mal nachzudenken.
Aus der Erfahrung von zwei Befragten geht es hervor, dass die Patientinnen, die Strapazen der Reise ins Ausland auf sich nehmen, sind auch meistens fest entschlossen den Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen. Den deutschsprachigen Patientinnen steht zusätzlich eine psychologische Beratung zur Verfügung.
Keiner der Befragten, unabhängig vom Bereich in dem sie tätig sind, sieht den *Abtreibungstourismus* als eine optimale Lösung; die großen Distanzen, hoher Kostenaufwand sowie die fremde Sprache und Kultur sind die am öftesten erwähnten Ursachen, die den zusätzlichen Druck für die ausländischen Patientinnen ausüben, was darin resultieren kann, dass sie in den Gesprächen mit ÄrztInnen/Pflegepersonal nicht dieselbe Vertrauensbasis erreichen können, wie z. B. Patientinnen, die aus der Kultur stammen.
Als Alternativlösung wird in den meisten Fällen auf die *lingua franca* Englisch, Französisch oder Italienisch zurückgegriffen.
Das pro:woman als auch Gynmed-Ambulatorium stellen den Patientinnen einen kostenfreien Zugang zu Informationsbroschüren in mehreren Sprachen zur Verfügung, jedoch nur das Gynmed-Ambulatorium verfügt über eine professionell geführte, multilinguale, fachlich übersetzte Webseite, die im Internet problemlos auffindbar ist. Die Webseite beinhaltet alle Informationen, die Frauen über den Eingriff brauchen könnten und erleichtert im Nachhinein

das ÄrztIn-Patientin-Gespräch, weil die Frauen schon über ein Vorwissen verfügen und die Unsicherheiten und Fragen mithilfe der auf der Webseite vorhandenen Informationen und FAQs noch vor der Reise nach Österreich, beantwortet werden können. Den polnischen Patientinnen steht auch die Möglichkeit zu, eine Dolmetscherin beizuziehen. Dies ist jedoch eine Ausnahme — Dolmetscherdienst in anderen Sprachen (Ungarisch, Slowenisch, Chinesisch) wird nicht angeboten.

Zu einem alltäglichen Phänomen in beiden Ambulatorien gehört im Falle von unerwarteten Kommunikationsschwierigkeiten die Beiziehung unqualifizierten, nicht professionellen Sprach- und KulturmittlerInnen, die eine der Sprachen beherrschen bzw. aus dem Kulturraum/ Familienkreis der Patientin stammen. Diese Lösungsmaßnahme ist im österreichischen Gesundheitswesen keine Ausnahmeerscheinung. Im pro:woman als auch im Gynmed-Ambulatorium wurden keine Lösungsvorschläge im Hinblick auf einen mangelhaften Dolmetscherdienst für die Patientinnen mit dem Migrationshintergrund präsentiert. Die Gründe dafür stellen eine zu niedrige Nachfrage und hohe Kosten dar.

Der interkulturelle Aspekt wurde im Falle von allen Befragten im unterschiedlichen Ausmaß wahrgenommen. Die meisten Befragten, vor allem die, die mit den Patientinnen in direkten Kontakt treten, bauen ihre Meinung über die kulturellen Unterschiede aufgrund eigener Selbstreflexion und der praktischen Erfahrung im Umgang mit ihnen auf. Mit der Ausnahme von der Dolmetscherin, genoss keiner der Befragten eine fundierte Ausbildung oder ein gezieltes Training im Bereich der interkulturellen Kompetenz mit der Berücksichtigung des medizinischen oder pflegerischen Bereichs. Vier von den Befragten fanden eine Fortbildung als wichtig, jedoch aufgrund des mangelnden Angebots im Raum Wien stellte es sich als unmöglich zu umsetzen heraus.

Auffallend war auch die Wahrnehmung des interkulturellen Aspektes im Bereich des Schwangerschaftsabbruchs durch das Prisma des eigentlichen Berufes der Befragten. Der kulturspezifische Aspekt des Schwangerschaftsabbruchs wurde teilweise „ausgeblendet“ und auf ein allgemeines Bedürfnis der Frau eingeschränkt, der nicht kulturspezifisch betrachtet werden kann. Das allgemeine Kulturwissen über eine Kulturgruppe, bzw. ein Land spielt in diesem Zusammenhang keine Rolle. Es werden für den Bereich Informationen selektiv wahrgenommen, z. B. die rechtliche Lage, Veränderungen im Gesetz, Wahrnehmung der FrauenärztInnen über das bestimmte Land. Aus der Sicht der meisten Befragten besteht im Moment kein Bedarf nach einer Weiterbildung im Bereich der interkulturellen Kompetenz.

9. Conclusio

In meiner Arbeit habe ich den Versuch unternommen, das *Abtreibungstourismus*-Phänomen der Polinnen von seiner interkulturellen Seite zu untersuchen. Die Idee für dieses Thema entstand im Oktober 2010, nach dem ersten medialen *Hearing* im polnischen Sejm, das am 26.08.2010 stattgefunden hat. Zum ersten Mal wurde das Phänomen *Abtreibungstourismus* mit besonderer Berücksichtigung der polnischen Patientinnen, international angesprochen. Die Problematik des *Abtreibungstourismus* bezieht sich auf einige Länder Europas, jedoch aus der Perspektive meiner Ausbildung als Expertin für interkulturelle Kommunikation, war es mir ein großes Anliegen, die Situation in Polen und in Österreich zu schildern und sich mit den sprachlichen und kulturellen Aspekten dieses Phänomens auseinanderzusetzen.
Mit meiner Arbeit möchte ich einen Einblick in einen Bereich ermöglichen, dem aufgrund seiner Zwiespältigkeit der Status eines Forschungsgebiets oft verweigert wird. Dabei handelt es sich hier um einen medizinisch anerkannten Bereich und Eingriff, der in den meisten Fällen aus gesundheitlichen Gründen durchgeführt wird und zu den am öftesten im gynäkologischen Bereich durchgeführten Prozeduren zählt.
Die interkulturelle Kommunikation, die Hand in Hand mit dem *Abtreibungstourismus* geht, als auch deren nicht optimale Handhabung in der Praxis wurden schon während des *Hearings* im polnischen Sejm von den eingeladenen ausländischen ÄrztInnen und BeraterInnen angesprochen. Meine Arbeit sollte einen Einblick in einen kleinen Ausschnitt dieses Bereichs ermöglichen, der sich direkt auf die Zusammenarbeit mit Kultur- und SprachmittlerInnen bezieht. Die Studie von Pöchhacker (2009) „KrankenhausdolmetscherInnen: Bedarf, Probleme, Perspektiven" war ein wichtiger Ausgangspunkt die Untersuchung im engeren Bereich des österreichischen Gesundheitswesen einzugehen, um die Entwicklung der Situation der DolmetscherInnen im Krankenwesen mit besonderer Berücksichtigung der Frauengesundheit erneut zu untersuchen.
Dieses Forschungsthema erweckt zwiespältige Reaktionen, denn es handelt sich um eine für viele Menschen moralische und als Tabu geltende Frage und gleichzeitig ist es eine der intimsten Sphären des menschlichen Lebens. Die Diskussion, ob die polnischen Frauen das Recht auf einen uneingeschränkten Zugang zum Schwangerschaftsabbruch, sowie eine freie Entscheidung in Bezug auf ihre Sexualität, Mutterschaft genießen sollten, stellt sich in Polen als sehr problematisch dar und hat zunehmend mehr BefürworterInnen aber noch mehr GegnerInnen. Es ist jedoch unbestritten, dass das Problem auch in den Ländern mit restriktivem Schwangerschaftsabbruchsgesetz weiterhin besteht und kann aufgrund eines Verbotes nicht eingestellt werden.
Die Tatsache, dass das Gesetz immer wieder von den politischen und gesetzlichen Entscheidungsgremien beiseite gestellt wird, zwingt viele Frauen eine Entscheidung treffen zu

müssen, die mit ihrer Situation und Bedürfnissen einfach nicht konform ist und nicht selten entwürdigend ist; entweder die gefährdete oder ungewollte Schwangerschaft auszutragen oder in ein Land zu fahren, in dem der Schwangerschaftsabbruch legal, sicher und auf hohem medizinischen Niveau durchführt wird ohne mit den Repressionen seitens der Gesellschaft konfrontiert werden zu müssen.

Frauen, die sich für die Reise ins Ausland entscheiden, werden vor einem bestimmten Problem gestellt: wie kann ich mich mit der ÄrztIn/dem Pflegepersonal verständigen, wenn ich die Sprache des Landes bzw. Englisch nicht gut genug beherrsche? Österreich gehört zu den Ländern, in denen die Reglementierungen, die sich explizit auf die Beiziehung einer qualifizierten und zertifizierten DolmetscherInnen bezieht, nicht vorhanden sind was dazu führt, dass die Patientin entweder der im Land gesprochenen Sprache mächtig sein müsste, um eine hochqualitative medizinische Beratung und Behandlung genießen zu können oder sich auf die sprachliche Hilfe eines Familienmitglieds oder einer muttersprachlichen MitarbeiterIn der jeweiligen Klinik einlassen muss. Es stellt ein großes Problem dar, denn der Informationsaustausch und die Anamnese aufgrund von Sprachbarrieren deutlich verhindert werden.

Meine Forschung führte zu einigen Schlussfolgerungen: erstens, bestätigt sich die von Pöchhacker in seiner Studie hervorgehobene Tatsache, dass die Veränderungen nur dann möglich sind, wenn eine entsprechende Nachfrage und Bedarf nach qualifizierter sprach- und kulturmittlerischer Dienstleistung im medizinischen Bereich besteht, denn es ist mit einem hohen Kostenaufwand verbunden. Zweitens, werden professionelle Sprach- und KulturmittlerInnen aufgrund der nicht vorhandenen gesetzlichen Regelung mit dazu nicht qualifizierten Personen ersetzt. Drittens, ist der Bereich aufgrund seines kontroversen Charakters, nicht für jede DolmetscherIn, wegen ihrer moralischen Überzeugungen interessant bzw. zugänglich. Die Rolle der Sprach- und KulturmittlerInnen übernehmen meistens *Vertrauenspersonen* der PatientIn oder muttersprachliches Klinikpersonal, die mit der Situation der Frau vertraut. Es ist in vieler Hinsicht sehr problematisch; die Unterschiede im Sprachniveau der Gesprächsparteien, die medizinische Fachsprache, meistens subjektive Wahrnehmung der zum Dolmetschen beigezogenen Personen verursachen Kommunikationsschwierigkeiten und führen zu Missverständnissen.

Des Weiteren stellen die ungeregelten Zusammenarbeitsbedingungen mit den Sprach- und KulturmittlerInnen im österreichischen Gesundheitswesen noch ein weiteres Problem dar. Die dolmetschenden Personen, ohne entsprechende Qualifikationen und fundierter Ausbildung besitzen keine Möglichkeit sich an die entsprechenden Berufsverbände richten zu können und im Endeffekt sind gezwungen nach den Maßnahmen und Normen der Gesundheitsinstitution zu handeln. Die ungeregelten Vergütungsbedingungen für die DolmetscherInnen im Gesundheitswesen sind in manchen Ländern Europas, darunter auch in Österreich, keine Ausnahme. Die Preise werden ausgehandelt, was zum *Preisdumping* führt und anschließend ein Beweis dafür ist, dass in vielen sozialen Bereichen (Ausnahme stellt das

Gerichtsdolmetschen dar) der Dolmetscher-/Übersetzerberuf noch immer nicht als eine eigenständige Profession anerkannt wird.
Im Anschluss kann es gesagt werden, dass die im theoretischen Teil präsentierten Überlegungen die aktuelle Situation im medizinischem und noch genauer im gynäkologischen Bereich hinsichtlich der sprach- und kulturmittlerischen Dienstleistung nicht decken. Es ist eine Tatsache, die nicht ignoriert werden darf und entsprechender Regelungen bedarf, vor allem im Bildungsbereich der interkulturellen Kompetenzen.
Was die Problematik des *Abtreibungstourismus* anbelangt, wird er weiterhin bestehen, solange die gesetzliche Lage in den betroffenen Ländern nicht entsprechend analysiert und liberalisiert wird und sich die Einstellung zu diesem Thema nicht gravierend ändert. Bis dahin werden Frauen eine Reise in ein fremdes Land unternehmen und mit den sprachlichen und kulturellen Problemen zurechtkommen müssen.

10. Bibliographie

10.1 Literaturquellen

Alban, Susanna & Leininger, Madeleine M. & Reynolds, Cheryl L. 2000. *Multikulturelle Pflege.*(Deutsch) 1. Aufl. München [u.a.], Urban und Fischer.

Angelelli, Claudia V. 2004. *Medical interpreting and cross-cultural communication.* Cambridge [u.a.]: Cambridge University Press.

Angelelli, Claudia V. 2006. *Validating professional standards and codes: Challenges and opportunities.* In: Interpreting 8:2. S. 175-193.

Auernheimer, Georg. 2008. *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität.* Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss.

BDÜ. 2010. *Qualitätssicherung beim Dolmetschen im Gesundheitswesen* die Broschüre des Bundesverbandes für Dolmetscher und Übersetzer. AG Berlin-Charlottenburg.

Berndl, Eva. 2003. *Kommunikation und Interaktion zwischen Gynäkologin/ Gynäkologe und Patientin während der Schwangerschaft.* Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik in Linz. Diplomarbeit.

Bilinsky, Andreas. 1962. *Abtreibung und Schwangerschaftsunterbrechung in den osteuropäischen Ländern.* Herrenalb i. Schwarzwald: Verl. für Internat. Kulturaustausch. S.79-99.

Blanchard, Dallas A., Prewitt, Terry J. 1993. *Religious violence and abortion: the Gideon project.* Gainesville, Fla. [u.a.]: Univ. Press of Florida.

Brandl, Marianne. 1992. *Nonverbale Kommunikation.* (Deutsch) Graz, Karl-Franzes-Universität, Dipl.-Arbeit.

Bydlinski, Franz [Hrsg.]. 2008. *Mensch von Anfang an? : mit Beiträgen der interdisziplinären Tagung zum Status ungeborener Kinder* / Franz Bydlinski und Theo Mayer-Maly (Hrsg.) . - Wien [u.a.] : Springer.

Chełstowski, Jerzy. 2000. *Aborcja w świadomości Polaków okresu przemian ustrojowych w ujęciu filozoficznym oraz w wymiarze biomedycznym i społecznym*. Siedlce. Akademia Podlaska.

Czekanowski, Roman. 1985. *Zarys ginekologii zachowawczej*. Warszawa. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.

Dethlefsen, K., Walter J. 2012. *Zwischen antiklerikaler System – Opposition und postkommunistischer Orientierungslosigkeit*. Friedrich Ebert Stiftung.

Diehl, Sarah [Hrsg.]. 2007. *Deproduktion : Schwangerschaftsabbruch im internationalen Kontext.* Aschaffenburg: Alibri-Verlag, 1. Auflage.

Domenig, Dagmar. 2001. *Professionelle Transkulturelle Pflege: Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe.* Bern [u.a.] Hans Huber Verlag.

Dreißig, Verena. 2005. *Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus: eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund.* Bielefeld: Transcript.

Drews, K., Słomko, Z., Breborowicz, G. 1994. *Perinatal infections. Fetal and newborn immunology in perinatal infection.* In: *Przegląd Epidemologiczny*, 4/1994. Poznań. S. 377-383.

Eibach, Ulrich. 1991. *Abtreibung - Lebensrecht contra Selbstbestimmung? : ethische Überlegungen zur aktuellen Diskussion.* Wuppertal [u.a.] : Brockhaus.

Fiala, Christian. 2007. *Hürden & Entwicklungen. Der reglementierte Zugang zum Schwangerschaftsabbruch.* In: profamilia Magazin, 1, 7-9.

Fiala, Christian. 2011. *„Abtreibungstourismus" in Europa. Unfreiwillige Reisen für eine medizinische Grundversorgung.* In: pro familia 03/2011. Bundesverband, Frankfurt am Main. S. 10-12.

Forgas, Joe P. 1995. *Mood and Judgement: The Affect Infusion Model (AIM).* Psychological Bulletin, 117, 39-66.

Framson, Elke A. 2009. *Transkulturelle Marketing- und Unternehmenskommunikation.* Wien, Facultas WUV.

Fuchs, Gesine. 2003. *Die Zivilgesellschaft mitgestalten: Frauenorganisationen im polnischen Demokratisierungsprozess.* Frankfurt am Main [u.a.] : Campus Verlag.

Doralt, Werner [Hrsg.] 2012. *Kodex des österreichischen Rechts. Strafrecht 2012/ 2013.* 37. Aufl. LexisNexis Verlag ARD ORAC, Wien. S. 31-32

Fuszara, Malgorzata. 1993a. *Abortion and the Formation of the Public Sphere, in Gender Politics and Post-Communism.* In Nanette Funk, Magda Mueller [Hrsg.], Routledge.

Fuszara, Małgorzata. 1993b. *Between feminism and the Catholic Church: the women's Movement in Poland.* Warszawa: University of Warsaw.

Fuszara, Malgorzata. 1994. *Debata o Aborcji, a kształtowanie się sceny politycznej w Polsce po upadku komunizmu.* In: Chałubiński, Mirosław (ed.). Warszawa, Agencja Scholar, S. 55-67.

Gebauer-Sesterhenn, Birgit, Villinger, Thomas. 2001. *Schwangerschaft und Geburt: informieren, orientieren, begleiten.* München: Gräfe und Unzer.

Ignaciuk, Agata. 2007. *Abortion debate in Poland and ist representation in press.* (Englisch) Łódź, Uniwesytet w Łodzi, Diplomarbeit.

Jütte, Robert [Hrsg.]. 1993. *Geschichte der Abtreibung : von der Antike bis zur Gegenwart* / hrsg. von Robert Jütte . - Orig.-Ausg. . - München : Beck.

Kadrić, Mira & Kaindl, Klaus & Kaiser-Cooke, Michele. 2005. *Translatorische Methodik. Basiswissen Translation.* Wien: Facultas.

Katan, David. 2004. *Translating Cultures. An Introduction for Translators, Interpreters and Mediators.* St Jerome Publishing, Manchester.

Kellnhauser, Edith, Schewior-Popp, Susanne. 1999. *Ausländische Patienten besser verstehen.* Stuttgart [u.a.]: Thieme.

Knapp, Karlfried, Knapp-Pottoff, Annelie. 1990. *Interkulturelle Kommunikation.* In: Zeitschrift für Fremdsprachenforschung (ZFF) 1, S. 62-93.

Knapp, Karlfried, Enninger, Werner, Knapp-Potthoff [eds.]. 1987. *Analyzing Intercultural Communication.* Berlin: Mounton de Gruyter.

Kolarzowski, Jerzy. 1994. *Polski spór o aborcję. Konsekwencje rozstrzygnięć legislacyjnych.* In: Chałbiński, Mirosław [ed.] Warszawa, Scholar. S. 173-191.

Krajewski, Radosław. 2004. *Rozważania wokół dopuszczalności przerywania ciąży z tzw. względów społecznych.* Polityka Społeczna. 1/2004.

Krotkiewska, Lidia. 1956. *Warunki dopuszczalności przerywania ciąży.* Warszawa, Ministerstwo Zdrowia.

Kuhlmann, Andreas 1996. *Abtreibung und Selbstbestimmung : die Intervention der Medizin.* Frankfurt am Main : S. Fischer.

Leininger, Madeleine M. & Reynolds Cheryl L. 1993. *Culture care diversity and universality* <dt.> *Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege.* Freiburg im Br., Lambertus Verlag.

Leininger, Madeleine. 1998. *Kulturelle Dimension menschlicher Pflege.* Freiburg im Br.: Lambertus Verlag.

Maletzke, Gerhard. 1996. *Interkulturelle Kommunikation. Zur Interaktion zwischen Menschen verschiedener Kulturen.* Opladen: Westdeutscher Verlag.

Mesner, Maria. 2010. *Geburten/Kontrolle: Reproduktionspolitik im 20. Jahrhundert.* Wien [u.a]: Böhlau.

Moser, Eva-Maria. 2001. *Strafrechtliche und zivilrechtliche Aspekte der Fristenregelung: die Entwicklung des Abtreibungsstrafrechts unter besonderer Berücksichtigung des NS-Zeitalters.* Linz: Trauner.

Nowicka, Wanda [Hrsg.]. 2005. *Contemporary Women's Hell. Polish Women Stories.* Polish Federation for Women and Family Planning.

Nowicka, Wanda [Hrsg.]. 2007. *Prawa reprodukcyjne w Polsce. Skutki Ustawy antyaborcyjnej.* Raport 2007. Warszawa: Federacja na Rzecz kobiet i Planowania Rodziny.

Pollock, Griselda [Hrsg.]. 2007. *The sacred and the feminine : imagination and sexual difference* / ed. by Griselda Pollock and Victoria Turvey-Sauron . - London : IB Tauris.

Pöchhacker, Franz. 1997a. *Is There Anybody Out There? Community Interpreting in Austria.* In: S.Carr et al. (eds.) 215-225.

Pöchhacker, Franz. 2004. *Introducing Interpreting Studies.* Routledge, Taylor& Francis Group.

Pöchhacker, Franz. 2009. *KrankenhausdolmetscherInnen: Bedarf, Probleme, Perspektiven.* In: Rásky, Éva [Hrsg.]. *Gesundheit hat Bleiberecht.* Wien. Facultas WUV. S. 117-124.

Pöllabauer, Sonja. 2005. *I don't understand your English, Miss. Dolmetschen beim Asylverfahren.* Tübingen: Narr.

Putz, Andrea. 2001. *Schwangerschaftsabbruch: seine medizinische,ethische und juristische Dimension.* Graz: Karl-Franzens-Universität. Dissertation.

Rásky, Éva. 2010. *Blockerte Verst'ndigungswege.* In: MIBL 51/2010 01-02. Wien, Universitas. S. 21-23.

Riese, Katharina : *Die Abtreibung in der Volksmedizin : mit besonderer Berücksichtigung der innerpatriarchalischen Widersprüche* / Katharina Riese , 1980.

Roy, Cynthia B. 1993. *The problem with definitions, descriptions, and the role metaphor of interpreters.* In: Pöchhacker, Franz, Schlesinger, Miriam. 2002. *Interpreting Studies Reader.* London: Routledge S. 344-353.

Scherer, Klaus R. 1979. *Die Funktion des nonverbalen Verhaltens im Gespräch.* In: Wegner, Dirk (Hrsg.) *Gesprächsanalysen.* Hamburg: Buske. S. 275-297.

Spieker, Manfred [Hrsg.]. 2003. *Katholische Kirche und Zivilgesellschaft in Osteuropa.* Paderborn, München, Wien, Zürich: Schöning.

Stetson, Dorothy M. [ed.]. 2001. *Abortion politics, women's movements, and the democratic state : a comparative study of state feminism.* 1. publ. Oxford [u.a.]: Oxford Univ. Press.

Strotzka, Hans, Wimmer Helga [Hrsg.]. 1986. *Arzt-Patient, Kommunikation im Krankenhaus.* Wien: Facultas.

Watzlawick, Paul, Beavin, Janet H., Jackson, Don. 1969. *Menschliche Kommunikation: Formen. Störungen. Paradoxien.* Bern, Stuttgart: Huber.

Wodak, R., Lalouschek J., Hein, N., Hoffmann-Richter, U. 1986. *Kommunikation zwischen Arzt und Patient.* In: Wiener Linguistische Gazette, 4. Wien. S. 47-68.

World Health Organization / Division of Family Health. 1994. *Abortion : Material Health and Safe Motherhood Programme ; a tabulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion* . - 2. publ. Geneva: World Health Organization, Division of Family Health.

Zimmermann, Stefan. 2009. *Community Interpreting, Sprach- und Kulturmittlung und Kommunikation mit russischsprachigen Patienten im medizinischen Bereich.* Wien: Universität Wien. Diplomarbeit.

10.2 Internetquellen

Abortion Act 1967 auf der Homepage von The National Archives
URL: http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1967/87/section/1
Letzter Zugriff: 6. 2012

(CBOS), das polnische Zentrums zur Untersuchung der öffentlichen Meinung: Umfrage zur Parlamentswahlen 2011
URL: http://cbos.pl/PL/wybory/wybory.php
Letzter Zugriff:

CHIA. 2002. *California Standards for Health Care Interpreting. Ethical Principals, Protocols and Guidence on Roles & Intervention.* Sacramento, CA. California Endowment.
URL:
http://www.saludycultura.uji.es/archivos/CHIA_standards_healthcare_interpreters_(EEUU).pdf
Letzter Zugriff: 5.11.2011

Czerwińska, Anna, Piotrowska Joanna. 2009. *20 lat zmian. Kobiety w Polsce w okresie transformacji 1989-2009.* Warszawa, Women's Empowerment. Heinrich Böll Stiftung.
URL: http://www.feminoteka.pl/downloads/raport_20lat_www.pdf
Letzter Zugriff: 9.10.2011

Das deutsche Schwangerschaftsabbruchsgesetz, eine Broschüre des Deutschen Statistischen Bundesamtes 2011:
URL:
https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Aktuell.html
Letzter Zugriff: 7.6.2012

Department of Health *Abortion Statistics, England and Wales: Report 2011*
URL: https://www.wp.dh.gov.uk/transparency/files/2012/05/Commentary1.pdf
Letzter Zugriff: 6.2012

Easton, Adam. 2007. *Polish woman wins abortion case.* In: BBC News am 20.3.2007, Warsaw.
URL: http://news.bbc.co.uk/2/hi/europe/6470403.stm
Letzter Zugriff: 4.2012

Federacja ds. Kobiet i Planowania Rodziny (Homepage auf Englisch):
URL:
http://federa.org.pl/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=78&Itemid=114
Letzter Zugriff: 06.2012

Fiala, Christian. 2003. *Rahmenbedingungen des Schwangerschaftsabbruchs und psychische Verarbeitung.* Fachtagung der Pro Familia Bremen.
URL: http://gynmed.at/images/pdf/rahmenbedingungen_ab.pdf
Letzter Zugriff: 04.2012

Fiala Christian, Schweiger, Petra. 2011. *Schwangerschaftsabbruch* In: *Österreichischer Frauengesundheitsbereicht 2010/2011.* Bundesministerium für Gesundheit.
URL: http://gynmed.at/images/pdf/abbruch_frauengesundheitsbericht2011.pdf
Letzter Zugriff: 04.2011

Gindulis, Edith. 2002. *Die Abtreibungsregime der OECD-Länder und ihre Bestimmungsfaktoren im Vergleich.*
URL: http://www.oezp.at/pdfs/2002-3-06.pdf
Letzter Zugriff: 7.6.2012

Gymned- Ambulatorium für Schwangerschaftsabbruch und Familienplanung
URL: http://www.gynmed.at
Letzter Zugriff: 29.10.2012

Human Rights Committee. 2004. *Concluding Observations of the Human Rights Committee: Poland.* CCPR/CO/82/POL am 02.12.2004
URL:
http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/66db176cabc27b16c1256f43005ba2e7?Opendocument
Letzter Zugriff: 04.2012

Kukłowicz, Katarzyna. 1989. *Projekt ustawy o prawnej ochronie dziecka poczętego.* In: Powiernik Rodzin, 3/1989, Katowice (online Ausgabe).
URL: http://www.humanfamilies.com/Powiernik/89/nr0389.htm
Letzter Zugriff: 3.2012

Nowicka, Wanda [red.]. 2007. *Prawa reprodukcyjne w Polsce. Skutki ustawy antyaborcyjnej. Raport.* Warszawa, Federacja ds. Kobiet i Planowania Rodziny.
URL:
http://www.federa.org.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=22&Itemid=31
Letzter Zugriff: 9.10.2011

Nowicka, Wanda. 2008. *The Struggle for Abortion Rights in Poland.* In: Parker, Richard, Petchesky, Rosalind, Sember, Robert [Hg.]: *Sex Politics. A Report from the Front Lines.* Sexuality Policy Watch. S. 167-197
URL: http://www.sxpolitics.org/frontlines/book/pdf/capitulo5_poland.pdf
Letzter Zugriff: 9.10.2011

OMEGA — Transkulturelles Zentrum für psychische und physische Gesundheit und Integration.
URL: http://www.omega-graz.at/ueber-omega.shtml
Letzter Zugriff: 09.2012

Pabijanek, Katarzyna. 2011. *Current status and directions for advencement of sexual and reproductive health and rights in Central and Eastern Europe.* Warsaw, ASTRA Network und Federacja ds. Kobiet i Planowania Rodziny.
URL: http://www.astra.org.pl/pdf/publications/SRHREU.pdf
Letzter Zugriff: 21.7.2011

Pschyrembel Klinisches Wörterbuch
URL http://www.wdg.pschyrembel.de
Letzer Zugriff: 09.2011

Österreichischen Gesellschaft für Familienplanung am 26.11.2001 in Wien. Berichte:
URL: http://www.oegf.at/dokumente/enquete.pdf
Letzter Zugriff: 04.2012

Salman, R., Collatz, J. 1999. *Der Einsatz von Dolmetschern im Gesundheitswesen als Beitrag zur Integration.* Hannover. Hannoversche-Ärzte-Verlags-Union.
URL: http://www.haeverlag.de/archiv/n0999_0.htm
Letzter Zugriff: 09.2012

Thoß, Elke. 2001. *Schwangerschaftsabbruchsregelungen in Deutschland.* In: Rahmenbedingungen und Erfahrungswerte yom Schwangerschaftsabbruch aus europäischer Sicht. Wien. S. 22-26.
URL: http://www.oegf.at/dokumente/enquete.pdf
Letzter Zugriff: 04.2012

Unbekannter Autor. 2011. *Dostęp do aborcji to prawo człowieka.* In: Amnesty International Polska am 18.08.2011.
URL: http://amnesty.org.pl/no_cache/archiwum/aktualnosci-strona-artykulu/article/7456/589/category/26/neste/6.html
Letzter Zugriff: 04.2012

Unbekannter Autor. 2011. *Totales Abtreibungsverbot nur knapp verhindert.* In: dieStandard.at online Ausgabe am 01.09.2011
URL: http://diestandard.at/1314652750780/Polen-Totales-Abtreibungsverbot-nur-knapp-verhindert
Letzer Zugriff: 01.09.2011

Unbekannter Autor. 2011. *Hauchdünne Mehrheit gegen Abtreibungsverbot.* In: dieStandard.at online Ausgabe am 02.09.2012
URL: http://derstandard.at/1314652754332/Hauchduenne-Mehrheit-gegen-Abtreibungsverbot
Letzter Zugriff: 02.09.2011

Verfassung der Republik Polen (Deutsche Übersetzung). 1997. Warszawa, Kancelaria Sejmu.
URL: http://www.sejm.gov.pl/prawo/konst/niemiecki/niem.htm
Letzter Zugriff: 9.6.2011

Willems, Florian. 2001. *Schwangerschaftsabbruchstourismus.* In: Rahmenbedingungen und Erfahrungswerte yom Schwangerschaftsabbruch aus europäischer Sicht. Wien. S. 19-21.
URL: http://abtreibung.at/wp-content/uploads/2009/04/Pages-from-abbruch_in_eu-2.pdf
Letzter Zugriff: 04.2012

11. Abbildungen

Abb.1 Das polnische Zentrum zur Untersuchung der öffentlichen Meinung (CBOS) Umfrage über die Meinung über die Legalisierung und gesetzlichen Regulierung des Schwangerschaftsabbruchs, 2011. (manuell überarbeitet)
www.cbos.pl
Letzter Zugriff: 14.4.2012

Abb. 2 Das polnische Zentrum zur Untersuchung der öffentlichen Meinung (CBOS) Umfrage über die Meinung über die Legalisierung und gesetzlichen Regulierung des Schwangerschaftsabbruchs, 2011. (manuell überarbeitet)
www.cbos.pl
Letzter Zugriff: 14.4.2012

Abb.3 Das polnische Zentrum zur Untersuchung der öffentlichen Meinung (CBOS) Umfrage über die Meinung über die Legalisierung und gesetzlichen Regulierung des Schwangerschaftsabbruchs, 2011. (manuell überarbeitet)
www.cbos.pl
Letzter Zugriff: 14.4.2012

Abb. 4 Verarbeitungsmodus von Knapp-Potthoff, Annelie. 1987. *Analyzing Intercultural Communication.* Berlin: Mounton de Gruyter. S. 428 (im .xls manuell nachgemacht)

Abb. 5 Kommunikationsmodell: Der vierohrige Empfänger von von Thun, Schulz. 1998. *Miteinanderreden. 2. Stille, Werte und Persönlichkeitsentwicklung: differentielle Psychologie der Kommunikation.* Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. S. 45

Abb. 6 Das *Sunrise*-Modell zur Darstellung der Theorie der kulturspezifischen Fürsorge von Leininger, Madeleine M. 1988. *Kulturelle Dimension menschlicher Pflege.* Freiburg im Br.: Lambertus Verlag. S. 68

Abb. 7 Modell des transkulturellen Kompetenz nach Domenig, Dagmar. 2001. *Professionelle Transkulturelle Pflege.* Bern: Hans Huber Verlag.

12. Abstract

Das *Hearing* zum Thema „Abtreibungstourismus der Polinnen“ (poln. „Turystyka aborcyjna Polek“), das am 28.6.2010 im polnischen Sejm stattfand, machte die polnische Gesellschaft auf ein bisher selten angesprochenes Problem aufmerksam — tausende Frauen fahren jährlich ins Ausland, um einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen. Der Grund für dieses Phänomen liegt im restriktiven Schwangerschaftsabbruchsgesetz der Republik Polen, das seit 1993 in Kraft ist. Die gesetzliche, politische, religiöse sowie gesellschaftliche Einstellung zu diesem Thema gibt polnischen Frauen, die sich für den Schwangerschaftsabbruch entschieden haben, wenig bis keinen Handlungsspielraum und keine Möglichkeit, ihr Problem mit ihrem Frauenarzt besprechen zu können. Um dem gesellschaftlichen Druck zu entkommen, unternehmen sie eine oft lange, kostspielige Reise ins Ausland (Deutschland, die Niederlande, Großbritannien, Österreich).

In der vorliegenden Arbeit wurde ein Problem, das mit dem *Abtreibungstourismus*-Phänomen im engen Zusammenhang steht, untersucht — der interkulturelle Aspekt der Kommunikation zwischen den österreichischen ÄrztInnen/Pflegepersonal und polnischen Patientinnen. Die Arbeit bietet einen Einblick in einen Bereich, dem aufgrund seiner Zwiespältigkeit der Status eines Forschungsgebiets oft verweigert wird; dabei ist es ein Bereich in dem die interkulturelle Kommunikation einen unabdingbaren Teil darstellt und genau analysiert werden sollte.

Den Kern dieser Arbeit stellen Interviews mit ExpertInnen dar, die mit dem *Abtreibungstourismus*-Phänomen, sowie dessen interkultureller Problematik, täglich konfrontiert werden. Es wurden ihre Meinungen zur aktuellen Situation in Praxis sowie die Handhabung der sprachlich- und kulturbedingten Wahrnehmungsunterschiede präsentiert.

.

13. Lebenslauf

Maria Magdalena Malenta, geb. 18.01.1983 in Warschau, Polen.

Ausbildung:

2008-2012	**Masterstudium Konferenzdolmetsch** am Zentrum für Translationswissenschft der Universität Wien
2003-2008	**Bakkalaureatsstudium für Übersetzer und Dolmetscher** am Zentrum für Transationswissenschft der Universität Wien
2007-2008	**Russischkurs** am Institut für russische Kultur in Wien
Februar bis März 2007	**Intensivsprachkurs : Russisch (B2)** am Staatlichen Institut für die russische Sprache, A.S. Puškin in Moskau
2005-2006	**EU-Experten Kurs** am Institut für Evangelisation, Figlhaus in Wien
2000-2003	**Bundesrealgymnasiums Viktring** mit Schwepunkt Musik und Kunst, Klagenfurt
1998-2000	**Realgymnasiums A. Mickiewicz** mit Schwerpunkt Deutsch, Warschau

Persönliche Fähigkeiten und Kompetenzen

Sprachen:

- Polnisch (Muttersprache)
- Deutsch erste Fremdsprache (sehr gut im Wort und Schrift)
- Englisch zweite Fremdsprache (sehr gut im Wort und Schrift)
- Russisch gut im Wort und Schrift
- Französisch Grundkenntnisse

Interessen:	Mitgründerin des more hope right now- Vereins zur Unterstützung der Hilfsprojekte und Benefizkonzertveranstalltung (12.12.2010 more hope right NOW for Roma) www.morehope.eu Boardmitglied der Galerie auf der Pawlatsche (Institut für Slawistik der Universität Wien) http://www.univie.ac.at/pawlatsche/ Kunstausstellungen in Graz (2009) und in Wien (2010)