

Wulf Schiefenhövel

Kulturvergleichende und verhaltensbiologische Überlegungen zur Geburt

„Sanfte Geburt“, „sichere Geburt“, „Geburt nach Leboyer“, „familienorientierte Geburt“, „Hausgeburt“, „psychologisierte Geburt“, „Unterwassergeburt“, „total fetal monitoring“ (die vollständige Überwachung der Uterusfunktionen und Vitalfunktionen des Feten) und ähnlich lauten die Schlagwörter aus der oft leidenschaftlich geführten Diskussion um die Entwicklung optimaler Formen der Geburtshilfe. In Kreißsälen sind bereits Änderungen, häufig von Hebammen initiiert, festzustellen: Wohnlichere Ausstattung des Kreißsaales, der zum Geburtszimmer wird, sparsamere Gabe von Medikamenten, Verzicht auf routinemäßigen Scheidendamm-Schnitt (Episiotomie), hölzerne oder high-tech Gebärstühle, eine gewisse Berücksichtigung der Eigensteuerung des Gebärverhaltens, Ermutigung zu vertikalen Gebärpositionen, Musik nach eigener Wahl, Zulassen von mehr als einer geburtsbegleitenden Person, etc.

Das Gros der Geburtshelfer steht derartigen „modischen“, „ideologisch motivierten“ Veränderungen eher skeptisch und ablehnend gegenüber. So kann man trotz wachsender Aufgeschlossenheit und Diskussionsbereitschaft in der Ärzteschaft wohl noch nicht wirklich von einem Paradigmenwechsel in der Geburtsmedizin sprechen. Vorerst polarisieren sich die Standpunkte in der öffentlich gewordenen Auseinandersetzung, die auch von den Frauen selbst, Zentren für „natürliche Geburt“ und ähnlichen Einrichtungen mitbestimmt wird. Die Polarisierung zwischen Bewahrern und Erneuerern ist um so verständlicher, wenn man bedenkt, daß manche der alternativ-obstetrischen Forderungen gängige Dogmen in Frage stellen, sowohl in administrativer als auch in medizinischer Hinsicht. Eingefahrene Abläufe, Prinzipien der Verteilung von Aufgaben, Macht und Einkommen zu ändern, hat schon manchen potentiellen Umstürzler vorzeitig verschlissen.

Bevor es, falls überhaupt, zu einer wirklichen Neuorientierung kommt, muß die begonnene Diskussion weitergeführt und auf weitere Bereiche ausgedehnt werden, die für das Geschehen um die Geburt Bedeutung haben. — In diesem Beitrag möchte ich versuchen, die perinatal-

medizinische Sicht der Geburtsvorgänge durch die humanethologische Betrachtung des *Geburtsverhaltens* zu ergänzen. Neben evolutionsbiologischen Überlegungen werden dabei kulturvergleichend-ethnomedizinische Befunde die Basis der Argumentation liefern.

Wörter des Gebärens — Periphrase und Tabu

Zunächst jedoch möchte ich einen kursorischen Ausflug in die Semantik und Etymologie einiger in verschiedenen Sprachen gebräuchlicher Vokabeln machen. In unseren Kliniken weisen Schilder mit der Aufschrift „Entbindungsstation“ der Gebärenden den Weg. Der Arzt *entbindet* die Frau von einem Kind. Das ist, sprachlich schon etwas merkwürdig, geburtshilflich völlig nebensächlich; denn im Extremfall könnte, wie es bei Schafen und einigen anderen Säugetieren der Fall ist, das Durchtrennen der Nabelschnur auch unterlassen werden. Der Vorgang des Unterbindens und Durchschneidens der lebenswichtig gewesenen, aber schon nach wenigen Minuten aus dem kindlichen Kreislauf abgeschalteten Nabelschnur wird also zum zentralen Terminus, zumindest im gebildeten Hochdeutsch, für das Kinderkriegen; denn er wird, inhaltlich ins Gegenteil verkehrt, sogar für das Gebären benutzt: „Ich habe im XY-Krankenhaus *entbunden*.“

Derartige sprachliche Umschweife und Merkwürdigkeiten sind, wie zu zeigen sein wird, nicht untypisch für das Bezeichnen des Geburtsaktes — ganz im Gegensatz zu den Wörtern für den Geschlechtsakt, die sind, auch in nichteuropäischen Sprachen, oft bis zur Vulgarität direkt, beschreibend-bildlich, vielfältig und zahlreich. Sprachpsychologisch sind Zeugung und Geburt also offenbar verschiedenen Sphären angehörig, wiewohl im griechischen *gignomai* (lateinisch *gigno*) eine Verschmelzung der beiden semantischen Felder vorliegt: *genetor* = der Erzeuger, *genete* = die Geburt. *Werden*, *Entstehen* kommt in diesem Fall ohne Spezifizieren der Geschlechtsrollen und ohne Bezeichnung der eigentlichen biologischen Vorgänge aus.

Daß der physiologisch gesehen unwichtige Vorgang des Abbindens zu dem bei uns üblichen Wort für die erfolgte Geburt werden konnte, zeigt, welche Bezeichnungstabus auf dem Gebären liegen. Dabei ist auch das ein eher indirekter Terminus: *gebären* = *zu Ende tragen*, eine intensivierte Form des gotischen *bairan*, das wiederum mit dem entsprechenden indogermanischen Stamm (vgl. *phero*, *fero*) zusammenhängt. Daher auch *barn* in skandinavischen Sprachen = das (Aus)getragene, das Kind. Auf dieselbe Wurzel geht auch das englische *bear zu-*

rück, das als *to bear a child* seltener gebraucht wird als im Partizip Perfekt Passiv: *born*. Will man den aktivischen Charakter des Vorgangs betonen, benutzt man die Zusammensetzung *to give birth*. Im Englischen wie in anderen Sprachen weicht man einer deutlichen Beschreibung allerdings eher aus; in besonderem Maße gilt das für *to have a baby* — unpräziser, distanzierter kann man das einschneidende, in so vielen Hinsichten herausgehobene Ereignis der Geburt eines Kindes kaum ausdrücken. Unserer *Entbindung* entspricht das ebenfalls technisch-vordergründige *delivery*. *Dar al luz*, *dare alla luce* sind die im Spanischen bzw. Italienischen üblichen Umschreibungen, dem *ein Kind zur Welt bringen*, *mettre au monde* vergleichbar. — Die deutschen Bezeichnungen *niederkommen*, die *schwere Stunde* haben, *kreißen* (von kreischen), *von einem Kind genesen* und andere Begriffe sind dem biologischen Geschehen etwas näher, lassen jedenfalls die körperliche und seelische Belastung der Kreißenden ahnen.

Warum ist man so indirekt in der Beschreibung des Geburtsvorgangs, warum finden sich auf den ersten Blick keine Wörter, die den Weg des Kindes durch den Geburtskanal, die Erleichterung, das mitunter starke emotionale Erleben zwischen Agonie und Glück zum Inhalt haben? Man ist versucht, die Antwort in der genitalen Verschämtheit unserer christlichen Tradition zu suchen. Das mag partiell richtig sein, vor allem für so vollends verschleierte Termini wie *to have a baby*. Doch andere Kulturen, scheint mir, weisen denselben Mechanismus der semantischen Verdrängung auf. So sagen etwa die Eipo, Bergpapua in West-Neuguinea, *me delina* = das Kind (zu Boden) legen. Das mit dieser substantivischen Form verwandte Verb ist *deib* = hinlegen, absetzen; *me deibmal* — (sie) hat gerade ein Kind geboren, ist der gebräuchliche Term. Bei den Eipo gleitet, wie noch beschrieben wird, das Kind auch wirklich ohne fremde Hilfe auf den Gras- oder Hüttenboden.

Kulturhistorisch interessant ist die Frage, ab wann europäische Frauen im Bett gebären. Die Verwendung des französischen *accoucher* könnte dazu Hinweise geben. Allerdings ist auch möglich, daß sich hier, in ganz gegenläufiger Entwicklung zu *puerpera* (die das Kind Tragende), das zu *puer-perium*, das Wochenbett, wurde, eine chronologische Bezeichnungsverschiebung vom Wochenbett (*accouchée* = die Wöchnerin) zum Gebären (*accouchement*) vollzogen hat. Der Darstellung des Historikers Gélis (1989) kann ich, insbesondere in der deutschen Übersetzung, die *s'accouche* mit „die Frau *entbindet sich*“ gleichsetzt, nicht folgen. Seine ohne ausreichende Quellenangabe vorgelegte serielle Kasuistik bleibt auch in anderer Hinsicht eher anekdotisch und ohne Bezug zur obstetrischen und verhaltensbiologischen Dimension des Gebärens. Wertvoll sind dagegen seine Hinweise auf Wohnstube, Küche und den Tierstall als

häufig gewählte Orte des Gebärens, wenngleich auch in diesen Abschnitten den Frauen bestimmte, selten gut belegte Motive unterlegt werden, wie „... manche Frauen kommen im Pferdestall nieder, damit sie ihr Haus nicht säubern müssen“ (S. 56) oder bezüglich des aus vergleichend-ethnologischer Sicht nachvollziehbaren Wunsches, die Geburtsräume so gut wie möglich gegen Einflüsse von außen abzudichten, „Das Haus wurde gewissermaßen zu einer autonomen Gebärmutter...“ (S. 155).

Aus kulturvergleichender Sicht läßt sich jedenfalls behaupten, daß das Liegen auf einem Lager für die Zeit nach der Geburt viel typischer ist als für das Gebären, das ja in besonderem Maße des körperlichen Einsatzes und der erhaltenen Mobilität bedarf. Diese Voraussetzungen sind im Bett nicht gegeben. Es gehört auch gar nicht zur basalen Ausstattung des Hauses; Feuerstelle bzw. Herd sind dagegen unverzichtbar. Auch aus diesem Grunde ist wahrscheinlich, daß das Gebären sich nicht auf dem Lager und in horizontaler Lage vollzog. Der Zoologe Hediger (1977) hat auf die phylogenetische Dimension dieses Zusammenhangs hingewiesen: Hochentwickelte infrahumane Primaten wie Schimpansen bereiten sich im Vergleich zu anderen Säugern seltsam improvisierte, topographisch weitgehend indeterminierte Nachtlager in Baumkronen. Auch für *Homo sapiens* ist ja das Haus eher ein psychologisches Konstrukt der Vermittlung von Sicherheit und territorialer Zugehörigkeit als architektonisch fixierte Konstruktion (vgl. Schiefenhövel 1986) — daher konnte dieses Wesen nahezu alle terrestrischen Habitate unseres Planeten besiedeln. Auch bezüglich des Wohnens war er äußerst flexibel. Im Bett gebären, das mag Hedigers evolutionsbiologischer Grundgedanke lehren, war in unserer bisherigen Geschichte wohl eher die Ausnahme.

Zurück zur sprachlichen Tabuierung des Gebärcharakters. Sie scheint universelle Züge zu tragen. Einen Vorgang, der in biologischer, psychologischer und sozialer Hinsicht von besonderer Tragweite ist und ein gewisses gesundheitliches Risiko (noch dazu potentiell für zwei Menschen) birgt, mag man offenbar, vielleicht in der mehr oder weniger unbewußten Absicht des magischen Versteckens, nur verhüllt preisgeben. In dieser Welt werden auch Kostbares und Bedrohliches oft periphrasiert. Die Scheu, den eigentlichen Geburtsakt zum Mittelpunkt der semantischen Bezeichnung zu machen und statt dessen eher indirekte, wirklichkeitsfernere Wörter zu wählen, erscheint aus dieser Sicht verständlich.

Aufschlußreich sind auch die Vokabeln für die Betreuerinnen (meist sind es Frauen) der gebärenden Frauen. *Sage femme* und ähnliche Bildungen betonen die Erfahrung und das Wissen der Geburtshelferinnen. *Hebamme* meint vermutlich mehr das Halten (*heben*) und Stützen der Kreißenden als das Empfangen und Halten des Kindes, denn das betrifft ja nur einen sehr kurzen zeitlichen Ausschnitt aus dem meist langen Ge-

burtsgeschehen. Unklar bleibt beim Terminus *Hebamme*, wo sie sich in Relation zur Gebärenden üblicherweise befunden haben mag. Im lateinischen *obstetrix* kommt diese Beziehung dagegen klar zum Ausdruck: diejenige, die der Kreißenden gegenüber steht. Das griechische *maia*, archetypisches, onomatopoetisches Lallwort, mit dem lateinischen *mamma* (Brust, Frau) verwandt und etwa mit *Mütterchen* zu übersetzen, meint demnach eine geburtserfahrene Frau, eine die sich auskennt, an die man sich lehnen, zu der man Vertrauen haben kann. Dieses Bild der so elementar wichtigen Helferin ist auch im spanischen *comadreja* realisiert: durch ihren Beistand wird die Hebamme zur *Nebennutter* des Neugeborenen. In *Wehemutter*, von Justine Siegemundin (1752) im Titel ihres bahnbrechenden Buches benutzt, drückt sich eine ähnliche Funktion aus: durch Anwesenheit, Be-Handlung und Rat bei den Wehen, also den schmerzhaften Uteruskontraktionen, zu helfen. Diese klar und scharf zu bezeichnen, haben die Sprachen keine Scheu: *labour* und der Eipo-Terminus *me dey* (etwa: Preßdrang) mögen als weitere Beispiele genügen. Um Wehe und Hebamme beim richtigen Namen zu nennen, bedarf es also allem Anschein nach und im Gegensatz zum Akt des Gebärens keiner sprachlichen Umwege.

Ein geburtshilfliches Exempel aus dem heutigen Kuba

Anlässlich einer ethnomedizinischen Tagung in Havanna, die der Evaluierung traditioneller Medizinalpflanzen des karibischen Raumes gewidmet war, hatte ich durch Vermittlung einer Kollegin vom Gesundheitsministerium 1988 Gelegenheit, die *maternidad* „Eusebio Hernandez“ von Marianao, einer der Vorstädte Havannas, zu besuchen. In dieser Geburtsklinik, die ohne Zweifel zu den besten des Landes gehört, darum hatte man mir sicherlich auch gerade diesen Besuch ermöglicht, liegt das mittlere Jahresaufkommen an Geburten bei 5500 — also etwa 15 jeden Tag. Die bedrückenden Erfahrungen kamen mir in den Sinn, die ich zwei Jahre zuvor in der zentralen *maternidad* Santo Domingos gemacht hatte: entwürdigende Fließband-Entbindungen (hier erscheint der Term gerechtfertigt), Erbrochenes auf dem Betonboden der notdürftig voneinander abgetrennten Boxen, schreiende, alleingelassene Kreißende, gestreßte Ärzte, Hebammen und Krankenschwestern; ausgemergelte, komatös erscheinende Frauen wurden, kaum notdürftig bedeckt, auf rostigen Bahren durch hallende Gänge zur Station geschoben; Neugeborene gelangten getrennt in einen anderen Trakt. Die Geburtenziffer

in der Frauenklinik Santo Domingos betrug ebenfalls mehrere tausend pro Jahr. In Anbetracht der trotz aller Unterschiede vergleichbaren ökonomischen Situation in der Dominikanischen Republik und in Kuba erwartete ich ähnlich schockierende Bilder des auf das Animalische beschränkten anonymen Gebärens und des Ausgeliefertseins gegenüber einer medizinischen Maschinerie. Keine dieser Erwartungen erfüllte sich. Weit davon entfernt, Kuba als das neue oder alte Paradies anzusehen, kann ich feststellen, daß einige Aspekte des dortigen öffentlichen Gesundheitswesens bemerkenswert sind.

Die *maternidad* Marianaos ist von außen bereits ein sehr auffälliges Gebäude: Das Haupthaus, das die Administration und die gynäkologischen und geburtshilflichen Betten beherbergt, hat eine leicht ins Elliptische gezogene Grundfläche; zwei runde Adnexe schließen sich beidseits an. Die junge ärztliche Direktorin erklärte die Architektur des, wie sie betonte, nach der Revolution entstandenen Baus: Das große Rund symbolisiert den Uterus, die beiden Anhängsel die Eierstöcke. Welch ein kühner semantischer Kunstgriff, Schwestern, Hebammen und ärztlichem Personal durch die Gestalt der Klinik permanent zu vergegenwärtigen, was ihre medizinische Aufgabe ist! Ich bin sicher, daß diese archi-



Abb. 1: Schaukelstühle für die Gebärenden gehören zur Einrichtung des Kreißsaales dieser großen Geburtsklinik in Havanna. Aus physiologischer und psychologischer Sicht ist das eine sehr günstige Lösung (s. Text).

tektonische Symbolik eine andere Grundstimmung erzeugt als jene austauschbaren Klinikbauten, wie sie sonst üblich sind. Mir ist nicht bekannt, ob den Klientinnen der Klinik der Zusammenhang zwischen äußerer Form und innerem Tun bekannt ist oder zu Beginn ihres Eintritts erklärt wird. Es würde mich nicht wundern, wenn es so wäre. Uterine Geborgenheit in einem Hospital der Dritten Welt.

In einem der beiden Anbauten ist der Kreißaal untergebracht. „Saal“ ist zugleich richtig und falsch. Maximal sind 8 Gebärende anwesend. Jedoch wurde die Gliederung des hellen Raumes so geschickt vorgenommen, daß der Eindruck einer Massenabfertigung nicht entsteht: Jede Kreißende hat ihr eigenes abgetrenntes Segment an der runden Außenwand; in diesem befindet sich jeweils eine sauber bezogene Liege und ein SCHAUKELSTUHL (Abb. 1). Leider konnte ich nicht herausfinden, auf wen diese Idee zurückgeht und ob sie in den anderen Geburtskliniken ebenfalls verwirklicht ist.

Der Schaukelstuhl als Gebärmöbel hat eine ganze Reihe von geburtsmedizinischen und psychobiologischen Vorteilen: Erhalt der günstigen vertikalen Körperposition, Nutzen der mit dem wiegenden Schaukeln gegebenen beruhigenden und entspannenden rhythmischen Bewegungstimulation, die ganz von der Gebärenden selbst bestimmt wird und Heimischmachen des unbekanntem, potentiell furchteinflößenden Territoriums Klinik durch just jenen Einrichtungsgegenstand, der in allen kubanischen Häusern, meist auf der überdachten Veranda, zu finden ist. Mit dem Schaukelstuhl wird ein Stück Vertrautheit, bezüglich des Gegenstandes selbst und der durch ihn vermittelten Bewegung, in den Kreißaal gebracht. Kein Wunder, daß die cremeweiß gestrichenen Stühle von den Gebärenden viel genutzt werden.

Ich konnte mich, als Arzt aus Alemania vorgestellt, einige Stunden im Kreis der Frauen, Hebammen, männlichen und weiblichen Krankenpfleger, Ärztinnen und Ärzte aufhalten. Die Atmosphäre war freundlich und ruhig. Einige der Gebärenden bildeten Grüppchen zu zweit und zu dritt, besuchten sich in ihren Kompartimenten oder im davor gelegenen allgemeinen Raum (Abb. 2). Die Kreißaal-Anonymität könnte wohl kaum besser aufgefangen werden, denn natürlich läßt diese obstetrische Organisationsform keine Ehemänner oder andere Geburtsbegleiter aus den jeweiligen Familien zu. Doch schien das hier kein fühlbares Manko zu sein. Ich hatte den Eindruck, daß die Kreißenden sich untereinander solidarisierten, wenn sie sich berührten, stützten, miteinander sprachen, stöhnten und lachten. Individuelle Ängste und Schmerzen mögen so, in einer Gruppe Gleich-Betroffener, wohl besonders wirkungsvoll abgebaut werden.

Die aus meiner Sicht nahezu ideale Kreißaalsituation mit Berücksich-

Abb. 2: Die Kreißenden können sich in dieser ‚maternidad‘ in abgetrennte Kompartimente, ihr eigenes Territorium, zurückziehen, aber auch mit ihren ‚Leidensgenossinnen‘ Kontakt aufnehmen.



tigung des Wunsches nach einem eigenen, wenn auch eher symbolisch abgetrennten Territorium, der Möglichkeit zu ungezwungenem Zusammensein mit den anderen Gebärenden, der erhaltenen Mobilität und Wahlfreiheit bezüglich der Körperhaltung, dem idealen Wehenmöbel Schaukelstuhl und der einfühlsamen Betreuung durch zugewandtes medizinisches Personal verändert sich allerdings ziemlich schlagartig beim Übergang in die Austreibungsphase. Die aus verschiedenen Traditionen und ganz modernen Überlegungen gespeiste synkretistische Geburtshilfe der Eröffnungsphase wird nun, mit dem schwestergestützten Gang aus dem gemeinsamen Geburtserwartungsraum in ein Kreißzimmer mit gynäkologischem Stuhl und unfreundlicher Einrichtung, zur orthodoxen Geburtsleitung europäischen Stils, wie sie auch bei uns noch fortwirkt. Erhalten bleibt erfreulicherweise die sehr fürsorgliche Betreuung mit viel Körperkontakt durch eine Reihe von Bezugspersonen, insbesondere die Hebamme.

Fast routinemäßig wird der Scheidendammschnitt (Episiotomie) ausgeführt. Alle relevanten Daten werden in einer vorbildlichen Statistik zusammenfaßt. Sie weist aus, daß in 16,21% aller Fälle die Geburt durch einen Kaiserschnitt beendet wurde; für ein Entwicklungsland ist das ein überraschend hoher Wert, der sich vermutlich auch daraus erklärt, daß diese sehr gut ausgerüstete Klinik Problemfälle aus einem weiten städtischen und ländlichen Umkreis auffängt. Die perinatale Mortalität lag im ersten Halbjahr 1988 bei 1,45% und liegt damit selbst im Vergleich mit westeuropäischen Ländern sehr günstig; die Münchner Perinatalstudie (Selbmann et al. 1980, S. 132) weist für den Zeitraum 1975-77 eine perinatale Mortalitätsrate von 1,49% auf. Ob die sehr hohe Rate an Kaiserschnitten unabdingbare Voraussetzung für die sehr gute Überlebenschancen der Neugeborenen ist oder ob diese auch ohne den ja ebenfalls mit einem gewissen Risiko belasteten Eingriff gegeben wäre, kann nicht entschieden werden.

Das Beispiel dieser sehr gut geführten, leistungsfähigen kubanischen Geburtsklinik (die Kinderklinik befindet sich auf der anderen Seite der Straße) zeigt eine nach meinen allerdings begrenzten Erfahrungen typische Eigenart des Gesundheitswesens dieses Landes. Der revolutionäre Schwung und die Aufbruchstimmung der Zeit nach der Vertreibung Batistas haben gerade im Gesundheitswesen zu einigen bemerkenswerten spezifischen Entwicklungen und Errungenschaften geführt. So wird derzeit ein Programm flächendeckender ärztlicher Primärversorgung etabliert. Die Ärztinnen und Ärzte dieser sehr einfach ausgestatteten und vor allem auf prophylaktische Aufgaben ausgerichteten Praxen sind gut ausgebildet und motiviert und empfinden, wenn der Eindruck der wenigen Gespräche nicht trügt, ihre schlechtbezahlte Tätigkeit als Dienst an der Gemeinschaft. Ob angesichts der mittlerweile offiziellen Dollarwelt, in der Taxifahrer ein Mehrfaches von dem eines Arztes verdienen, anspruchsvolle Ausbildung, guter Wille und Idealismus ausreichen werden, muß man bezweifeln. Die Revolution und ihr Pathos lassen sich nicht im Einmachglas konservieren. Für die Geburtshilfe vergleichbarer Länder, d. h. überall dort, wo mit relativ geringem Mitteleinsatz eine hohe Zahl an Geburten bewältigt werden muß, könnte aber das beschriebene Modell der einfühlsamen Leitung in der Eröffnungsphase und der Ausstattung des betreffenden Raumes Modellcharakter dafür haben, wie sich das Gebären humanisieren läßt.

Gebären im Hochland von Neuguinea

Im Verlauf ethnologischer, ethnomedizinischer und humanethnologischer Felduntersuchungen bei den Eipo, einer Gruppe von Bergpapua in Irian Jaya (vgl. Schiefenhövel 1976) wurden im Zeitraum von 1974 bis 1980 79 Kinder geboren. In sieben Fällen konnten meine Frau Grete Schiefenhövel und ich das Geschehen ausführlich mittels Foto, Tonband und Ereignisprotokoll dokumentieren; in vier Fällen wurden 16-mm-Filme erstellt (Schiefenhövel 1988).

Der Geburtsverlauf in dieser unter neolithischen Bedingungen lebenden Ethnie ist in einem ganz hohen Maße naturbelassen und kann somit als archetypisches Modell des Gebärens bei *Homo sapiens* gelten. In unseren Kliniken sind ja natürliche, d. h. von pharmakologischen und medizintechnischen Eingriffen freie Geburten immer noch die Ausnahme; überspitzt formuliert könnte man sagen, daß die letzten natürlichen Geburten im Taxi und auf der Klinikterasse stattfinden. Insbesondere bezüglich der Gebärhaltungen und der psychosozialen Einbettung des Geburtsgeschehens sind die Befunde aus den Bergen Neuguineas aufschlußreich.

Die Erstgebärenden, etwa zwischen 20 und 23 Jahre alt (das Menarchealter liegt um 17 Jahre) und die Mehrgebärenden bis zum Alter von etwa 45 Jahren sind zumeist sehr gesund und körperlich wohltrainiert. Sie haben den Vorteil, geistig und emotional gut für die bevorstehende Geburt gerüstet zu sein. Unter anderem liegt das daran, daß junge Frauen, seitdem sie als Mädchen kleinere Handreichungen bei Geburten verrichtet haben, wiederholt unmittelbare Zeugen des Geburtsgeschehens bei anderen Frauen waren. So haben sie aus eigener Anschauung miterlebt, daß sich Schmerz, Agonie, Erholung und Erleichterung abwechseln, und daß die Kinder schließlich doch geboren werden. Die Eipo-Frauen betrachten ihre Rolle als Schwangere, Gebärende und als diejenigen, die die Kinder großziehen, als naturgegeben—seien sie verheiratet (zum Zeitpunkt der Geburt des ersten Kindes sind es die meisten von ihnen) oder nicht. Schwangerschaft und Geburt sind auch Bestandteil der mythischen Berichte, die sinngebend in den Alltag hineinwirken. Sobald sie regelmäßige Wehen fühlt, begibt sich die Gebärende in das Frauenhaus, das in den meisten Fällen am Rande des Dorfes steht. In diesen zumeist sehr kleinen Hütten, deren Innenraum noch zusätzlich durch große Bündel von Feuerholz beschränkt ist, das von den Frauen im voraus dorthin gebracht wird, verbringen die Frauen die Tage der Menstruation und des Puerperiums. Bisweilen leben auch solche Frauen dort, die an einer schweren Krankheit leiden. In diesen Frauenhäusern sind oft

Besucherinnen anwesend, die den Frauen während der Menstruation oder des Wochenbetts Gesellschaft leisten. Die Menstruierenden sind in dieser Zeit frei von allen schweren Arbeiten und beschäftigen sich mit Handarbeiten, wie etwa dem Herstellen von Netzen oder Schmuck. Der Zugang für Männer ist durch ein Tabu auf männliche Heilkundige beschränkt, die in Fällen einer schwierigen oder verzögerten Geburt hinzugerufen werden. Die Menstruations-/Geburtshäuser sind also so etwas wie ein Treffpunkt der Frauen und Mädchen, das Gegenstück zum Männerhaus, zu dem wiederum den Frauen und Mädchen der Zugang verwehrt ist.

Erstgebärende werden in besonderer Weise behandelt: Eine traditionelle Geburtsbetreuerin (Traditional Birth-Attendant, TAB, in der WHO-Nomenklatur), d. h. die jeweilige Mutter der Gebärenden, die Schwiegermutter oder eine andere weibliche Verwandte oder eine Freundin, in jedem Fall eine Frau, die selbst bereits Kinder bekommen hat, sitzt ganz in ihrer Nähe, hält sie, streichelt sie, spricht zu ihr und bringt neue Farnblätter, die man als Vor- und Unterlage zur Aufnahme von Fruchtwasser, Schleim und Blut verwendet. Die Betreuerinnen machen es der Kreißenden also so angenehm, wie es in dieser materiell gesehen sehr einfachen Kultur möglich ist. Bisweilen hat man als Beobachter



Abb. 3: Bei den Eipo im Bergland von West-Neuguinea werden insbesondere Erstgebärende liebevoll betreut. Ständige Anwesenheit einer geburtserfahrenen Frau, Körperkontakt, Stützen und Massieren helfen, Schmerz und Angst zu bekämpfen.

das Gefühl, daß die Gebärende und die Betreuende fast eine Person geworden sind, so nahe sitzen sie beisammen, so viel Hautkontakt haben sie (Abb. 3). Bei jeder neuen Wehe wird die Zuwendung, Massage oder Umarmung verstärkt. Meist sind auch andere Frauen und Mädchen anwesend; nichtinitiierten männlichen Säuglingen, die noch von ihrer Mutter getragen werden, erlaubt man ebenfalls, bei dieser „Frauenangelegenheit“ dabei zu sein. Die Gebärenden, insbesondere Erstgebärende, erhalten Ratschläge, wie sie sich hinhocken oder setzen, wie sie mitpressen sollen, daß sie ihre Genitalregion nicht berühren sollen etc. Diese Aufforderungen werden nur selten in drängendem, barschen Ton gegeben. Eine der von uns während der Geburt beobachteten Frauen, eine junge Erstgebärende aus dem Dorf Wahaldak, widersetzte sich erfolgreich dem von ihrer Mutter und anderen Frauen ausgeübten Druck, sich nicht hinzulegen, sondern zu sitzen, zu knien oder zu hocken; sie blieb über lange Perioden in Seiten- bzw. Knie-Ellenbogen-Lage. In der späteren Phase der Geburt befolgte sie allerdings die Anleitungen ihrer Mutter und der anderen Frauen. Dieses Prinzip der Betreuung der Gebärenden durch eine ihr sehr gut bekannte weibliche Person, der sie von Beginn der Wehen bis zum Erscheinen der Plazenta anvertraut ist und die mit der werdenden Mutter fast ständig körperlichen Kontakt hält, fällt dem fremden Besucher am ehesten auf, wenn er Erstgebärende bei der Geburt beobachten darf. Mehrgebärende erhalten meist weniger Zuwendung und Hilfe; ihre Verwandten und Freundinnen kommen z. T. nur dann, wenn der Geburtsvorgang schwierig oder in anderer Weise anormal zu verlaufen droht. Wenn die Kreißenden Hilfe benötigen, so ist eine Betreuerin aber sehr rasch zur Stelle.

Ein Element dieses Prinzips „Mache es der Gebärenden so angenehm wie möglich“ besteht darin, daß die kreißende Mutter den Ort, an dem sich die Geburt abspielt, sehr gut kennt — viele Male ist sie während ihrer Menstruation und der Besuche bei anderen Frauen dort gewesen. Sie kennt die Hütte selbst, das Gras, die Büsche und Bäume in ihrer Nachbarschaft, und sie kennt die Frauen, die ihr Beistand leisten. Ein weiteres Element des beschriebenen Prinzips besteht darin, daß man die Schmerzen, die während der Dehnung des Muttermundes und der Preßwehen entstehen, mit den archaischen Heilmethoden der Massage und des Bestreichens der Haut behandelt, d. h. mittels Ausnutzung kutoviszeraler Reflexe, und darin, daß man der Gebärenden, vor allem auf dem Wege nonverbaler Kommunikation, das Gefühl vermittelt „Du bist nicht allein“. Die „magischen“ Bestandteile solcher pragmatischen Behandlungsmethoden bestehen unter anderem darin, daß die Geister der Verstorbenen angerufen werden, damit sie die Blockade des Geburtskanals wegnehmen, die nach Vorstellung der Eipo von übel gesinnten Kräften

verursacht werden kann. Derartige Zaubersprüche, die man in die unsichtbare (aber in der Vorstellung der Eipo unzweifelhaft existierende) Sphäre des Nicht-Menschlichen, Jenseitigen sendet, sind auch im Zusammenhang mit der Geburt nichts Außergewöhnliches — viele Alltagshandlungen werden von derartigen Anrufungen, Gebeten begleitet; „Natürliches“ und „Übernatürliches“ haben in der Gesellschaft der Eipo denselben Realitätsgehalt. Die Gebete zu den Geistern tragen ebenfalls dazu bei, eine Atmosphäre der Ruhe und der Zuversicht zu schaffen.

Das zweite Prinzip, welches dem fremden Beobachter ebenfalls von den ersten Augenblicken an klar wird, besteht darin, daß die Gebärenden vertikale Körperhaltungen einnehmen. Wie von H. Kirchhoff in seinen anregenden Arbeiten (Kirchhoff 1977 und 1983) gezeigt wurde, sind aufrechte Körperhaltungen die „klassische“ Geburtsstellung. Die Eipo-Frauen stehen, sitzen, knien, hocken oder wählen Kombinationen aus diesen vier Grundmöglichkeiten.

Ein drittes Prinzip ist diesem zweiten angefügt: die Gebärende wählt sich ihre Körperhaltung selbst. Hier könnte man einen möglichen Widerspruch entdecken: Wie, wenn sie nun vorzieht, sich hinzulegen, vielleicht sogar, in der Rückenlage zu verweilen? In der Tat kommt es bisweilen vor, daß die Eipo-Frauen unter der Geburt die Vertikale verlassen und sich auf die Seite legen oder auch, für kurze Perioden, auf den Rücken, wenn sie von einer seitlichen Liegehaltung zur anderen überwechseln. In den frühen Phasen der Geburt haben wir sie auch Knie-Ellbogen-Lagen einnehmen sehen, bei denen sie den Oberkörper z. T. nach unten geneigt, die aufrechte Körperhaltung also vollständig verlassen hatten. Doch, und das muß betont werden, bilden diese Körperhaltungen bei weitem die Minderheit, die Frauen wählten über die meiste Zeit Stehen, Sitzen und Hocken. Tatsächlich haben wir in keinem einzigen Fall eine Eipo-Frau ihr Kind in Rückenlage zur Welt bringen sehen. In ähnlicher Weise, wie es M. Odent (1976, 1980) für Frankreich gezeigt hat, sprechen die Ergebnisse unserer Beobachtungen bei den Eipo dafür, daß Frauen, seien sie nun Mitglieder einer vorindustrialisierten oder einer industrialisierten Gesellschaft, sehr wohl in der Lage sind, ideale oder zumindest angemessene Körperhaltungen unter der Geburt zu finden und einzunehmen, wobei sie offenbar nach dem Kriterium des relativ geringsten Schmerzes handeln. Die Eipo-Frauen, gelenkt durch das Gefühl für die angenehmste Körperstellung, wechseln ihre Positionen oft, sie stehen auf, gehen herum, knien, legen sich nieder, sitzen und hocken. Wenn eine Wehe einsetzt, richten sie ihren Körper zumeist noch etwas mehr in die Vertikale, in den Wehenpausen, in denen sie sich offensichtlich sehr gut erholen, lehnen sie sich ein wenig zurück.

Wir hatten manchmal das Gefühl, daß die Eipo-Frauen Entspan-

nungstechniken in ganz individueller, d. h. nicht normierter Weise benutzen — ihre Gesichter wurden sehr ruhig, die Pulsfrequenz ging zurück. Es liegt jedoch kein Tabu auf der Äußerung des Schmerzes, auf Weinen oder Schreien während der Wehen. Bisweilen drückten die Gebärenden ihren Schmerz in einer Art Singsang aus, der in seiner fallenden Melodie sozusagen einen musikalischen Ausdruck des Weinens darstellt, wie er im übrigen auch in offenbar fast universeller Weise in den Klagegesängen vieler Kulturen zum Ausdruck kommt. Die Frauen empfinden auch Angst; Angst, daß die Geburt zu lange dauern könne, daß sie bei der Geburt sterben könnten. In den sechs Jahren, die wir bisher überblicken können, ereignete sich bei insgesamt 69 Geburten kein mütterlicher oder kindlicher Todesfall während der Geburt. Die Frauen erinnerten sich jedoch an einen Fall, der sich nicht sehr lange vor unserer Ankunft im Juli 1974 ereignet haben muß und in dem Mutter und Kind infolge einer Geburtskomplikation starben. Unsere Stichprobe ist allerdings zu klein, um objektive Aussagen über die mütterliche Sterblichkeit zu machen, die zumeist auf 10000 Frauen bezogen wird.

In allen Fällen, die wir beobachtet haben, sprachen weder die Gebärenden selbst noch die betreuenden Frauen über das Befinden, das Wohlergehen des Kindes im Uterus; für sie schien ausschließlich der Zustand der Gebärenden von Bedeutung zu sein, auf die sich alle Sorge und Aufmerksamkeit richtete. Man versuchte, es ihr so angenehm wie möglich zu machen, ihr Schmerz und Angst zu nehmen. Die Eipo haben wenig Möglichkeiten, etwas über den Zustand des Fetus in Erfahrung zu bringen. Die Sorge für das Kind beginnt daher erst mit dem Augenblick der Geburt. Die Frauen trinken oder essen normalerweise nicht, selbst wenn die Geburt sehr lange dauert. Eine junge Erstgebärende aß und trank allerdings kleine Mengen in der Eröffnungsphase; die Geburt dauerte bei ihr etwa 24 Stunden. Es hat uns überrascht, daß die Frauen bis auf eine Ausnahme ihre kleinen, aus Riedgrasstengeln gefertigten Schamschürzen nicht abnahmen. Die Schnüre, die die verschiedenen Schichten dieser Schürzen an ihrem Platz halten, werden allerdings etwas gelöst und die oberen Schamschürzen werden abgelegt, die Vulva ist jedoch auch dann noch bedeckt, wenn der kindliche Kopf erscheint.

Wie erwähnt, müssen sich geburtshilfliche Maßnahmen auf äußerliche Handlungen wie Massage des Abdomens, der Flanken und des Rückens der Gebärenden beschränken. Im Genitaltrakt werden keinerlei Manipulationen oder Untersuchungen durchgeführt, auch nicht am Introitus vulvae. Nur in seltenen Fällen, und zwar in der Austreibungsphase, wurde die Vulva inspiziert. Es wurden keine Vorkehrungen getroffen, das Perineum zu schützen, doch die etwa 140 Frauen, die wir im dörfli-

chen Zusammenleben über fast zwei Jahre beobachten konnten, schie-
nen nicht unter den Folgen alter Geburtsverletzungen zu leiden.

Die Gebärenden begannen allem Anschein nach erst dann mit voller
Kraft mitzupressen, wenn sie den Drang dazu verspürten. Dann hielten
sie ihren Atem für eine Weile an und benutzten die Bauchpresse z. T. in
so starkem Maße, daß sie durch die Kraftanstrengung kurzfristig erschöpft
waren. In den Wehenpausen erholten sie sich allerdings immer
schnell. Gegen Ende der Geburt machten die Frauen den Eindruck, als
seien sie entschlossen, das Baby jetzt aus dem Geburtskanal herauszu-
pressen. In dieser Phase hörten wir zwar bisweilen kurze Schmerzens-
schreie, länger anhaltendes Weinen haben wir jedoch nicht gehört, zu
diesem Zeitpunkt auch keine Resignation oder Verzweiflung bemerkt.
In sechs der sieben dokumentierten Fälle gebären die Frauen ihr Kind in
sitzender Körperstellung, die häufig asymmetrisch war, weil ein Bein



Abb. 4: Vor allem
während der Aus-
treibungsphase
nehmen die Gebä-
renden asymmetri-
sche Körperhaltun-
gen ein. Die Neu-
geborenen gleiten
ohne Hilfestellung
auf den Erd- oder
Hüttenboden.

mehr oder weniger flach auf die Erde gelegt, das andere in Hüft- und Kniegelenk angewinkelt wurde, wobei der Fuß fest auf den Boden gesetzt war (Abb. 4). In einem Fall erfolgte die Geburt in einer symmetrischen Hockstellung; diese Erstgebärende hielt sich mit beiden Händen an einer horizontalen Verstrebung fest, die eigens zu diesem Zweck im Inneren des Hauses an der Wand angebracht worden war.

Sehr auffallend war in allen sieben Fällen die vollkommen spontane Entwicklung der Schultern und das anschließende Herausgleiten des Kindes, das weder von der Mutter noch von irgendeiner der Geburtsbetreuerinnen berührt oder gehalten wurde. Das Kind hatte auf diese Weise aktiven Anteil an der Geburt. Zumeist konnte man das Erscheinen des Kopfes wegen der die Vulva verdeckenden Scham-schürzchen nicht sehen. Die Zeitspanne zwischen dem Durchschneiden des Köpfchens und der Geburt der Schultern betrug z. T. mehr als 20 Sekunden, wie man in einem Fall aus den Filmaufnahmen abschätzen kann.

In den meisten Fällen war der Vorgang der eigentlichen Geburt des Kindes recht gleichmäßig und mühelos. Die Babies wurden entweder auf den aus Erde bestehenden Boden der Menstruationshütte, auf den man einige Blätter gelegt hatte, oder in das Gras in der Umgebung des Frauenhauses geboren, worauf zumeist einige Lagen aus Wedeln eines Baumfarnes gelegt worden waren. Die Filmaufnahmen des eigentlichen Geburtsvorgangs machen auf den geburtshilflichen Fachmann sowie auf den Laien den Eindruck eines sehr natürlichen, physiologischen Prozesses. Da die Vulva nicht weiter als höchstens 10 cm vom Erdboden entfernt war, traf das kindliche Köpfchen relativ sanft auf den Boden auf. Die Neugeborenen, die, wie bei allen dunklen Rassen üblich, noch eine sehr helle, wenig pigmentierte Haut haben, wurden kurz nach der Geburt rosig, auch wenn sie zunächst etwas zyanotisch gewesen waren. Der kleinere Teil der Neugeborenen gab kurz nach der Geburt Schreie von sich, ein männliches Kind urinierte sofort.

Die Gebärenden blieben in der zuvor eingenommenen vertikalen Position, während sie auf die Ausstoßung der Plazenta warteten. Dabei massierten sie wiederholt kräftig die seitliche Bauchwand mit Handfläche und Fäusten zur Mitte hin. Diese Massage, die Ähnlichkeit mit dem von Baer beschriebenen Handgriff aufweist, beobachteten wir in den meisten der sieben Fälle. Die Zeitdauer und die Kraft, mit der dieser Handgriff ausgeführt wurde, variierten jedoch stark. In einem Fall wurde von einer Geburtsbetreuerin eine Art streichelnder Massage auf die Gegend des Leistenbandes und der seitlichen Bauchwand gerichtet; zur gleichen Zeit wurden „magische“ Formeln gesprochen, wie es bei anderen Behandlungsweisen üblich ist. Diese gebetsähnlichen Anrufun-

gen, die wir z. T. transkribiert und übersetzt haben, sind kraftvolle, metaphernreiche Zeugnisse der geistigen Kultur der Eipo. Während die Mutter und die betreuenden Frauen auf die Geburt der Plazenta warten, beginnen sie damit, das Baby mit Blättern von Vernix caseosa und Blut zu reinigen. Wasser wurde dabei niemals benutzt; aber das ist nichts Ungewöhnliches, denn die Eipo selbst wuschen oder badeten sich bis vor kurzer Zeit praktisch nie. In einem Fall konnten wir filmen, wie die Mutter des Neugeborenen einen zähen Schleimfaden aus dem Mund des Kindes entfernte; sie tat das mit Hilfe eines Grashalmes und mit einer solchen Sicherheit, als hätte sie (was nicht das Fall war) Derartiges schon oftmals zuvor getan.

Die Nabelschnur wurde niemals durchtrennt, bevor die Plazenta erschienen war. Zunächst bedeckte die Mutter die Nachgeburt mit einigen Blättern, dann wurde die Nabelschnur mit einem kleinen Bambusmesser an der Epidermis-Schleimhautgrenze durchtrennt. Diese Bambusmesser können eine rasierklingscharfe Schneide haben, zumeist sind sie jedoch etwas stumpf. Dann müssen mehrere sägende Bewegungen ausgeführt werden, bevor die Nabelschnur durchtrennt ist. Erstaunlicherweise wurde keinerlei Unterbindung angelegt, weder kindseits noch plazenta-seits. Trotzdem blutete es, außer in einem Fall, in dem aus der Nabelwunde etwa 10 ml Blut verloren gingen, nur ganz gering. In den etwa 10-20 Minuten bis zum Erscheinen der Plazenta blieben die Babies auf dem Boden zwischen den Beinen der Mutter liegen, die, wie gesagt, weiterhin saß oder hockte. Das bedeutet, daß der Körper des Neugeborenen sich unterhalb der Uterusebene befand. Die Eipo-Frauen hoben die Neugeborenen nicht auf, bevor die Plazenta geboren und die Nabelschnur durchtrennt war.

In einem Fall vollzog sich die Geburt im gleißenden Sonnenlicht eines Tropennachmittags—es wurden keine Maßnahmen ergriffen, um die Augen des Kindes oder seinen Körper zu beschatten. Man bemühte sich jedoch, die Fliegen vom Körper des Kindes fernzuhalten. Das Durchtrennen der Nabelschnur markiert das Ende der eigentlichen Geburt. Bis auf die Fälle, in denen die Geburt innerhalb des Menstruationshauses stattfindet, stehen die Mütter auf, nehmen ihr Baby, das auf einigen Blättern liegt, zu sich hoch und begeben sich in das Frauenhaus. Etwas Asche von der Feuerstelle wird auf den Nabelstumpf gestreut; wir haben keinerlei Nabelinfektionen gesehen. Die Zeitdauer bis zum ersten Anlegen variiert: Eine Erstgebärende legte das Kind sofort nach der Durchtrennung der Nabelschnur an, andere ließen sich etwa zwei Stunden Zeit. Allerdings wurde kein Neugeborenes gestillt, bevor die Plazenta ausgestoßen und die Nabelschnur durchtrennt war. Bis auf einen Fall, in dem das Baby frühgeboren wirkte und nach etwa drei Wochen starb, tranken und

gediehen alle Neugeborenen gut. Postpartale Depressionen der Wöchnerinnen haben wir nicht beobachtet.

Abschließende **Bemerkungen**

Wohl zu allen Zeiten und in allen Kulturen, durchaus auch innerhalb des Zeitraums einer Geburt bei den einzelnen Frauen, hat sich ihr Erleben und Verhalten zwischen zwei Eckpunkten bewegt: dem regredierenden Sich-Fallenlassen, sich den betreuenden Personen ganz Ausliefern auf der einen Seite bzw. dem selbstbewußt, selbstbestimmten, auf die eigene Kraft vertrauenden Gebären auf der anderen. Diese beiden Extreme sind in den beiden abgebildeten Skulpturen (Abb. 5 und 6) dargestellt.

Die eine, aus Lavastein gefertigt und der vorbuddhistisch-hinduistischen, also animistischen Epoche Balis angehörend, zeigt eine ergebene Gebärende zum Zeitpunkt des Durchtritts ihres Kindes. Sie, deren Kraft erschöpft zu sein scheint und deren Körperhaltung und Gesichtszüge Hilflosigkeit signalisieren, wird von zwei Hebammen gehalten, die ihre Bürde mittragen und größer und stärker wirken als sie selbst. — Das Foto



Abb. 5: Lavastein-Skulptur aus der vorhinduistisch-buddhistischen Kultur Balis. Die Gebärende vertraut sich ganz den beiden Hebammen an.

Abb. 6: In Autonomie gebärende Göttin. Holzstatue aus Südindien, dem tantrischen Buddhismus zugeordnet.



einer südindischen Holzstatue (Kirchhoff 1977) zeigt eine Göttin in stehender Geburtspose. Auch hier ist der Durchtritt des Kindes festgehalten. Die Hebamme, die es in Empfang nimmt (mehr hat sie nicht zu tun), kniet klein und unbedeutend zu Füßen der großen Göttin. Zwei weitere Betreuerinnen haben ebenfalls eher künstlerisch-dekorativen als obstetrisch-funktionalen Charakter.

Zwischen diesen beiden Möglichkeiten liegt das Verhaltensspektrum der Gebärenden, eventuell von Phase zu Phase schwankend im Fortgang der Geburt. Jene Frauen, die in einer ersten Studie von ihren ungewollt ohne fachliche Assistenz verlaufenden Geburten (weil das Auto nicht ansprang, kein Taxi erreichbar war, die Ambulanz im Schnee steckte etc.), sogenannten Sturzgeburten, berichteten, ließen in ihren Schilderungen dieses Oszillieren zwischen Schwäche und Stärke erkennen. Aus evolutionsbiologischer Sicht ist bemerkenswert, daß bei ihnen, selbst den Ver-

zweifeltsten, etwa mit dem Beginn der Preßwehen und ohne Zutun von außen, die Zuversicht und „wilde“ Entschlossenheit entstand, ihr Kind jetzt und hier zu bekommen, gleichgültig, was um sie herum passierte. Der Gebärakt scheint sich dann zu verselbständigen; die oft durch Schmerz und Angst erschöpften Frauen „wissen“ plötzlich, daß das unmöglich Erschienene nun geschehen wird. Während in den davorliegenden Phasen der Geburt äußere Einflüsse, Störungen aller Art zu einem Sistieren der Wehen und des Geburtsfortschritts führen können (und in der Tat oft führen, wie erfahrene Hebammen und Ärzte wissen), ist nun der 'point of no return' erreicht, an dem die Eigensteuerung das Kommando ganz übernimmt. Das ist sinnvoll, denn der hohe Druck auf den Feten und die starke Belastung der Mutter verlangen ein baldiges Ende der Geburt.

Von derartigen biokybernetischen Steuerungsprozessen im Geburtsgeschehen haben wir noch völlig unzureichend Kenntnis. Was genau führt zum Einsetzen der ersten Wehen, was bedingt Stillstand und Fortschritt beim Tiefertreten der Frucht, der Erweiterung von Muttermund und Damm, wie wirken Regression und Autonomie, Kraftgefühl, Schmerz und Angst, wann und in welchem Maße werden Endorphine ausgeschüttet sowie körpereigene Wehenhormone, was führt zu dem starken, quasi orgastischen Glücksgefühl gleich nach dem Durchtritt des Kindes, von dem manche Frauen berichten, was bestimmt sie, fürsorglichen Kontakt mit dem eigentlich abstoßenden Neugeborenen aufzunehmen, was treibt sie in unseren Breiten so häufig in die völlig unbiologische, afunktionale Wochenbettdepression? Mehr als ein paar Details wissen wir dazu nicht.

Aber die moderne, noch immer sehr invasive Geburtsmedizin greift dessenungeachtet während aller Phasen des Gebärens in dieses unzweifelhaft existierende, komplexe und vermutlich zarte Gefüge ein — mit Medikamenten transportierenden Infusionsschläuchen, Daten übermittelnden Kabeln an und in Mutter und Kind, mit den Vorschriften und Routinen einer sich nur mählich wandelnden Disziplin. Welche Rolle das heimische Territorium für das Gebären bedeutet, läßt sich vorerst nur deduktiv aus den Ergebnissen der vergleichenden Ethologie der Geburt bei Tieren (vgl. Naaktgeboren & Slijper, 1970) abschätzen. Viele mit der Geburtshilfe vertraute Personen kennen diesen Zusammenhang: Von zu Hause rufen die Frauen an und teilen, in den meisten Fällen sicherlich zuverlässig, mit, daß ihre Wehen jetzt beispielsweise alle fünf Minuten kommen. Wenn sie dann nach entsprechender Aufforderung in der Klinik sind, haben sich die Wehenabstände oft deutlich vergrößert. Vermutlich ist der Wechsel des Territoriums ein drastischer Eingriff in die Eigensteuerung der Eröffnungsphase. Dabei dürften neben ganz- und halbbe-

wußten psychologischen Verarbeitungsmechanismen auch solche tieferer psychobiologischer Schichten eine Rolle spielen.

Daraus ließe sich ein treffliches Plädoyer für die Hausgeburt ableiten, die ja in den Niederlanden bis in unsere Tage verbreitet ist. Die Diskussion ist auf diesem Feld besonders hitzig und erbittert. Die perinatalen Fachleute sprechen sich fast einstimmig gegen derartiges unprofessionelles, ungesichertes Gebären aus. Dessenungeachtet wächst die Zahl der Frauen, die unter Betreuung einer vertrauten Hebamme zu Hause gebären. So können sie jedenfalls sicher sein, daß bei einem eventuell (physiologisch) längeren Geburtsverlauf die Klinikhebammen nicht wie die Postkutschenpferde gewechselt werden. — Andrea Sack (im Druck) hat für den Münchner Raum 855 Hausgeburten der letzten Jahre sorgfältig analysiert. Das perinatale Mortalitätsrisiko ist demnach nicht größer gewesen als jenes in guten Geburtskliniken; der Gewinn an autark erworbener existentieller Erfahrung und für die naturwüchsig einsetzende Bindung zum Kind mag beträchtlich sein.

Ich habe den Verdacht, daß die bereits angesprochene „Wochenbettdepression“ ein Effekt unserer Gebärsituation in den Kliniken ist. Möglicherweise ist die wichtigste Störgröße in der Tatsache begründet, daß man der Mutter die unmittelbar handelnde Sorge um das Kind abnimmt und räumliche Barrieren aufbaut, die in anderen Kulturen nicht existieren. „Rooming in“ ist aus dieser Sicht nicht genug, der Verhaltensbiologe fordert das „Bedding in“, die symbiotische, gerade auch nachts erhaltene Nähe zwischen Mutter und Kind, wie sie in der bisherigen Phylogenese unserer Spezies unverzichtbar war.

Vieles wäre noch zu sagen: über die unbestreitbaren Vorteile vertikaler Gebärhaltungen (es überrascht nicht, daß sie jenseits der Industrienationen weltweit viel verbreiteter sind als horizontale), die Rolle des Wehenschmerzes, die Hämodynamik zwischen noch liegender Plazenta und bereits neugeborenem Kind, dem Beginn des „bonding“, die Fragen, ob unsere urbane „Domestikation“ uns zum natürlichen Gebären unfähig gemacht hat und über andere Aspekte. Ein letztes Optimum werden wir nicht erreichen, weder in der Geburtshilfe noch in anderen Bereichen. Doch auch das vorletzte Wort ist noch längst nicht gesprochen zum Gebären. Auffällig ist, daß von lokalen Ausnahmen abgesehen, der perinatale Wandel hin zu mehr Institutionalisierung und Medikalisierung des Geburtsgeschehens seine Advokaten vor allem auf der Seite der Ärzteschaft hat, während jener, der auf Berücksichtigung des „natürlichen“ Gebärens zielt, vor allem von den Frauen selbst angestrebt wird.

Ob die unbestreitbaren Erfolge bezüglich der perinatalen Mortalität, die zu einem nicht geringen Teil darauf zurückzuführen sind, daß früher todgeweihte Frühgeborene heute durchgebracht werden können, ge-

wichtigstes Argument sein können oder nicht und ob in Zukunft Promille-Bruchteile der Überlebenswahrscheinlichkeit weniger Überzeugungskraft haben werden als andere Gesichtspunkte, wird sich zeigen. Eine große Gefahr für die Bestrebungen, den evolutionsbiologischen Mechanismen, insbesondere der Eigensteuerung des Gebärens mehr Raum zu geben, sehe ich in der Judikalisierung der Geburtshilfe, die in den USA erschreckende Ausmaße angenommen hat. Trotzdem habe ich die Hoffnung, daß die künftige Medizin Europas nicht durch Rechtsanwälte und Richter weiter in unsinnige Entwicklungen getrieben, sondern durch die Ärzteschaft und ihre Klientel den anthropologischen Bedürfnissen angenähert wird und damit pluralistisch und Auswahl ermöglichend bleibt.

Literaturverzeichnis

- Gélis, J. (1989), Die Geburt. Volksglaube, Rituale und Praktiken von 1500-1900. Diederichs, München.
- Hediger, H. (1977), Nest and Home. *Folia Primatologica* 28:170-187.
- Kirchhoff, H. (1977), The woman's posture during childbirth — from prehistoric times to the present. *Organorama* 14:11-19.
- Kirchhoff, H. (1983), Die Geburt in senkrechter Körperhaltung – Kulturhistorische Anmerkungen und mögliche geburtshilfliche Vorteile. In: Schiefenhövel, W. & Sich, D. (Eds.), Die Geburt aus ethnomedizinischer Sicht. Vieweg, Braunschweig/Wiesbaden 93-94.
- Naaktgeboren, C. u. Slijper, E. (1970), Biologie der Geburt. Einführung in die vergleichende Geburtskunde. Paul Parey, Hamburg/Berlin.
- Odent, M. (1976), *Bien naître. Le Seuil*, Paris.
- Odent, M. (1980), Les positions de la mère pendant l'accouchement. In: Rapoport, D. (Ed.), *Corps de mère corps d'enfant*. Edition Stock. Paris 13-28.
- Sack, A. (im Druck), Verlauf von 855 Hausgeburten im Münchener Raum von 1981-1987, LMU München.
- Schiefenhövel, W. (1976), Die Eipo-Leute des Berglands von Indonesisch-Neuguinea. *Homo* 26,4:263-275.
- Schiefenhövel, W. (1986), Bauen ohne Architekt. Siedlungen und Häuser in Melanesien, *Arcus* 2:77-83.
- Schiefenhövel, W. (1988), *Geburtsverhalten und reproduktive Strategien der Eipo*. Reimer, Berlin.
- Schiefenhövel, W. und Sich, D. (1983), Die Geburt aus ethnomedizinischer Sicht. Vieweg, Braunschweig/Wiesbaden.
- Selbmann, H. K. et al. (1980), *Münchener Perinatal-Studie 1975-1977*. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.
- Siegemundin, J. (1752), *Die Königlich Preußische und Chur-Brandenburgische Hofe-Wehe-Mutter...* Friedrich Voß, Berlin.