



DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Die Lotusgeburt als Übergangsritual?

Zur Bedeutung der Plazenta und Selbstbestimmtheit der
Frau bei Geburt und Schwangerschaft“

Verfasserin

Katharina Gamperl

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 307

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Kultur- und Sozialanthropologie

Betreuer:

Univ. Prof. Mag. Dr. Bernhard Hadolt, M.Sc.

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe.

Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Wien, am 08. 06. 2012

Unterschrift

DANKSAGUNG

Diese Diplomarbeit hätte nicht entstehen können, ohne die zahlreichen lieben Menschen, welche mich mit Informationsmaterial, Interviews, Tipps und Literaturhinweisen unterstützt haben.

Allen voran möchte ich meinem Diplomarbeitsbetreuer, Dr. Bernhard Hadolt, danken, welcher mir immer geduldig Rat gab und sich sehr bemühte, mir hilfreiche Literaturtipps zu geben und Kontakte zu knüpfen.

Weiters möchte ich all den Müttern, Schwangeren, Hebammen und ÄrztInnen danken, welche sich die Zeit genommen haben, um mit mir ein Interview zu machen bzw. um meine Fragen zu beantworten.

Auch möchte ich mich herzlich bei Angelika Rodler vom EKiZ-Graz, Anne Weber vom EKiZ-Gilgegasse, Karin Hochreiter, Karin Müller, Lisa Rohm, Sibylle Ihr-Ceto, Edeltraud Voill vom Nanaya-Zentrum Wien, der Parents.at-Community, der Rabeneltern.org-Community so wie Shivam Rachana (Australien) bedanken.

Außerdem möchte ich meiner Familie danken, allen voran meinem Vater, welcher mich auf das Thema gebracht hat und mich mit umfangreichem Informationsmaterial versorgt so wie mir zahlreiche Kontakte vermittelt hat. Auch meiner Mutter möchte ich danken für ihre unterstützenden und motivierenden Worte und meinem Lebensgefährten Harald Cont, welcher mir ebenfalls unterstützend und motivierend zur Seite stand, besonders in Phasen, in welchen mich die Motivation gänzlich verließ.

Abschließend danke ich dem Team der Fachbereichs-Bibliothek KSA, Frau Petra Hirzer für ihre geduldige Beratung und dem Team des Infocenters des Instituts für Kultur- und Sozialanthropologie für die Hilfe bei formalen Angelegenheiten.

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG	5
1.1. Forschungsleitende Fragestellungen	7
1.2. Begriffsklärungen	8
1.3. Aktueller Forschungsstand	10
2. METHODISCHES VORGEHEN UND DATENLAGE	11
2.1. Qualitative Forschungsmethoden	11
2.2. Qualitatives Interview	12
2.3. Literaturrecherche	17
3. ANTHROPOLOGY OF BIRTH	18
3.1. Gebären – ein paar Beispiele	23
4. DIE PLAZENTA	38
4.1. Ein kurzer Exkurs über die Plazenta als Organ	38
4.2. Mythologie und Brauch rund um die Plazenta	40
5. DIE LOTUSGEBURT	52
5.1. Verbreitung der Lotusgeburt	53
5.2. Vor- und Nachteile	59
6. DIE LOTUSGEBURT ALS ÜBERGANGSRITUAL	65
7. SELBSTBESTIMMTHEIT DER FRAU BEI GEBURT UND SCHWANGERSCHAFT	76
7.1. Authoritative Knowledge	76
7.2. Die Selbstbestimmtheit der Frau bei Geburt und Schwangerschaft	81
7.3. Stellenwert und Funktion des Kindsvaters bei Geburt und Schwangerschaft	88
8. EMPIRIE	91
8.1. Diskussion der Interviews mit ÄrztInnen	91
8.2. Diskussion der Interviews mit Hebammen	99
8.3. Diskussion der Interviews mit Müttern/Schwangeren	106
8.4. Fazit der Interviews	111
9. SCHLUSS	113
9.1. Zusammenfassung	113
9.2. Ausblick	116
QUELLENVERZEICHNIS	117
Literaturverzeichnis	117
ANHANG	127
Interview-Verzeichnis	127
Curriculum Vitae der Verfasserin	128
KURZFASSUNG UND ENGLISCHES ABSTRACT	129
Kurzfassung	129
English Abstract	130

1. EINLEITUNG

Meine persönliche Motivation für dieses Thema röhrt daher, dass mein Vater Facharzt der Gynäkologie ist und ich dadurch schon als Kind mit den Themen Geburt und Schwangerschaft in Berührung kam. Mein Interesse an diesem Bereich der menschlichen Existenz wuchs mit jeder weiteren Kerze auf meinem Geburtstagskuchen, bis ich schließlich am Ende meines Studiums der Kultur- und Sozialanthropologie durch Zufall auf das Thema der Lotusgeburt stieß. Die Hebamme Karin Müller¹ (2010) verfasste für die Hebammenzeitung den Artikel „Lotusgeburt“, welcher mir in die Hände fiel – ich war sofort fasziniert von diesem für mich völlig neuartigen Umgang mit der Plazenta und der (wie ich meine) interessanten Sichtweise auf die einzigartige Verbindung zwischen ebendieser und dem Neugeborenen. Ich wusste: Darüber möchte ich meine Diplomarbeit schreiben, das will ich eingehender erforschen!

Das Thema meiner Diplomarbeit ist die Lotusgeburt, bei welcher die Nabelschnur bei der Geburt nicht durchtrennt wird und die Plazenta mit dem Kind einige Tage verbunden bleibt. Ich möchte einerseits der Frage nachgehen, was man unter dem Begriff Lotusgeburt versteht und wo bzw. unter welchen Voraussetzungen sie zur Anwendung kommt. Außerdem möchte ich erforschen, ob sich die Lotusgeburt als Übergangsritual verstehen lässt bzw. in wie weit sie rituelle Strukturen aufweist.

Weiters möchte ich mit meiner Diplomarbeit den Beitrag der Kultur- und Sozialanthropologie zu den Themen Geburt und Schwangerschaft erweitern und für mehr Bewusstsein für die Plazenta und für einen selbstbestimmten Zugang zum weiblichen Körper so wie zum Geburtsvorgang plädieren. Mit letzterem meine ich eine (Rück-)Besinnung auf das Vertrauen in das eigene Körperempfinden.

Zunächst gehe ich in meiner Diplomarbeit näher auf die Methoden ein, welche ich gewählt habe und behandle anschließend einige Themen rund um die Lotusgeburt: Die Plazenta als Organ, verschiedene Plazenta-Bräuche weltweit, unterschiedliche Geburtspraktiken, die Lotusgeburt, die Lotusgeburt als Übergangsritual, die Selbstbestimmtheit der Frau bei Geburt und Schwangerschaft sowie der Stellenwert des Kindsvaters bei Entscheidungen rund um die

¹ Karin Müller ist Mitglied des Redaktionsteams der Österreichischen Hebammenzeitung. Sie ist selbst Mutter zweier Kinder (vgl. Müller 2010:30).

Geburt. Anschließend diskutiere ich die Inhalte meiner Interviews (u.a. Durchführung der Lotusgeburt, Selbstbestimmtheit der Frau bei Geburt und Schwangerschaft, Bedeutung der Plazenta, Rolle des Kindsvaters etc.) und stelle sie in Bezug zu meinen Forschungsfragen. Abschließend gebe ich in einer Zusammenfassung einen Überblick über meine Erkenntnisse und gehe in einem Ausblick kurz auf die mögliche zukünftige Entwicklung der Lotusgeburt ein.

Anhand elf qualitativer Leitfadeninterviews, welche ich sowohl persönlich und telefonisch als auch über moderne Medien wie E-Mail und Skype durchführte, versuchte ich im Dialog mit ÄrztInnen, Hebammen, Müttern und Schwangeren herauszufinden, inwieweit (und wenn ja, in welcher Form) die Lotusgeburt (in Österreich) überhaupt bekannt ist und welchen Stellenwert die Plazenta für die jeweiligen Befragtengruppen hat.

Ein weiterer Aspekt, welcher sich mir während der Beschäftigung mit der Lotusgeburt eröffnet hat, ist der Grad der Selbstbestimmtheit der Frau bei Geburt und Schwangerschaft. Gerade wenn das medizinische Personal wenig bis gar nichts über die Lotusgeburt weiß, eine Patientin diese jedoch wünscht, ergibt sich hier ein sehr spannender Moment: Parallel existieren ein Wissens- und ein Machtgefälle (ersteres von Patientin zu medizinischem Personal, zweiteres vom medizinischen Personal zur Patientin). Gewährt man der Patientin ihren Wunsch, könnte dies ein Indiz für ein recht hohes Maß der Selbstbestimmtheit und Autonomie der Frau über ihren Körper und auch über den Körper des Babies sein, da das medizinische Personal, also Hebammen und behandelnde ÄrztInnen durch ihre geringe bzw. nicht vorhandene Erfahrung mit der Lotusgeburt Neuland betreten und somit ihre Verantwortung für das Wohl von Mutter und Kind einem erhöhten Risiko ausgesetzt zu sein scheint. Wie weit diese Selbstbestimmtheit der Frau reicht und inwiefern sie sich am Thema der Lotusgeburt tatsächlich zeigt, soll in dieser Arbeit ausgeführt werden.

1.1. Forschungsleitende Fragestellungen

Meine beiden Hauptforschungsfragen sind „Kann die Lotusgeburt als Übergangsritual verstanden werden und wenn Ja, inwiefern?“ und „Welche Erfahrungen, Sichtweisen und Meinungen haben Mütter und Schwangere, sowie Hebammen und ÄrztInnen hinsichtlich der Lotusgeburt vor dem Hintergrund einer zunehmenden Ausdifferenzierung von ‚Wahlmöglichkeiten‘ zwischen Geburtspraktiken in Österreich?“

Ich möchte somit in dieser Diplomarbeit heraus finden, ob sich die Lotusgeburt in die drei Phasen eines Übergangsrituals – Ablösungs-, Zwischen- und Integrationsphase (vgl. Gennep, 2005[1909]:21) – unterteilt und ob sie generell als Ritual verstanden werden kann. Weiters möchte ich erforschen, ob das Durchführen einer Lotusgeburt Ausdruck für ein hohes Maß an Selbstbestimmtheit der Frau sein kann – hier geht es vor allem um ihre Entscheidungsmöglichkeit zu dieser Form von Geburt und um die Möglichkeiten und Grenzen der Autorität über ihren eigenen so wie den Körper des Kindes.

Die Unterfragen ergänzen meine Forschung und führen in weitere Themengebiete, welche mit der Lotusgeburt zusammen hängen. Ein Teil der Unterfragen bezieht sich auf die Eltern, welche sich für die Durchführung einer Lotusgeburt interessieren bzw. eine durchgeführt haben so wie auf die möglichen Gründe dafür. Hierzu gehören meine Unterfragen „Was ist die Motivation werdender Eltern, sich für eine Lotusgeburt zu entscheiden?“ und „Was sind die Vor- und Nachteile der Lotusgeburt?“. Anhand dieser Fragen möchte ich erforschen, was von der Durchführung einer Lotusgeburt erwartet wird und was (werdende) Eltern dazu bewegt.

Ein weiterer Fragen-Komplex bezieht sich auf die Plazenta und ihre Bedeutung in Österreich und weltweit. Mit den Fragen „Welchen Stellenwert hat die Plazenta in Österreich aus Sicht der Befragten?“, „Welche Plazenta-Bräuche gibt es weltweit?“ und „Welche Parallelen gibt es bei den verschiedenen Plazenta-Bräuchen untereinander und zur Lotusgeburt?“ möchte ich die unterschiedlichen Bräuche auf Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede untersuchen so wie mögliche Parallelen zur Lotusgeburt erforschen.

Zwei Fragen, welche mit meiner zweiten Hauptforschungsfrage „Welche Erfahrungen, Sichtweisen und Meinungen haben Mütter und Schwangere, sowie Hebammen und ÄrztInnen

hinsichtlich der Lotusgeburt vor dem Hintergrund einer zunehmenden Ausdifferenzierung von „Wahlmöglichkeiten“ zwischen Geburtspraktiken in Österreich?“ zusammen hängen, lauten „Wie hoch ist das Maß der Selbstbestimmtheit der Frau bei Geburt und Schwangerschaft in Österreich aus Sicht der Befragten?“ und „Welchen Stellenwert hat der Kindsvater bei der Entscheidung für eine Geburtsmethode für meine Interviewpartnerinnen?“.

Schließlich gehe ich noch auf die möglichen Funktionen des Kindsvaters bei der Lotusgeburt mit der Frage ein „Welche Funktion(en) kann der Kindsvater während der (Lotus-)Geburt übernehmen?“.

1.2. Begriffsklärungen

Im Folgenden möchte ich einige Begriffe klären, welche für meine Diplomarbeit von zentraler Bedeutung sind: Lotusgeburt, Brauch, Ritual, Geburtsmethode bzw. -praxis so wie Selbstbestimmtheit.

Lotusgeburt

Unter Lotusgeburt versteht man das Intaktlassen der Nabelschnur nach der Geburt – Kind und Plazenta bleiben miteinander verbunden, bis die Nabelschnur nach drei bis sieben Tagen beginnt, sich von selbst abzulösen. Ihren Namen erhielt die Lotusgeburt in den 1970er Jahren von der in Kalifornien lebenden Amerikanerin Claire „Lotus“ Day (in Kapitel 5.1. gehe ich noch genauer darauf ein).

Brauch

Der Begriff „Brauch“ meint eine innerhalb einer sozialen Gemeinschaft (dies kann ein Staat, eine Nationalität, ein Dorf, eine Familie o.ä. sein) gewohnheitsmäßig geübte, mehr oder weniger stark sanktionierte, festgelegte Abfolge von Handlungen (vgl. Mitter 2005:342). Alle Plazentabehandlungen, von denen ich hier in dieser Diplomarbeit spreche, können als Brauch bezeichnet werden – manche weisen zudem noch ritualisierte Züge auf. Nicht alle weisen eine Verbindung zur spirituellen bzw. religiösen Ebene auf. Oftmals wird der Begriff „Brauch“ synonym mit dem Begriff „Sitte“ verwendet, Max Weber unterscheidet die beiden dadurch, dass ein Brauch eine durch tatsächliche Übung gegebene Verhaltensregelmäßigkeit ist,

wohingegen die Sitte besonders durch lange Eingelebtheit gestützt wird (vgl. Mitter 2005:342). Ein Brauch hat als Kennzeichen, dass er innerhalb einer sozialen Gemeinschaft festgelegt und weitergegeben wird, dass er die Abfolge von Handlungen mit einem bestimmten Zweck beschreibt und außerdem ist er ein prozesshafter Begriff – Bräuche können sich deshalb im Laufe der Zeit auch verändern. Wir werden sehen, dass manche Plazentabräuche nicht mehr aktuell, andere wiederum sehr aktuell im Entstehen sind.

Ritual

Der Bereich des „Rituals“ stellt in der Kultur- und Sozialanthropologie eines der zentralsten Forschungsfelder dar. In Kapitel 6 gehe ich ausführlicher auf die Beschäftigung der Kultur- und Sozialanthropologie mit eben diesem ein, hier soll zunächst eine kurze Klärung des Begriffs gegeben werden, mit welcher sich die im Folgenden häufiger verwendeten Termini „Ritual“, „rituell“ bzw. „ritualisiert“ adäquat verstehen lassen. Nach Mischung (2005b:316) ist unter einem Ritual eine Handlung² zu verstehen, welche in einem bestimmten Kontext auf vorgegebene Art und Weise erfolgt und sich in ihrer Form und ihrem Ziel von alltäglichen Handlungen unterscheidet (vgl. Mischung 2005b:316). Turner (2005 [1969]) hebt in seiner Ritualtheorie einerseits vor allem die Prozesshaftigkeit von Ritualen so wie andererseits ihre Bedeutung hinsichtlich der Symbolik (welche wichtiger sei als die rituelle Handlung an sich) und der Aufhebung alltäglicher sozialer Strukturen hervor.

Geburtsmethode bzw. -praxis

Mit Geburtsmethode bzw. Geburtspraxis meine ich in dieser Arbeit jegliche denkbare Gestaltung des Gebärvorgangs – ich unterscheide hier jedoch zwischen „gängigen“ Geburtsmethoden, womit in meiner Arbeit einerseits die bei uns am häufigsten durchgeführte ambulante Geburt in Rückenlage so wie andererseits die Geburt durch Kaiserschnitt gemeint sind, und den „alternativen“ Geburtsmethoden, womit ich sämtliche Geburtsmethoden abseits der ambulanten Geburt in Rückenlage und dem Kaiserschnitt meine. Solche alternativen Geburtsmethoden wären demnach beispielsweise die Wassergeburt, die Hausgeburt, die Geburt in der Hocke, die Geburt in einem Geburtshaus etc.

² Bzw. ein Handlungskomplex.

Selbstbestimmtheit

Wenn ich in meiner Arbeit von der Selbstbestimmtheit bzw. Autonomie der Frau spreche, dann bezieht sich das ausschließlich immer auf den Bereich des schwangeren Körpers bzw. auf die Gestaltung des Geburtsvorgangs und der unmittelbaren Zeit danach. Es geht darum, wie viel eine schwangere Frau über ihren eigenen Körper, aber auch über den des Kindes selbst entscheiden kann und darf und wo die Grenzen bzw. die Grauzonen liegen. Der Grad der Autonomie einer schwangeren Frau verändert sich mit dem Fortschritt der Schwangerschaft laufend – in den ersten drei Monaten der Schwangerschaft ist die Entscheidungsgewalt der Frau über ihren eigenen Körper und den des Kindes relativ gesehen recht groß und geht bis hin zur straflosen, gesetzlich geregelten Tötung des Kindes (vgl. URL 7). Generell ist die Leibesfrucht ab der Nidation (der Einnistung) in Österreich und auch in Deutschland gesetzlich geschützt. Ab dem dritten Monat ist ein Schwangerschaftsabbruch nur noch dann straffrei möglich, wenn das Leben der Mutter unmittelbar gefährdet ist. Hier befindet sich die Selbstbestimmtheit der Frau also bereits an einem Wendepunkt: Der Rechtsstaat übernimmt einen Teil der Verantwortung für das ungeborene Kind und greift zu Strafmaßnahmen, wenn eine Mutter das Wohl und das Leben des Kindes gefährdet. Hier wird also die zuvor relativ große Autonomie der schwangeren Frau drastisch reduziert. Ich werde auf dieses Thema noch gesondert in einem späteren Kapitel (siehe Kapitel 3.1.11.) eingehen.

1.3. Aktueller Forschungsstand

Der Forschungsstand über die Lotusgeburt sehr dürftig ist. Meines Wissens nach gibt es bisher nur eine einzige anthropologische Publikation zum Thema Lotusgeburt von Dr. Rachel Westfall von der University of Victoria. Sie schrieb für das amerikanische Magazin „Midwifery Today“ einen Artikel namens „An ethnographic account of Lotus Birth“ (2003), jedoch war es mir auch nach intensivster Recherche in verschiedenen Datenbanken wie PubMed, MEDLINE, ResearchGate etc. nicht möglich, an diesen Artikel zu gelangen – somit blieb mir leider eine genauere Untersuchung dieses Beitrags verwehrt.

Auch Bücher gibt es nur eines: Das einzige bisher veröffentlichte Buch, welches explizit von der Lotusgeburt handelt, stammt von der australischen Hebamme Shivam Rachana (2000) und ist seit kurzem³ in Australien in zweiter Auflage erhältlich. Die erste Auflage in deutscher

³ Stand: 26.8.2012

Sprache ist seit dem Beginn meiner Recherche im Frühjahr 2011 vergriffen – sie ist weder zu bestellen, noch zu entleihen.

Es gibt jedoch eine (kleine) Auswahl von Artikeln (teilweise in Printmedien, teilweise ausschließlich als Online-Ausgaben auf diversen Internetseiten), welche sich mit der Lotusgeburt beschäftigen – besonders aufgrund ihrer Qualifizierung, ihres Engagements und/ oder ihrer Aktualität hervorzuheben sind AutorInnen wie die australische Ärztin Sarah Buckley (2005, 2009), die australische Hebamme Shivam Rachana (2000, URL 1), die balinesische Hebamme Robin Lim (2001), die amerikanische Autorin Jeannine Parvati Baker (1974) so wie Mary Ceallaigh, welche eine Website⁴ über Lotusgeburt (inklusive Artikelsammlung) betreibt und selbst auch einige Online-Artikel verfasst hat.

2. METHODISCHES VORGEHEN UND DATENLAGE

2.1. Qualitative Forschungsmethoden

Im Rahmen einer kultur- und sozialwissenschaftlichen Forschung greifen die meisten ForscherInnen auf die qualitativen Forschungsmethoden zurück, da diese zumeist mit sozial- und geisteswissenschaftlichen Fachbereichen assoziiert werden und häufig einen tieferen Einblick in den Forschungsgegenstand ermöglichen als quantitative Erhebungen. Qualitative Methoden erlauben es weiters, in die Wirklichkeitskonstruktion der Beforschten einen Einblick zu erhalten, wie Flick/von Kardoff (2010:14) es beschreiben:

„Qualitative Forschung hat den Anspruch, Lebenswelten >von innen heraus< aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben. Damit will sie zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit(en) beitragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen.“

⁴ Siehe URL 2.

2.2. Qualitatives Interview

Qualitative Interviews beruhen auf beidseitiger Gesprächsbereitschaft, Offenheit und Verständigung zwischen den beteiligten Personen. Nicht-standardisierte Interviews sind immer, jedes Mal von neuem, eine eigene Erfahrung, welche immer geprägt ist durch die Konstellation und die Beziehung der Beteiligten. Auch der Kontext der Begegnung ist wichtig. Ein qualitatives Interview sollte Gesprächscharakter haben, auch wenn es nicht wirklich ein gleichberechtigter Dialog ist, sondern eine Person von der anderen möglichst viel erfahren möchte. Man unterscheidet bei qualitativen Interviews unstrukturierte und halbstrukturierte, wobei ich mich für die Form des halbstrukturierten Leitfadeninterviews entschieden habe, worauf ich folgend näher eingehen möchte (vgl. Schlehe 2003:71ff).

Leitfadeninterview

Das Leitfadeninterview ist, wie soeben erwähnt, eine Form des halbstrukturierten Interviews. Dies empfahl sich besonders deshalb, weil mit den meisten InterviewpartnerInnen aus zeitlichen Gründen nur eine einmalige Gelegenheit für ein Gespräch gegeben war und ich deshalb mit dem Leitfaden sicherstellen wollte, dass alle mir wichtigen Aspekte angesprochen wurden.

Für die einzelnen Befragten-Gruppen – ÄrztInnen, Hebammen und Mütter/Schwangere – erstellte ich jeweils einen eigenen Leitfaden, wobei sich ein, zwei Fragen unterschieden und der Rest im Wesentlichen gleich blieb. Wichtig ist laut Schlehe (2003:78f) ein flexibler Umgang mit dem Leitfaden, das heißt, ich habe auch zusätzliche, vorher nicht eingeplante Fragen gestellt, wenn es sich im Gesprächsverlauf ergab.

Die Kontaktaufnahme zu möglichen InterviewpartnerInnen erfolgte in den meisten Fällen per E-Mail, in welchen ich den Leitfaden auch zumeist mitsandte, um den potenziellen InterviewpartnerInnen die Möglichkeit zu geben, sich einen Überblick über mein Erkenntnisinteresse zu verschaffen. Zu einigen InterviewpartnerInnen wurde der Weg der Kontaktherstellung von meinem Vater, welcher Chefarzt der Gynäkologie ist, geebnet und ich bekam über ihn einige Telefonnummern und E-Mail-Adressen.

In Bezug auf die Lotusgeburten führte ich ein längeres Expertinnen-Interview mit einer Hebamme aus Deutschland, welche seit vielen Jahren ausschließlich Lotusgeburten betreut. Hinsichtlich der Themen Schwangerschaft, Bedeutung der Plazenta in Österreich, Autonomie der Frau bei Geburt und Schwangerschaft so wie möglichen Funktionen des Kindsvaters bei der (Lotus-)Geburt führte ich vier Leitfadeninterviews mit ExpertInnen – zwei Gynäkologen (A1⁵, A2) und zwei Hebammen (H2, H3) –, führte ein weiteres Leitfadeninterview mit einer zu ihrem zweiten Kind schwangeren Studentin (S1), befragte fünf Mütter und Schwangere (S2, M1, M2, M3, M4) per E-Interview und führte informelle Gespräche mit zwei GynäkologInnen (A3, A4), einer Medizinstudentin (A5), einer Hebamme (H1) so wie einer Mutter (M1).

Persönliche Interviews

Ich habe meinen InterviewpartnerInnen den Modus des Interviews offen gelassen – jede/r konnte selbst entscheiden, in welcher Form er/sie das Interview durchführen möchte.

Drei Personen, eine Hebamme (H1), eine zu ihrem zweiten Kind schwangere Studentin (S1)⁶ so wie der Chefarzt der Gynäkologie eines niederösterreichischen Landeskrankenhauses (A1), wählten das persönliche Interview, für welches ich mich mit der jeweiligen Person an einem geeigneten Ort getroffen habe. Ausgerüstet war ich mit einem Laptop, um das Gespräch, nach erfolgter Erlaubnis des/r InterviewpartnerIn, aufzunehmen und einem Schreibblock, um mir während des Interviews Notizen machen zu können.

Telefonische Interviews

Drei InterviewpartnerInnen (A2, H2, H3), allesamt nicht in Wien wohnhaft, entschieden sich für ein telefonisches Interview, welches ich entweder über das Handy oder über den kostenlosen Internet-Telefon-Service „Skype“ durchführte. Auch hier nahm ich das Gespräch mit meinem Laptop auf, indem ich bei dem Handy bzw. am Laptop (Skype) die Freisprech-Funktion bzw. den Lautsprecher einschaltete.

⁵ Für meine InterviewpartnerInnen erstellte ich der Übersichtlichkeit halber ein Kürzel-System: „A“ steht für ÄrztInnen, „H“ für Hebammen, „S“ für Schwangere und „M“ für Mütter.

⁶ S1 fertigte einige Monate nach unserem Gespräch zusätzlich einen zweiseitigen Geburtsbericht über die Geburt ihres zweiten Kindes für mich an.

Interviews per E-Mail

Einige der InterviewpartnerInnen entschieden sich dafür, mir die Fragen des Leitfadens per E-Mail schriftlich zu beantworten. Hierfür entschieden sich vier Mütter und eine Schwangere (S2, M1, M2, M3, M4). Dies lag zum Teil daran, dass sie in einem anderen Bundesland wohnten oder aber dass ihre zeitlichen Kapazitäten es nicht anders zuließen – sie konnten den Leitfaden zu mehreren, kürzeren Zeitpunkten beantworten, anstatt für ein bis zwei Stunden durchgehend für ein Interview Zeit aufzubringen. Der Kontakt erfolgte über eine mir bekannte Mutter (M1), welche meine Anfrage über ein Mütter-Forum an andere Frauen weiterleitete. Das E-Interview, wie es in der wissenschaftlichen Forschung genannt wird, hat zwar noch keine offizielle Aufnahme in den Methodenkanon der Ethnologie gefunden, bietet sich aber laut Schlehe (2008:81) speziell für InterviewpartnerInnen an, welche im Ausland bzw. zu weit entfernt für ein persönliches Treffen wohnhaft sind so wie für Personen, welche den Zeitpunkt der Beantwortung der Fragen gerne selbst wählen wollen bzw. eine partielle Beantwortung aus zeitlichen Gründen durchführen möchten. Natürlich ist beim E-Interview (wie auch beim telefonischen Interview) die Kommunikation reduziert, da der Aspekt der nonverbalen Kommunikation verborgen bleibt. Jene InterviewpartnerInnen, welche sich für das E-Interview entschieden, gaben mir jedoch allesamt die Möglichkeit des Nachfragens und eines weiteren Kontakts, was ich bei drei (M1, M2, S2) der fünf Personen in Anspruch nahm.

Informelle Gespräche

Unter einem informellen Gespräch versteht man nach Schlehe (2003:77) in der wissenschaftlichen Forschung ein Interview, welches nicht als solches von den Gesprächspartnern verstanden wird, und demnach auch in den seltensten Fällen aufgenommen wird bzw. einem Leitfaden oder dergleichen folgt. Auch Gespräche, welche unerwartet und spontan entstehen, gelten als informellen Gespräche. Die aus solchen Gesprächen gewonnenen Daten werden im Nachhinein in Form eines Gedächtnisprotokolls verschriftet. Insgesamt führte ich mit sechs verschiedenen Personen (A1, A3, A4, A5, H4, M1) informelle Gespräche, mit drei davon auch mehrere Male (A1, A5, M1). Diese Gespräche ergaben sich zumeist in privatem Kreis bei spontanen, unerwarteten Gelegenheiten. Weitere kürzere, nicht protokollierte Gespräche fanden bei meinen Kontaktaufnahmen und Anfragen bezüglich möglicher InterviewpartnerInnen in Krankenhäusern, Internetforen und Eltern-Kind-Zentren statt – hier erhielt ich immer wieder nützliche Hinweise zu möglichen InterviewpartnerInnen, Internetseiten, Büchern etc.

Transkription von qualitativen Interviews

Transkripte sind vor allem deshalb wichtig, um Informationen und Daten dauerhaft in Form von Texten verfügbar zu machen (vgl. Kowal/O'Connell, 2010:438). Ich fertigte zu meinen Interviews Transkriptionen an, welche hauptsächlich deskriptiv⁷, nur bei sprachlichen Fülllauten transkriptiv⁸ waren. Für meine Transkriptionen habe ich mich für die Standardorthographie entschieden, aufgrund der daraus resultierenden besseren Lesbarkeit. Standardorthographie bedeutet, dass Dialekte, Akzente, Elisionen und/oder Assimilationen ignoriert werden und alles in die hochdeutsche Standardsprache verschrifftet wird (vgl. Kowal/ O'Connell, 2010:441).

Analyse von qualitativen Interviews

Für die Analyse meiner Transkripte habe ich mich für eine Methode entschieden, welche Christiane Schmidt (2010:448) vorstellt und welche fünf Arbeitsschritte umfasst: Erstens, es werden Kategorien für die Auswertung erstellt; zweitens, diese Kategorien werden zu einem Auswertungsleitfaden zusammengestellt, erprobt und überarbeitet; drittens, alle Interviews werden codiert; viertens, es werden Fallübersichten auf Basis der Verschlüsselungen erstellt und fünftens, diese Fallübersichten bilden die Grundlage zur Auswahl einzelner Fälle für vertiefende Einzelfallanalysen. Ich habe zunächst fünf geeignete Kategorien in Hinblick auf meine Fragestellungen und dann einen Leitfaden erstellt, bei welcher ich jeder Kategorie eine bestimmte Farbe zuteilte. Mit eben diesen Farben bin ich durch jedes Interview gegangen, und habe mit den Farben die Aussagen meiner InterviewpartnerInnen codiert. Abschließend habe ich die jeweils in die selbe Kategorie gehörigen Aussagen zusammengefasst und eine Übersicht erstellt, aus welcher sich dann vertiefende Analysen ziehen ließen.

Die InterviewpartnerInnen

Alle meine InterviewpartnerInnen werden auf eigenen Wunsch anonym zitiert, von der Hebamme Hanna Ojus (H3) habe ich das Einverständnis, sie mit Namen zu nennen.

Neben den Kürzeln „A“, „H“, „S“ und „M“ für die Personen der jeweiligen Gruppen von GesprächspartnerInnen wende ich eine simple aufsteigende Nummerierung zur weiteren Gliederung an. Folgend möchte ich meine InterviewpartnerInnen kurz vorstellen⁹:

⁷ Vorgänge wie z.B. Einatmen waren durch eine Angabe in Klammern gekennzeichnet.

⁸ Z.B. „ähm“ oder „mhm“.

⁹ Im Anhang findet sich ein Interview-Verzeichnis mit Datums-, Zeit- und Dauerangaben.

A1: Chefarzt der Gynäkologie in einem niederösterreichischen Landeskrankenhaus. A1 ist 56 Jahre alt, Vater von zwei Töchtern und lebt in Niederösterreich. Er führt außerdem eine eigene Ordination in seinem Heimatort.

A2: Gynäkologe mit Schwerpunkt auf Uro-Gynäkologie und Pränataldiagnostik in einem niederösterreichischen Landeskrankenhaus. A2 ist 39 Jahre alt.

A3: Gynäkologin in einer Privatklinik in Wien. A3 ist 53 Jahre alt, Mutter eines Sohnes im Kleinkindalter und lebt in Wien.

A4: Gynäkologe im AKH Wien. A4 ist zwischen 50 und 55 Jahren alt, Vater von zwei Kindern und lebt im Burgenland. Er führt in Wien eine eigene Ordination.

A5: Medizinstudentin der Charité Berlin mit einem abgeschlossenen Bachelor-Studium in Biologie. Sie machte im März 2012 ein Praktikum auf der Geburtenstation in einer Privatklinik in Wien und ist 23 Jahre alt. A5 hat noch keine Kinder.

H1: Hebamme in einem Krankenhaus in Niederösterreich. Sie ist zwischen 35 und 40 Jahren alt, lebt in Niederösterreich und ist Mutter von zwei Kindern.

H2: Hebamme in einem Krankenhaus in Niederösterreich. H2 ist 51 alt und lebt in Niederösterreich.

H3: Hanna Ojus, seit 16 Jahren Hebamme und seit 6-7 Jahren Schwerpunkt auf Haus- und Lotusgeburten. Das Alter von Frau Ojus ist mir unbekannt, sie lebt und arbeitet in Deutschland.

H4: Hebamme in einer Privatklinik in Wien. Sie ist zwischen 35 und 40 Jahre alt und lebt in Wien.

S1: Studentin der Kultur- und Sozialanthropologie so wie Mutter von zwei Kindern. Zum Zeitpunkt unseres Interviews war sie mit ihrem zweiten Kind schwanger. Sie ist zwischen 25 und 30 Jahre alt.

S2: Schwangere (2. Kind) und Mutter eines Kindes. Sie ist 27 Jahre alt und hat ein abgeschlossenes Bachelor-Studium.

M1: 23-jährige Mutter eines 2-jährigen Sohnes. M1 steht kurz vor ihrem Bachelor-Abschluss der Philosophie an der Universität Wien.

M2: 24-jährige Mutter eines 2-jährigen Sohnes. M2 studiert an der Universität Wien Theater-, Film- und Medienwissenschaft. Sie lebt in Wien.

M3: Mutter von zwei Kindern und Studentin. Sie ist 31 Jahre alt, der Wohnort ist mir unbekannt.

M4: Mutter eines Sohnes und diplomierte Sozialpädagogin in Ausbildung. Sie ist 24 Jahre alt und lebt in Vorarlberg.

2.3. Literaturrecherche

Im Rahmen meiner Diplomarbeit zum Thema Lotusgeburten war ich in hohem Maße auf Literaturrecherche angewiesen, da ich – bis auf die Hebamme Hanna Ojus – keine InterviewpartnerInnen fand, welche Erfahrung mit der Lotusgeburten hatten. Buchquellen direkt zur Lotusgeburten gibt es nur eine einzige, nämlich das Buch „Lotus Birth“ von der australischen Hebamme Shivam Rachana (2000), dessen erste Auflage leider nicht mehr erhältlich ist¹⁰. Ich habe auch die Autorin Shivam Rachana direkt per E-Mail kontaktiert, doch sie verwies ebenfalls nur darauf, dass in einiger Zeit eine neue Auflage verfügbar sein würde. Immerhin fand ich bei meinen Recherchen im Internet einige brauchbare, gut belegte Online- und Print-Artikel, so wie einige Informationsseiten und Foren, welche sich mit der Lotusgeburten beschäftigen. Zu den Themen Plazenta¹¹, Schwangerschaft/Geburt¹², Ritual¹³, Magie¹⁴ und Selbstbestimmtheit¹⁵ der Frau gibt es hinreichend Literatur, auch aus der Kulturanthropologie und Sozialanthropologie.

Ich möchte mich nun jenem Forschungsfeld zuwenden, zu welchem ich mit dieser Arbeit einen Beitrag liefern möchte.

¹⁰ Die zweite Auflage ist vor kurzem in Australien erschienen und zum jetzigen Zeitpunkt (27.8.2012) nur dort erhältlich.

¹¹ u.a. Enning (2003), Schad (2008 [2005])

¹² u.a. Davis-Floyd/Sargent (1997), Kuntner (1991 [1985]), Leboyer (2009 [1974]), MacCormack (1982), Schieffehövel (1995 [1983]), Wolf/Hörbst (2003)

¹³ u.a. Douglas (1998 [1970]), Eigner (2001), Turner (2005 [1969]), van Gennep (2005 [1909])

¹⁴ u.a. Frazer (1994 [1989]), Mauss (1999 [1989])

¹⁵ u.a. Cussins (1996), Davis-Floyd/Sargent (1997), Greil (2002), Waldschmidt (2012 [1999])

3. ANTHROPOLOGY OF BIRTH

In den letzten Jahrzehnten hat sich ausgehend von den USA ein Teilgebiet der Kultur- und Sozialanthropologie entwickelt, welche sich als „Anthropologie der Geburt“ formiert hat. Sie beschäftigt sich vor allem mit den verschiedenen Arten und Weisen, mit denen der Prozess der Geburt kulturell geformt und gesellschaftlich organisiert wird. Ich möchte an dieser Stelle (ohne Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben) einen kurzen Überblick über den Beitrag der Kultur- und Sozialanthropologie zu diesem Forschungsfeld so wie über die verschiedenen Strömungen innerhalb eben dieses geben. Weltweit betrachtet gibt es eine große Vielfalt an Geburtsmethoden. Obgleich sich aufgrund dieser Vielfalt kulturvergleichende Studien anbieten würden, gab es bisher nicht sehr viele vergleichende Studien zu diesem Thema. Hadolt (1992:18ff) strukturierte die Geschichte der ethnologischen Geburtsforschung in drei Phasen: eine erste Phase, welche etwa von 1900 bis Anfang der 1970er Jahre dauerte; eine zweite, welche Anfang der 1970er Jahre begann und etwa eine Dekade dauerte; und eine dritte, welche seit den 1980er Jahren bis heute anhält.

Aus der ersten Phase resultierten nicht viele ethnologische Beiträge zum Geburtskomplex, vor allem hinsichtlich der weiblichen Geschlechtsreife, Menstruation und Klimakterium ist kaum Literatur vorhanden. Dies liege nach Jordan (1995:25) vor allem daran, dass es in dieser frühen Phase hauptsächlich männliche Anthropologen im Forschungsfeld gab, welche oftmals kein Interesse an diesen Themen oder auch keinen Zugang zu „weiblichen“¹⁶ Bereichen wie Geburt und Schwangerschaft gehabt hätten. In vielen Kulturen sind zur Geburt nur Frauen zugelassen, was die Erhebung von Daten für männliche Forscher kaum möglich bis unmöglich machte. Allerdings muss hier laut Jordan (1995:25) angemerkt werden, dass auch die wenigen weiblichen Ethnografinnen der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts nicht sehr viel Interesse an diesen „weiblichen“ Themenbereichen zeigten. Hadolt (1992:19f) erklärt dies dadurch, dass die Ethnologie in dieser Zeit eine „männliche“ war und weibliche Ethnologinnen ebenfalls vorwiegend „männliche“ Themen erforschten, um sich in der kultur- und sozialanthropologischen Disziplin zu behaupten.

Einen relativ frühen Beitrag stellt van Genneps Buch „Les Rites de Passage“ aus dem Jahr 1909 dar, bis heute ein Klassiker der Ethnologie und vielfach neu aufgelegt. Um Übergänge von einem Lebensabschnitt zu einem anderen besser bewältigen zu können, würden nach van

¹⁶ Mit „männlich“ und „weiblich“ meine ich hier nicht die biologische Kategorie, sondern die soziale.

Gennep Rituale durchgeführt – Geburt stellt einen solchen Übergang dar (vgl. van Gennep 2005:20f). Obwohl van Gennep damit einer eingehenden Erforschung von Geburt als Übergangsritual den Weg geebnet hat, sollte es bis in die 1970er Jahre dauern, bis EthnologInnen sich empirisch der Erforschung dieses Themas annäherten (vgl. Hadolt 1992:20).

Einige wenige andere EthnologInnen trugen in dieser frühen Phase ebenfalls zum Forschungsfeld der Geburt bei: Malinowski (1929), Montagu (1949), Ford (1945) so wie Mead/Newton (1967). Letztere führten eine kulturvergleichende Studie mittels der HRAF¹⁷ („Human Relation Area Files“) zur Thematik Geburt durch und wiesen nach Jordan (1997:55) auf die verschiedenen Systematiken und Gemeinsamkeiten von unterschiedlichen Geburtspraktiken indigener Völker hin. Mead und Newton wollten damit mögliche Richtungen des Forschungsgebiets Geburt aufzeigen.

In den 1970er Jahren, der zweiten Phase, stieg das Interesse an „weiblichen“ Themen deutlich merkbar an. Dies hat nach Hadolt (1992:24ff) zum einen damit zu tun, dass sich aus dem Hintergrund der Frauenbewegung der 1960er Jahre heraus EthnologInnen vermehrt darum bemühten, „weibliche“ Bereiche (wie Geburt) zu erforschen – die „Anthropology of Women“ formierte sich. Zum anderen entstand, ausgehend von den USA und Großbritannien, eine gesellschaftspolitische Diskussion rund um das Thema Geburt: Die „westliche“ Krankenhausgeburt (und in Zusammenhang damit die horizontale Geburtshaltung, die hohe Zahl an Dammschnitten etc.) rückte zunehmend in den Fokus der Kritik der Frauenbewegung. Auch internationale Planungskommissionen für Gesundheitsfürsorge wie die WHO entwickelten bald Interesse für traditionelle Geburtspraktiken, durch welche immerhin 60-80% der Babies weltweit das Licht der Welt erblicken (vgl. WHO 1979). Einerseits wollte man durch die erlangten Forschungsergebnisse in diesem Bereich die Sterblichkeitsrate der Mütter und Kinder verringern und andererseits die Arbeit der Hebammen aufwerten (vgl. Jordan 1995:25). In den 1980er-Jahren hatte Deutschland¹⁸ die zweithöchste

¹⁷ HRAF steht für Human Relation Area Files, eine 1949 von George P. Murdock gegründete Datenbank mit systematisch geordnetem ethnografischen Material aus rund 400 Kulturen weltweit (vgl. Halbmayer/Salat: <http://www.univie.ac.at/ksa/elearning/cp/qualitative/qualitative-61.html>).

¹⁸ Mit einer Rate von ca. 10-15 innerhalb des ersten Lebensjahres verstorbenen Säuglingen von 1000 Lebendgeborenen (vgl. Grafik des „Deutschen Ärzteblattes“: <http://www.aerzteblatt.de/callback/image.asp?id=20316>).

Säuglingssterblichkeitsrate in Europa und auch die USA¹⁹ nahmen keinen guten Platz in der Statistik ein. Dies gab zu denken – immerhin waren beide Länder Industriestaaten mit hochentwickelter Geburtstechnologie. Einerseits führte dies dazu, dass noch stärker an der Entwicklung der Geburtstechnologie gearbeitet wurde und andererseits formierte sich eine immer größer werdende Gruppe von Frauen, welche einen Abbau der medizinischen Technologie (weniger Interventionen, weniger Kaiserschnitte, weniger Medikamente etc.) wünschte. Die Alternative der „natürlichen“ Geburt wurde populär: Hausgeburten, „Geburt ohne Gewalt“ (Leboyer 2009 [1974]), Rooming-In²⁰ und andere Alternativen zur medizinisch technologisierten Krankenhausgeburt (vgl. Jordan 1995:26). Aus anthropologischer Perspektive ist jedoch Geburt nirgendwo nur „natürlich“. Geburt wird an keinem (der Anthropologie bekannten) Ort als ausschließlich physiologische Angelegenheit betrachtet. Geburt wird vielmehr durch formale Instruktionen gelernt und hängt immer komplex mit der sozialen Ordnung zusammen (vgl. Ford 1964).

Überall auf der Welt vollzieht sich Geburt nach bestimmten, vorher festgelegten Regeln²¹. Diese Regeln stimmen mit der jeweiligen Weltsicht der Menschen überein – von der Geschichte, der Ökologie, den sozialen Beziehungen, über die technologische Entwicklung, den Vorstellungen über das Übernatürliche bis hin zu den Rollenbildern von Männern und Frauen (vgl. Jordan 1995:26f).

Ethnologische Forschungsarbeiten, welche von engem Kontakt zwischen Mutter und Neugeborenem, langem Stillen, aufrechter Gebärposition etc. berichteten, gewannen an Bedeutung. Beispiele für solche Beiträge sind Newtons (1972, 1973, 1977 [1955]) eigene Werke zur Sexualität der Geburt und des Stillens, so wie zum Wechselspiel zwischen der „westlichen“ Kultur und der weiblichen Physiologie; Newman (1965, 1976, 1980, 1981), welche eine Reihe von Artikeln zu verschiedenen Fortpflanzungs-Thematiken (darunter Abtreibung, Geburt, Auswirkungen des ersten Kindes etc.) verfasste, so wie McClain (1975), welche die Wahrnehmung und das Verhalten bezüglich Schwangerschaft und Geburt in Mexico untersuchte. Ebenfalls in der Dekade von Anfang der 1970er Jahre bis Anfang der

¹⁹ Hier lag die Rate von 1980 bis 1985 bei durchschnittlich 12 verstorbenen Säuglingen von 1000 Lebendgeburten (vgl. UN-Liste der Infant Mortality Rate: <http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/mortality.htm>)

²⁰ Rooming-In meint, dass Eltern und Neugeborenes im Krankenhaus im selben Zimmer untergebracht werden.

²¹ Einige Beispiele illustriere ich an späterer Stelle noch im Kapitel „3.1. Gebären – ein paar Beispiele“.

1980er Jahre aufgekommen sind u.a. die Arbeiten und Publikationen von Leboyer (2009 [1974]), Kitzinger (1978, 1980) und Odent (1978).

Sheila Kitzingers Buch „Women as Mothers: How They See Themselves in Different Cultures“ (1978) brachte die kulturelle Vielfalt des Geburtsvorgangs in das populäre Bewusstsein und gab der „natürlichen“ Geburt einen neuen Aufschwung – viele Frauen in Europa und den USA, darunter auch einige AnthropologInnen, schlossen sich dieser Bewegung an und begannen, einen kritischen Blick auf „westliche“, hochtechnologisierte Geburtstechniken zu werfen.

Ebenfalls 1978 publizierte Brigitte Jordan (1993[1978]) ein Buch namens „Birth in Four Cultures“²² und half damit, die Aufmerksamkeit der Ethnologie noch stärker auf die Thematik der Geburt zu lenken. In Würdigung ihrer wegweisenden Studie wurde Jordan auch „Hebamme der Anthropologie der Geburt“ genannt (vgl. Davis-Floyd/Sargent 1997:1ff).

Schließlich wurden gegen Ende der zweiten Phase einige Sammelbände publiziert, welche verschiedene ethnologische Forschungsarbeiten zusammen fassten: Wichtig zu nennen sind hier MacCormack (1982), Artschwager-Kay (1982) so wie Schiefenhövel (1983).

Ab den 1980er-Jahren, der dritten Phase, begann sich laut Hadolt (1992:39) die Kritik an der Krankenhausgeburt zunehmend in eine Kritik an der Anwendung von „westlichen“, schulmedizinischen Konzepten auf indigene Gesellschaften zu wandeln. Der interkulturelle Vergleich verlor an Bedeutung, statt dessen wurden detaillierte Fallanalysen bevorzugt.

AnthropologInnen wie Shelly Romalis (1981), Robbie Davis-Floyd (1983, 1987a, 1987b), Pamela Eakins (1986), Emily Martin (1987), Robert Hahn (1987), Laura O'Banion (1987) und Karen Michaelson (1988) waren sich darüber einig, dass die Sichtweise der „westlichen“ (und vor allem der amerikanischen) Schulmedizin hinsichtlich Schwangerschaft und Geburt ethnozentristisch sei – es sei ein System, welches die PatientInnen objektiviere und den Körper mechanisiere; es erschaffe Hierarchien zwischen ÄrztInnen und PatientInnen (vgl. Davis-Floyd/Sargent 1997:7f). Durch diese Erkenntnis verlagerte sich das Interesse, wie bereits erwähnt, vom Vergleich mehrerer Systeme hin zur Suche von Besonderheiten mittels Einzelfallstudien. Umfassende Feldforschungen wurden beispielsweise durchgeführt in Guatemala (Cosminsky 1977, 1982), Jamaika und Großbritannien (Kitzinger 1978a,b, 1982a), bei den Bariba in Benin (Sargent 1982, 1989, 1990), in Ägypten (Morsy 1982), Sierra Leone (MacCormack 1982), Kolumbien und Mexiko (Browner 1983, 1985, 1986, 1989), Indien

²² Jordan gewann für diese Publikation 1980 den Margaret Mead Award (vgl. Davis-Floyd/Sargent 1997:4).

(Jeffery/Jeffery/Lyon 1984, 1989), bei den !Kung in der Kalahari (Konner/Shostak 1987), bei den Efe (Tronick/Winn/Morelli 1985) und bei den Inuit (O'Neil/Kaufert 1990) (vgl. Davis-Floyd/Sargent 1997:5).

Allgemein lässt sich aus all diesen Studien folgern, dass die geschilderten Geburtssysteme immer kulturell eingebettet in den jeweiligen Kontext sind. Wenn man nun jedoch diese Geburtssysteme ersetzt durch „westliche“, welche zu einem Großteil auf Technik basieren, ist dies laut Jordan (1993) meist nur von Nachteil für die jeweilige indigene Gruppe – oftmals sind Bedienung und Handhabung der technischen Geräte unbekannt; es ist schwierig bis unmöglich in manchen Regionen, beschädigte Geräte zu reparieren bzw. zu ersetzen; die Geräte sind oftmals zu teuer, um wirklich flächendeckend angeboten zu werden; und vor allem: Selbst in „westlichen“ Industriestaaten gibt es noch keine groß angelegten Studien, welche beweisen, dass der Prozess der Geburt tatsächlich durch den Einsatz von Technologie erleichtert oder verbessert wird.

Einzigartig in der „Anthropologie der Geburt“ ist das Werk der biologischen Anthropologin Wenda Trevathan „Human Birth: An Evolutionary Perspective“ aus dem Jahr 1987. Sie analysierte Schwangerschaft und Geburt bei Primaten, ging dann weiter zum frühen Menschen und erforschte die Ursprünge des Hebammentums. Sie ergänzt ihre Studie mit einer ethnografischen Feldforschung in einem von Hebammen geführten Geburtshaus in El Paso, in welchem die meisten schwangeren Frauen mit nur einer Hebamme und nahezu ohne technologische Interventionen gebären. Die Studie von Trevathan zeigt, dass Mutter und Kind von einem anhaltenden Frau-zu-Frau-Kontakt, von einer unterstützenden Umgebung und von einer vollkommen ruhigen und ungestörten Zeit nach der Geburt, in welchem Mutter und Kind ein starkes Band knüpfen können, nur Vorteile haben (vgl. Davis-Floyd 1997:9).

Seit den 1990er-Jahren gibt es in Industriestaaten wie beispielsweise Amerika eine Vielzahl an Möglichkeiten, wie man die Geburt erleben und durchführen kann. Die vielen Auswahlmöglichkeiten mögen auf den ersten Blick beeindruckend wirken, doch haben wir wirklich die „freie“ Wahl? Laut Davis-Floyd/Sargent (1997:11) zeigten nicht wenige anthropologische Studien, dass soziale Herkunft, Religion etc. die Entscheidungsfreiheit oftmals drastisch limitieren und einschränken. Eine weitere Frage ist: Haben wir denn auch die Möglichkeit, keine der angebotenen Optionen zu wählen? In einem Land wie den USA, in welchem nahezu alle Möglichkeiten für die Gestaltung des Geburtsvorgangs gegeben sind, bringen trotzdem 98% der amerikanischen Frauen ihr Baby in Krankenhäusern auf die Welt – und von diesen

erhalten wiederum 80% eine Epiduralanästhesie²³. Selbständig tätige Hebammen so wie Hausgeburten machen weniger als 2% aus²⁴. Diese medizinische Vorherrschaft würde laut Davis-Floyd/Sargent (1997:11) mehrere Dinge bedeuten: Das patriarchale kapitalistische System sei ungebrochen stark und Frauen trügen indirekt zu dessen Erhaltung bei. Weiters hätte sich das amerikanische Medizinsystem in ein „megabusiness“ verwandelt, die amerikanische Gesellschaft würde die Natur fürchten und verlasse sich lieber auf die Technologie.

Ein weiterer wichtiger Aspekt, unter welchem die Kultur- und Sozialanthropologie sich laut Davis-Floyd/Sargent (1997:12f) dem Thema Geburt nähern und widmen sollte, ist der Umstand, dass zwar weltweit viele indigene Geburtssysteme von modernen technologisierten Formen der Geburt ersetzt, bekämpft oder verdrängt werden, es jedoch auch innerhalb der technologisierten Medizin genügend zu erforschen und zu analysieren gibt – nicht ohne Grund gibt es zahlreiche Krankenschwestern-/pfleger, Hebammen, holistisch denkende ÄrztInnen und auch PatientInnen, welche das eigene System kritisieren und in Frage stellen (vgl. Davis-Floyd/Sargent 1997:12f).

3.1. Gebären – ein paar Beispiele

Seit den 1970er Jahren wurden einige detaillierte anthropologische Fallstudien zum Themenkomplex Geburt durchgeführt. Exemplarisch möchte ich vier davon näher ausführen, um einerseits meine vorherigen Ausführungen zur „Anthropology of Birth“ um anschauliche Fallbeispiele zu ergänzen und andererseits einen Eindruck davon zu vermitteln, wie unterschiedlich der Prozess der Geburt hinsichtlich des Ablaufs, der beteiligten Personen, der Stellung der Frau und des Mannes, der unterschiedlichen Wissenssysteme und der Bedeutung der Plazenta sein kann. Weiters wird anhand des Beispiels der Maori in Neuseeland aufgezeigt, welche Probleme die Einführung „westlicher“ Geburtspraktiken in eine indigene Kultur mit sich bringen kann.

Anhand dieser Beispiele möchte ich außerdem bereits einen Ausblick auf weitere für mein Forschungsthema relevante Aspekte geben, wie etwa die Ritualisierung von Geburt und

²³ Auch Periduralanästhesie (kurz PDA) genannt, welche eine nahezu völlig schmerzfreie Geburt ermöglicht.

²⁴ Diese Daten beziehen sich auf das Jahr 1997 (vgl. Davis-Floyd/Sargent 1997:11).

postnataler Phase; der Glaube an Magie²⁵ und Hexerei und damit zusammenhängend bestimmte Regeln und Gebote während und nach der Schwangerschaft; die Funktion des Kindsvaters bei der Geburt so wie das autoritative Wissen und dessen TrägerInnen bei Geburt und Schwangerschaft.

Hausgeburt in Yucatan

1991, 1992 und im Sommer 1994 führten Carolyn Sargent und Grace Bascope (1997:186ff) im Dorf Yaxuna in Yucatan, Mexiko, eine Forschung über medizinische Praktiken und Glaubensvorstellungen durch. Es wurden 84 Frauen des Dorfes, welche in gebärfähigem Alter waren, interviewt. 24 dieser Frauen hatten die Pubertät bereits hinter sich, waren aber noch unverheiratet. Die 60 anderen Frauen waren verheiratet und alle bis auf sechs hatten bereits Kinder.

Yaxuna ist ein Dorf mit Subsistenzwirtschaft in Mexiko. Die einzelnen Haushalte sind eng miteinander verbunden und Frauen und Männer haben eine klare Arbeitsteilung. Verheiratete Frauen genießen Autorität über den Haushalt und haben zum Teil auch unabhängiges Einkommen durch Schneidern oder gemeinschaftliche Gartenarbeit. Töchter bleiben im Haus, bis sie verheiratet sind – danach gehen sie in den Haushalt des Ehemannes.

Die Frauen, welche schon Kinder hatten, wurden hinsichtlich der Geburtspraktiken und Geburtskonzepte befragt. In Yaxuna gab es zum Zeitpunkt der empirischen Forschungsaufenthalte von Sargent und Bascope keine ÄrztInnen und keine Krankenschwestern, obwohl die Gemeinschaft um eine/n dauerhafte/n Arzt/Ärztin gebeten hatte. Es wurde sogar ein Krankenhaus gebaut, in der Hoffnung, es würden sich vielleicht dann ÄrztInnen niederlassen. Dieser Versuch blieb jedoch erfolglos und so waren meist lokale Hebammen die einzigen GeburtshelferInnen. Die nächste biomedizinische Einrichtung, in welcher Geburtshilfe geleistet wurde, war fünf Kilometer vom Dorf entfernt, in Kancabzonot. Schwangere Frauen aus Yaxuna gingen aufgrund der Distanz nur dort hin, wenn ein Notfall auftrat. Wenn die Schwangerschaft und der Geburtsvorgang unproblematisch verliefen, gebaren die Frauen zu Hause. Eine der bekanntesten Hebammen des Dorfes, Dona Lila, lernte ihr Handwerk bei ihrem Schwiegervater, welcher ein angesehener Schamane war. Dona Lila's Familie entsprangen viele der angesehenen Dorfältesten und ihr Status war im Dorfgefüge

²⁵ Siehe dazu auch Kap. 4.2.

sehr hoch. Ihre Geburtshilfe-Praktiken galten als Standard und sie genoss eine hohe Autorität – die Frauen vertrauten völlig auf ihr Urteil und ihr Können. Sie besaß das autoritative²⁶ Wissen in dieser Situation und in diesem Kontext (vgl. Sargent/Bascope 1997:186ff).

Um den üblichen Geburtsvorgang in Yaxuna zu illustrieren, möchte ich hier ein Fallbeispiel schildern. Die Gebärende, Dona Susi, brachte ihr sechstes Kind zur Welt. Ihre Hebamme war Dona Lila. Bei der Geburt waren Dona Susi, ihr Ehemann, ihre Schwiegermutter und Dona Lila anwesend. Dona Susi hatte zuvor noch niemals Komplikationen bei einer der fünf vorherigen Schwangerschaften und Geburten erlebt und alle Kinder kamen gesund zur Welt. Bei dieser Geburt lag Dona Susi von den frühen Morgenstunden bis zum frühen Nachmittag in den Wehen. Die Hebamme wurde gegen zwei Uhr Mittags gerufen und zwei Stunden später war das Kind geboren. In diesen zwei Stunden (außer während einer Wehe) gab keiner der anwesenden Erwachsenen der Gebärenden Anweisungen, vielmehr besprachen sie mit ihr Haushalts-Angelegenheiten und Dorfereignisse. Lediglich direkt vor einer Wehe nahm die Gebärende eine bestimmte Haltung ein, welche Dona Lila ihr empfahl. Dies war der einzige Zeitpunkt, in welchem die Hebamme konkrete Anweisungen gab. Die Schwiegermutter der Gebärenden strich dieser während der Wehen über den Kopf und auch der Ehemann unterstützte sie. Beide, Schwiegermutter und Ehemann, sprachen ihr während der Wehen gut zu und motivierten sie. Dona Lila half, während der Wehen den Geburtskanal zu dehnen und bestrich den Kopf des Babies mit Olivenöl, damit es leichter geboren werden konnte. Nachdem es auf der Welt war, wurde das Neugeborene seiner Großmutter überreicht, die Nabelschnur (nachdem die Nachgeburt geboren war) abgeklemmt und kurz darauf durchtrennt. Der Unterleib und die Stirn von Dona Susi wurden mit feuchten Lappen belegt. Sie sollte sich nun dehnen und strecken und in die Hängematte legen, um sich, eingewickelt in einige Decken, auszuruhen. Während des gesamten Geburtsvorgangs blieb Dona Susi mitbestimmend und verfügte scheinbar über ähnlich viel Wissen wie Dona Lila, was aber vor allem darauf zurückzuführen ist, dass es Dona Susis sechste Geburt war – diese „Ebenbürtigkeit“ ist keineswegs normal und beispielsweise bei Erstgebärenden nicht gegeben (vgl. Sargent/Bascope 1997:188f).

²⁶ In Kapitel 7.1. dieser Diplomarbeit gehe ich auf das autoritative Wissen, also jenes Wissen, welches in einem Kontext, einer Situation etc. vorherrschend ist und den (von den AkteurInnen subjektiv empfundenen) höchsten Grad an Legitimation genießt, hinsichtlich Schwangerschaft und Geburt gesondert ein.

Wie insgesamt aus mehreren Fallbeispielen aus Yaxuna hervorgeht, ist es dort durchaus üblich, dass Männer bei der Geburt anwesend sind (zumeist sind es der Ehemann, der Vater oder seltener auch der Schwiegervater der Gebärenden). Fast immer wird Olivenöl verwendet, um den Kopf des Babies einzölten und so die Geburt zu erleichtern. Massagen der Vagina und der Vulva werden durchgeführt, entweder von der Hebamme, der Schwiegermutter oder seltener einem der Männer. Alle anwesenden Erwachsenen sind sehr unterstützend und helfen aktiv mit. Die meisten Geburten werden in der Hängematte durchgeführt, manchmal sitzend, manchmal liegend bzw. phasenweise abwechselnd. Die Nabelschnur wird erst abgeklemmt und durchtrennt, nachdem die Plazenta geboren ist. Die Mutter wird nach der Geburt gepflegt und es wird dafür gesorgt, dass sie sich ausruhen kann. Hin und wieder werden auch Oxytocin-Injektionen²⁷ gemacht, um die Geburt zu erleichtern.

In Yaxuna liegt das autoritative Wissen nicht zwangsläufig bei der Hebamme, sondern wird aufgeteilt auf all jene erwachsenen Frauen, welche bereits Erfahrungen mit Geburt gemacht haben. Nur Erstgebärende sind ausgenommen – ihnen wird keinerlei relevantes Wissen zugetraut. Wichtig ist auch zu sagen, dass für den Respekt und die Anerkennung, die Dona Lila als Expertin genoss, nicht ihr technisches Know-How oder gar ihre technologischen Hilfsmittel ausschlaggebend waren, sondern ausschließlich ihr gesellschaftlicher Status und ihre langjährige Erfahrung mit erfolgreichen Geburten (vgl. Sargent/Bascope 1997:190ff).

Geburt in Papua Neuguinea

Die Schweizer Ethnologin Florence Weiss (1995 [1983]) führte sowohl von 1972 bis 1974 als auch 1979 bis 1980 Forschungen bei den Iatmul in Papua Neuguinea durch. Einer ihrer Aufenthalte fand von Oktober 1972 bis April 1974 im Rahmen einer Expedition des Ethnologischen Seminars der Universität Basel unter der Leitung von Meinhard Schuster statt. Bei eben dieser Expedition nahm auch die Ethnologin Brigitte Hauser-Schäublin (1977:10) teil, welche unter den insgesamt sechs StudentInnen die Aufgabe hatte, das Leben der Iatmul-Frauen so wie ihre ökonomische, soziale und religiöse Rolle zu studieren. Aus dieser Feldforschung entstand 1977 ihr Buch „Frauen in Kararau. Zur Rolle der Frau bei den Iatmul am Mittelsepik, Papua Neu Guinea“.

²⁷ Oxytocin ist ein Hormon, welches u.a. Uterus-Kontraktionen auslöst. Oxytocin-Injektionen werden sowohl während der Geburt zur Unterstützung der Wehentätigkeit als auch nach der Geburt zur schnelleren Blutstillung und Uterus-Rückbildung eingesetzt.

Das Volk der Iatmul lebt im Nordosten Papua Neuguineas in großen Pfahldörfern, die an den Ufern des Sepik-Stroms erbaut werden. Die Iatmul leben von Subsistenzwirtschaft und ernähren sich vor allem von Fisch und Gartenprodukten, so wie vom Mehl der Sagopalme. Die verschiedenen Arbeitsbereiche sind zwischen Mann und Frau aufgeteilt – die Frau erledigt alltägliche Aufgaben, die Pflege der Kinder und die Beschaffung und Zubereitung der täglichen Nahrung; der Mann ist vor allem Handwerker, er baut Häuser, schnitzt Kanus, legt Gärten an und beteiligt sich gelegentlich am Fischfang bzw. der Jagd. Beide, Mann und Frau, sind in hohem Maß aufeinander angewiesen und stellen sich ihre Produkte und Arbeitsleistungen gegenseitig zur Verfügung. Die Gruppen der Frauen und Männer bilden dennoch jeweils in sich abgeschlossene Reziprozitäts²⁸-Systeme: Frauen helfen Frauen, Männer helfen Männern (vgl. Weiss 1995:51).

Die erste Schwangerschaft stellt bei den Iatmul sowohl für den Mann als auch für die Frau eine Besonderheit dar: Beide nehmen nach Weiss (1995:52) einen besonderen gesellschaftlichen Status ein und die Iatmul gehen davon aus, dass die Schwangerschaft besondere Kräfte verleihe, welche jedoch der Gemeinschaft durchaus auch schaden könnten. Deshalb gibt es eine Reihe von Tabus²⁹ für die werdenden Eltern, unter anderem dürfen sie in den neun Monaten der Schwangerschaft der Frau nicht fischen und die Seen nicht befahren. Damit ist die Frau auch ihrer Funktion als Ernährerin enthoben und andere Frauen (in erster Linie die Mutter, Schwiegermutter oder ihre Schwestern) versorgen sie und ihren Ehemann mit Fisch und Sagomehl. Weiters zieht eine Iatmul-Frau, welche zum ersten Mal schwanger ist, in das Haus ihrer Eltern oder zu ihrem verheirateten Bruder, wo sie dann auch ihr Kind zur Welt bringt (vgl. Hauser-Schäublin 1977:120). Erst wenn das Kind einige Monate alt ist, ziehen Frau und Kind wieder in das Haus des Mannes zurück. Bei allen weiteren Schwangerschaften darf die werdende Mutter alle Tätigkeiten verrichten (in den letzten Wochen der Schwangerschaft optional nach eigenem Ermessen).

Der Ehemann muss bei jeder Schwangerschaft besondere Vorschriften einhalten: Einige Wochen vor der Geburt vollzieht er rituelle Handlungen, beispielsweise bindet er Rotang³⁰ zu einem Knäuel zusammen. Sobald die Wehen einsetzen, löst der Mann das Knäuel, um das

²⁸ Grundmuster der Reziprozität ist die Bereitschaft zum Geben und Annehmen, welches normalerweise nach Verstreichen einer sozial definierten Zeitspanne mit Erwidern beantwortet wird. Die Reziprozität ist somit ein Ordnungsprinzip bei Tausch, Heirat, Nachbarschaftshilfe so wie bei der gegenseitigen Unterstützung in der Verwandtschaft (vgl. Hirschberg 2005:315).

²⁹ Ein Tabu (oder auch „tapu“) meint ein Meidungsgebot für Personen, Speisen oder Tätigkeiten (vgl. Hirschberg 2005:367).

³⁰ Rotang ist ein Produkt aus dem Stamm der Rattanpalme und wird für das Flechten von Körben etc. verwendet.

Gelingen der Geburt positiv zu beeinflussen³¹. Erst das gemeinsame erste Kind hebt die Scheu zwischen Mann und Frau vollständig auf. Ab nun dürfen sie zusammen essen und sich dabei auch ansehen. Das Kind wird als gemeinsames „Produkt“ verstanden: Das Menstruationsblut der Frau ist sein Fleisch und Blut, der Samen des Mannes sind seine Knochen. Ist das Kind physisch oder psychisch krank, stirbt es selbst oder die Mutter bei der Geburt, ist dies stets die Schuld des Mannes – es wird dann angenommen, er hätte sich nicht an alle Vorschriften gehalten (vgl. Weiss 1995:52).

Die Geburt selbst ist ausschließlich die Angelegenheit der erwachsenen Frauen. Die Männer sitzen während dessen im Männerhaus und warten schweigsam den Ausgang der Geburt ab. Wenn allerdings Komplikationen bei der Geburt auftreten, wird ein älterer Mann, welcher in der Zauberkunst bewandert ist, hinzugezogen, um diese Komplikationen aufzuheben und den positiven Ausgang der Geburt zu sichern. Die Iatmul-Frau gebiert bei sich zu Hause in ihrem Wohnhaus, in welchem ein Teil mit einem gespannten Tuch abgetrennt wird und so die Frau vor den Blicken der Männer und Kinder geschützt ist (vgl. Weiss 1995:52f). Dies hat nach Hauser-Schäublin (1977:121) auch den Zweck, dass das Haus in eine Frauen- und eine Männerhälfte geteilt wird; die Frau darf von einem Mann³² weder gesehen noch berührt werden. Setzen die Wehen ein, orientiert sich die Gebärende an den anderen anwesenden Frauen. Jene Frauen, welche gerade zum Fischen weg sind, oder in weiter entfernten Dorfteilen wohnen, werden mittels Trommelsignalen herbeigerufen. Nach und nach versammelt sich eine Gruppe von Frauen (zumeist sind es zwischen vier und acht Frauen), unter welchen besonders die Mutter, die Schwiegermutter und die Schwestern der Gebärenden von hoher Wichtigkeit sind (vgl. Weiss 1995:52f). Die Gebärende nimmt aktiv an allen Geschehnissen während der Geburt teil. Sie trifft gemeinsam mit den anderen Frauen die Vorbereitungen: In einer kleinen Feuerschale wird ein Feuer entfacht und eine Liane um einen Querbalken des Hausdachs gebunden. Diese endet etwa 120 Zentimeter über dem Boden. Am unteren Ende der Liane wird nun ein etwa 30 Zentimeter langer Stab befestigt, an welchem

³¹ Weiss (1995) führt dies nicht näher aus, es scheint jedoch, als wäre hier die Vorstellung geltend, die Handlung des Lösens des Knäuels könne den Geburtsvorgang positiv beeinflussen. Es scheint eine „Verbindung“ zwischen dem Knäuel und der Wehentätigkeit zu geben. Als wichtiges Element erscheint mir hier die zeitliche Abfolge: Die Wehen setzen ein und erst *danach* löst der Mann das Knäuel. Somit scheint der Einfluss nicht kausaler, aber doch unterstützender Art zu sein.

³² Auch der ältere Mann, welcher bei Komplikationen hin zu gezogen wird, darf die Gebärende weder sehen noch berühren und führt im Männerteil des Hauses ein Zauberritual (*shipekundi*) über einem Behältnis mit Wasser durch. Dieses Wasser wird der Gebärenden anschließend zum Trinken gereicht; das Wasser soll das Becken der Frau „öffnen“ (vgl. Hauser-Schäublin 1977:121).

sich die Gebärende während der Geburt festhalten und hochziehen kann (vgl. Hauser-Schäublin 1977:121). Die normale Gebärhaltung der Iatmul ist auf den Knien mit aufrechtem Oberkörper und gestreckten Armen. Hinter der Gebärenden presst sich eine der Frauen fest an den Rücken der werdenden Mutter, um diesen zu stützen. Zwischen den einzelnen Wehen wird der Bauch massiert, um das Kind in die richtige Lage (also mit dem Kopf nach unten) zu bringen. Auch steht die Gebärende zwischen den Wehen immer wieder auf, geht herum, spricht mit den Frauen oder kümmert sich sogar kurz um ihre anderen Kinder. Sobald das Baby auf der Welt ist, wird das Ausstoßen der Nachgeburt durch Massieren des Bauches unterstützt (vgl. Weiss 1995:52f). Erst danach schneidet die Mutter³³ die Nabelschnur etwa fünf bis sechs Zentimeter über dem Bauch des Kindes durch. Zumeist kommt nun eine der anderen Frauen und wäscht das Kind. Die Plazenta wird in eine Kokosnusshälfte gefüllt, dann wird die Kokosnuss mit der anderen Hälfte wieder verschlossen (vgl. Hauser-Schäublin 1977:121). Weiss (1995) berichtet davon, dass die Kokosnuss mit der Plazenta darin wiederum in eine kleine, alte Netztasche gelegt und Kindern überreicht wird, die sie vergraben. Hauser-Schäublin (1977:125) schildert jedoch eine etwas andere Handhabung: Ihr zufolge werde die Nachgeburt nur selten vergraben³⁴, sondern zumeist in eine Sagofladentasche gelegt und an einem Baum im Wald aufgehängt. Es gibt ein Ritual, welches eine Iatmul-Frau durchführen könne, wenn sie sich keine weiteren Kinder wünsche: Sie müsse einen Zweig eines Baumes herunterziehen, die Sagofladentasche mit der Nachgeburt daran aufhängen und ihn dann (ohne hinzusehen oder sich danach noch einmal umzudrehen) in die Höhe schnellen lassen (vgl. Hauser-Schäublin 1977:125).

Auch nach der Geburt wird die Trennung des Hauses in eine Männer- und eine Frauenhälfte beibehalten. Weiters darf der Mann so lange, bis der Rest der Nabelschnur abgefallen ist³⁵, das Kind nicht aus der Nähe betrachten oder gar berühren, da noch ein Stück „Körper“ der Mutter an ihm hafte. Die Iatmul glauben, dass sich bei Kontakt des Mannes mit der Nabelschnur seine Wirbelsäule krümme und seine Haut vorzeitig faltig würde (vgl. Hauser-Schäublin 1977:125).

³³ Wünscht die Mutter keine weiteren Kinder, so lässt sie die Nabelschnur von einer anderen Frau durchtrennen, vergräbt die Nachgeburt im Boden und pflanzt eine Limbumpalme darauf (vgl. Hauser-Schäublin 1977:125).

³⁴ Gisela Schuster, die Ehefrau von Expeditionsleiter Meinhard Schuster, berichtete aus ihrer Forschung in Aibom, dass die Nachgeburt dort immer, in einer Kokosnuss verwahrt, im Boden begraben wird (vgl. Hauser-Schäublin 1977:125).

³⁵ Nach Hauser-Schäublin (1977:125) sind dies etwa fünf Tage.

Traditionelle Geburt bei den Maori in Neuseeland

Die Wiener Ethnologin Christine Binder-Fritz führte zwischen Jänner und Juni 1989 eine Feldforschung bei den Maori auf der Nordinsel Neuseelands durch, welche als Grundlage ihrer Dissertation „Schwangerschaft und Geburt bei den neuseeländischen Maori: Eine historisch-ethnografische Analyse unter besonderer Berücksichtigung von Feldforschungsdaten“ (1991) diente. Binder-Fritz war bereits zuvor, im Jahr 1986, im Rahmen einer Pilotstudie in Neuseeland und konnte dadurch Kontakte zu späteren InformantInnen knüpfen. Insgesamt erhielt sie von 50 Frauen und Männern im Alter von 17 bis 84 Jahren Informationen.

Die VorfahrInnen der Maori kamen ab 900 n. Chr. mit einfachen Doppelbooten aus dem Gebiet der Gesellschaftsinseln nach Neuseeland. Die Maori leben von Subsistenzwirtschaft mit hauptsächlichem Schwerpunkt auf der Süßkartoffel, doch auch das Sammeln von Wildpflanzen, die Vogeljagd, der Fischfang und das Sammeln von Mollusken (Weichtieren) tragen zur Selbsterhaltung bei. Ab Anfang des 19. Jahrhunderts wurde die Existenz der Maori massiv durch europäische Kolonisation und christliche Missionierung bedroht – die europäischen EinwanderInnen schleppen zahlreiche Krankheiten nach Neuseeland und die Maori starben zu Tausenden an Lungentuberkulose, Influenza, Masern und Geschlechtskrankheiten. Schließlich war zu Beginn des 20. Jahrhunderts ihre Zahl auf 40.000 reduziert. 1920 gelangten ein paar Maori-VertreterInnen ins Parlament, was eine bessere medizinische Versorgung und den Anstieg der Bevölkerungszahl der Maori zur Folge hatte. 1986 lebten 403.191 Maori in Neuseeland. Heute hat ein Großteil von ihnen mit Arbeitslosigkeit, sozialer Benachteiligung und niedrigem Lebensstandard zu kämpfen (vgl. Binder-Fritz 1995:95).

Im Folgenden wird das traditionelle Geburtssystem der Maori geschildert, welches in vorkolonialer Zeit das einzige vorhandene war und sich bis in die 1950er Jahre hielte. Ab den 1960er Jahren fanden zunehmend Geburten in Kliniken statt. Dies brachte einige Probleme mit sich, da dadurch die postnatalen Rituale (wie etwa die Bestattung der Plazenta) nicht mehr durchgeführt werden konnten und die Gebärhaltung eine gänzlich andere war. Seit den 1980er Jahren gibt es kulturelle Revitalisierungsbewegungen, die Bestattung der Plazenta wird heute zum Teil wieder durchgeführt (vgl. Binder-Fritz 1995:93).

Das traditionelle Geburtssystem war eng verknüpft mit der sozialen und politischen Organisation der Maori, welche auf drei hierarchisch geschichteten Ebenen beruhte. Die kleinste soziale Einheit, *whanau* genannt, bildete die Großfamilie mit bis zu 30 Mitgliedern. Mehrere *whanaus* formten gemeinsam eine Lokalgruppe, welche *hapu* genannt wurde. Die politische Leitung der *hapus* wiederum wurde von einem/r SeniorIn der Linie *rangatira* übernommen. Mehrere Lokalgruppen formten einen autonomen Verband, welcher *iwi* genannt wurde. *Iwi* bezeichnete auch „Ahne“ bzw. „Knochen/Gebeine“. Der Geburtsvorgang hieß traditionellerweise *whaka whanau*, was soviel heißt wie „eine Familie produzieren“ oder auch „Familienarbeit“, wohingegen die Schwangerschaft mit *hapu* umschrieben wurde, was auch meinte, dass alle Mitglieder der *hapu* einer schwangeren Frau diese während ihrer Schwangerschaft maximal unterstützten. Man sieht also schon an der Terminologie, wie eng verknüpft das traditionelle Geburtssystem und die sozial-politische Organisation der Maori waren (vgl. Binder-Fritz 1995:95ff).

Die erste Schwangerschaft markierte (und markiert auch heute noch) einen wichtigen Abschnitt im Leben der Maori-Frau und alle Mitglieder ihrer *hapu* unterstützten sie nach Kräften; alle fühlten sich für das ungeborene Leben verantwortlich. Man könnte sagen, nicht die Frau war schwanger, sondern vielmehr die gesamte Dorfgemeinschaft. Als wichtig wurden sanfte Massagen des Bauchraums erachtet und auch die Brustwarzen wurden ab dem 7. Monat massiert und mit verschiedenen Pflanzenölen eingeschmiert, um sie auf das Stillen vorzubereiten (vgl. Binder-Fritz 1991:278f).

Während einer Schwangerschaft unterlag die Frau nach Binder-Fritz (1995:96f) bestimmten Meidungsgeboten, welche auch *tapu* genannt werden. *Tapu* hängt eng zusammen mit *mana*, was eine „spirituelle übernatürliche Kraft“ meint. Um das *mana* (welches in bestimmten Situationen, wie etwa der Schwangerschaft und Geburt, stärker vorhanden ist als sonst) zu schützen, bedarf es bestimmter *tapus*. Die Maori glaubten, dass deren Nicht-Befolgung zu Krankheit und Tod führe. Grob kann man die Einschränkungen von Schwangeren in zwei Gruppen unterteilen: Wirtschaftliche Tätigkeit und Verhaltensregeln in Zusammenhang mit dem Glauben an Magie³⁶ und Hexerei (*makutu*). Eine schwangere Frau durfte laut Binder-Fritz (1991:349ff) etwa keine Nahrung außer Haus zubereiten, keine Gartenarbeit verrichten, keine Schalentiere am Strand sammeln und musste weiters alle Arbeiten mit Flachs so wie das

³⁶ Zum Thema Magie in Zusammenhang mit Geburt und Plazenta siehe Kap. 4.2.

Knüpfen und Handweben vermeiden. Unter die Verhaltensregeln fiel besonders das Verbot, über eine Person hinwegzuschreiten, bzw. am Boden sitzende Personen zu übersteigen, da die Maori daran glaubten, dass der weiblichen Genitalregion magische Kräfte innewohnen (während einer Schwangerschaft seien diese noch verstärkt) und dadurch beim Übersteigen einer Person dessen *tapu* genommen und somit geschwächt würde. Weiters sollte eine schwangere Frau ihr Haar nicht schneiden und ausgekämmte Haare so wie abgeschnittene Fingernägel vergraben. Dies geschah zum Schutz vor Zaubern, welche von FeindInnen und/oder NeiderInnen mittels abgeschnittener Haare und Fingernägel³⁷ hätten durchgeführt werden können. Weiters durfte eine schwangere Frau keinen Friedhof besuchen, da die Maori daran glaubten, dass Geister von verstorbenen Angehörigen auch über ihren Tod hinaus *maakutu* anwenden konnten (vgl. Binder-Fritz 1995:96f).

Die Geburt selbst war ebenfalls stark tabuisiert und stand in direkter Verbindung zur spirituellen Ebene der Gottheiten und Ahnen. Die Gebärende zog sich bereits einige Tage vor der Niederkunft in eine eigens gebaute Geburtshütte zurück, in deren Mitte eine Grube ausgehoben wurde. In dieser wurde eine Feuerstelle vorbereitet, um im Bedarfsfall ein Feuer zu entfachen. In Anwesenheit von traditionellen SpezialistInnen³⁸ so wie Laien wurde das Kind geboren; seit den 1960er Jahren gibt es auch staatlich ausgebildete Hebammen. Während der Geburt gab es viel Körperkontakt zwischen der Gebärenden und ihren Verwandten. Streicheln und Massieren des Rückens, der Kreuzbeinregion und des Bauches der Gebärenden wurden von den Angehörigen übernommen. Die traditionelle Gebärposition war entweder hockend oder kniend, seltener eine stehende Haltung. Gebärende und GeburtshelferIn saßen einander auf einer weichen Unterlage gegenüber und hielten sich an den Händen. Hinter der Kreißenden stützte jemand der Anwesenden ihren Rücken. Während den Wehen war es der Gebärenden auf diese Weise möglich, sich an der hinteren Person abzustützen, während sie sich an der vorderen Person hoch- bzw. heranziehen konnte. Die

³⁷ Diese Form von schwarzer Magie wird bei den Maori *maakutu* genannt und besteht darin, dass ein/e HexerIn ein Medium, welches von der betroffenen Person stammen musste (wie Haare, Fingernägel etc.) mit einem Zauberspruch versah, welcher nun wiederum schädlich auf die Person wirken konnte (vgl. Binder-Fritz, 1991:174f).

³⁸ Binder-Fritz (1995:97) spricht hier von der Kategorie „traditional birth attendants“ (kurz: TBA), einer Definition der WHO (vgl. Verderes/Turnbull, 1975:7). Die „traditional birth attendants“ stehen im Gegensatz zu „professional midwives“. MacCormack (1982:11ff) kritisiert diese Gegenüberstellung, da die Kenntnisse und Tätigkeiten der „traditional midwives“ sehr heterogen sind – sie haben teilweise schulmedizinische Ausbildungen; verwenden manchmal Medikamente; praktizieren neben der Funktion als Hebamme oftmals eine ganze Reihe von anderen Heilkünsten; bieten umfassende, intensive Betreuung vor, während und nach der Schwangerschaft (bis hin zu Hilfe im Haushalt) an. MacCormack meint daher, dass die Gruppe der „traditional birth attendants“ als solche nicht eindeutig abzugrenzen ist und sich somit einer widerspruchsfreien Vergleichbarkeit zu „professional midwives“ entzieht.

Nabelschnur wurde nach der Geburt der Plazenta mit einer scharfkantigen *kakahi*- oder *pipi*-Muschel durchtrennt und symbolisch der Lebenshauch durch die Nase des Kindes geblasen (vgl. Binder-Fritz 1995:97f).

Die Übergangszeit zwischen Geburt, Rückzug und Ruhephase im Wochenbett so wie Rückkehr und Wiederaufnahme von Mutter und Kind in die Gemeinschaft des Dorfes wurde von einer ganzen Reihe von Übergangsriten (van Gennep 2005 [1909]) begleitet, welche alle nach Binder-Fritz (1995:99) eine Verbindung zum Glaubenssystem von *mana* und *tapu* so wie zu einer Statusveränderung der Frau aufwiesen. Der postnatale Umgang mit Plazenta und Nabelschnur stellte ein solches Ritual dar; noch heute hat die rituelle Bestattung der Plazenta bei den Maori in Neuseeland große Bedeutung. Zunächst wurde die Plazenta vom ältesten Familienmitglied sorgfältig verwahrt und erst einige Zeit später (zumeist gemeinsam mit der getrockneten Nabelschnur³⁹) rituell in der Erde begraben. Dies geschah einerseits deshalb, um die Plazenta, welche Trägerin von Geburts-*tapu* war, und somit auch das Kind⁴⁰, vor der Anwendung von schädlicher Magie zu schützen. Andererseits steht die Plazenta bei den Maori auch symbolisch für das Land der AhnInnen⁴¹ und mit ihrer rituellen Bestattung auf „tribal land“⁴² wird der Kreislauf von Geburt, Tod und Wiedergeburt zum Ausdruck gebracht so wie die Bindung zum jeweiligen *hapu* der Eltern gefestigt (vgl. Binder-Fritz 1995:100f).

Während im Jahr 1937 noch 83% der Maori-Frauen zu Hause ihre Kinder geboren hatten, fanden im Jahr 1962 bereits 95% der Geburten in Kliniken statt (vgl. Donley 1986). Die staatlichen Gesundheitsbehörden Neuseelands verstärkten in den 1950er und 1960er Jahren ihre Bemühungen, die Frauen zu einer Geburt in einer Klinik zu überreden, aufgrund der hohen Säuglingssterblichkeitsrate⁴³ der 1920er und 1930er Jahre (vgl. Binder-Fritz 1995:97ff). Dies brachte jedoch einige Probleme mit sich: Nicht nur bedeutete das Entbinden

³⁹ In manchen Gebieten wurde sie laut Binder-Fritz (1995:100) auch in Baumaushöhlungen auf Friedhöfen gelegt.

⁴⁰ Mehr zur Plazenta als Sitz von Magie erläutere ich in Kap. 4.2.

⁴¹ Dies wird auch deutlich durch die semantische Ebene: Die Plazenta so wie jenes Stück Land, welches die Maori gemeinschaftlich nutzen werden beide *whenua* genannt. Auch der heute noch vorhandene Spruch „Die Erde, das Land nährt uns wie eine Mutter“ lässt einen Zusammenhang erkennen (vgl. Binder-Fritz 1995:100).

⁴² Heute ist nur noch ein geringer Teil von „tribal land“ vorhanden, da die britische Kolonialmacht gezielt Land kaufte und auch konfiszierte. Heute gibt es laut Binder-Fritz (1995:101) kaum noch geeignete Stellen für eine Plazentabestattung auf „tribal land“.

⁴³ Gründe hierfür seien laut Binder-Fritz (1995:99) zu Anfang des 20. Jahrhunderts eingeschleppte europäische Krankheiten so wie die von EuropäerInnen mitgebrachten Genussmittel Alkohol und Nikotin.

in einer Klinik wegen der gänzlich anderen Gebärposition (liegend im Bett) für die Maori-Frauen eine große Umstellung, es war das Spital auch ein Ort, an dem sich kranke Menschen aufhielten und wo manche auch verstarben. Dadurch wurde das Krankenhaus allgemein als ein Ort betrachtet, an welchem sowohl Krankheits-*tapu* als auch Toten-*tapu* vorherrschte – also Orte, welche gerade eine Schwangere nach den Glaubensvorstellungen der Maori tunlichst meiden solle. Zur Reinigung eines solchen Kontakts mit *tapu* bedurfte es bestimmter magischer Handlungen, welche von einem/r MittlerIn zur übernatürlichen Welt, dem/r *tohunga* durchgeführt wurden. Weiters war weder der gewohnte enge Körperkontakt während der Geburt im Spital vorhanden, noch konnten postnatale Rituale wie die Plazentabestattung durchgeführt werden, da laut Binder-Fritz (1995:101) die wenigsten Klinikvorstände für diesen Brauch Verständnis hatten und ihn ablehnten⁴⁴. Eine der InformantInnen von Binder-Fritz, die 70-jährige Eva, berichtete von der Geburt eines ihrer Kinder in einer Klinik, bei welcher sie die Aushändigung der Plazenta ihres Kindes verlangte, jedoch nicht erhielt. Lediglich die Nabelschnur wurde ihr nach mehrmaligem Auffordern überreicht. Als sie während ihres Aufenthaltes in der Klinik Zeugin der üblichen Entsorgung wurde, ereignete sich folgender Dialog:

„When I went to the nursery I could see the nurse was burning something in the open fire. I wondered what all the cotton wool and all that stuff was. So I asked her: what's all that? And she said: That's the cords of the babies. Oh - I said, that's cruel! But she said: „No, it's the most hygienic way that we know. So I said to her: Oh, but it's a part of the human being! And she said: No, it is not!“ (Informantin Eva, T/11, zit. nach Binder-Fritz 1991:450)

Wie aus diesem Dialog hervorgeht, trafen in den neuseeländischen Kliniken zwei Anschauungen aufeinander, welche konträrer nicht sein könnten. Man kann erahnen, welch irritierende Wirkung dies auf die Maori gehabt haben muss. Besonders unter dieser zunehmenden Umstellung des traditionellen Geburtssystems zum „westlichen“ litten laut Binder-Fritz (1995:99ff) jene Frauen, welche zuvor bereits Kinder auf traditionelle Art und Weise geboren hatten und nun alle weiteren Geburten im neuen, ungewohnten Umfeld einer Klinik erlebten.

⁴⁴ Erst in den späten 1980er und frühen 1990er Jahren konnten laut Binder-Fritz (1995:101) Maori-AktivistInnen an einigen Spitälern erwirken, dass die Plazenten auf Wunsch zumindest der Mutter in einem Plastikbeutel ausgehändigt werden.

Die unassistierte Geburt der Ju/‘hoansi⁴⁵

Die amerikanische Anthropologin Megan Bieseile verbrachte mehrere Jahre der Feldforschung bei den Ju/‘hoansi in Botswana (1978, 1979) und Namibia (1987) und schrieb mehrere Publikationen über verschiedene Aspekte des Lebens der Ju/‘hoansi (1975a, 1975b, 1976, 1978, 1979, 1987, 1993, 1997). In ihrem Beitrag „An Ideal of Unassisted Birth“ (1997) im Sammelband „Childbirth and Authoritative Knowledge“ (1997) von Davis-Floyd und Sargent schildert sie einerseits, wie sie mit den Ju/‘hoansi in Berührung kam und andererseits ihre Beobachtungen über die Geburtspraktik der Frauen.

Der mit Bieseile befreundete Anthropologe Melvin Konner forschte in den 1960er und 1970er Jahren bei den Ju/‘hoansi und vertiefte sich in ihre traditionellen Heilmethoden. Er studierte später in den USA Medizin und schrieb das Buch „Becoming a Doctor“ (1987) über seine Erfahrung des Studiums der „westlichen“ Schulmedizin. Während seiner Forschungen bei den Ju/‘hoansi beschäftigte er sich mit den spirituellen, transformativen Prozessen des autoritativen Heilens der Ju/‘hoansi und überlegte, ob sich dieses als Paradigma auf andere Kontexte, wie Geburt und Jagd, anwenden ließe (vgl. Bieseile 1997:474f). Er teilte diese Überlegungen in den frühen 1970er Jahren während eines gemeinsamen Feldforschungsaufenthaltes in Botswana mit seiner Frau, der Anthropologin Marjorie Shostak⁴⁶, so wie der Anthropologin Megan Bieseile. Konner verfolgte die Theorie, dass es strukturelle Parallelen zwischen der Geburtspraktik der Frauen und der Jagd der Männer gäbe, bei welcher sich die Männer nach eigener Angabe in einen todesähnlichen Trance-Zustand versetzen (vgl. auch Katz 1982). Lorna Marschall (1976) beschrieb ähnliche Schilderungen eines „half-death“-Zustandes bei HeilerInnen der Ju/‘hoansi. Den Tod zu riskieren ist Teil der Reifung der Ju/‘hoansi. Da die Frauen der Ju/‘hoansi ihre Kinder alleine gebären, außerhalb des Dorfes in der Wildnis, sind auch sie dabei einer hohen Gefahr ausgesetzt: Sie sind Löwen und anderen Raubtieren für die Zeit der Niederkunft nahezu schutzlos ausgeliefert.

Die Ju/‘hoansi sind eine indigene Untergruppe der San in der Kalahari-Wüste in Botswana und Namibia mit egalitärer Gesellschaftsstruktur und Subsistenzwirtschaft beruhend auf Jagd- und Sammeltätigkeiten. Männer und Frauen der Ju/‘hoansi bilden komplementäre Kräfte und

⁴⁵ Ju/‘hoansi ist jener Name, den sich die früher als !Kung bekannte ethnische Untergruppe der San selbst gab (vgl. Bieseile 1997:489).

⁴⁶ Auch in Shostak’s eigenem Werk „Nisa: The Life and Words of a !Kung Woman“ (1981) und ihren gemeinsamen Publikationen mit Konner (1987) so wie Konner und Eaton (1988) wird die Geburtspraktik der Ju/‘hoansi-Frauen detailliert beschrieben.

haben gleichermaßen Zugang zu Transformationsprozessen. Die Geburt erfolgt bei den Ju/‘hoansi, wie bereits erwähnt, in den meisten Fällen alleine⁴⁷, seltener wird die Gebärende von ihrer Mutter begleitet. Nur im Fall von Komplikationen wird ein *n/um k“au*, ein Heiler, hinzugezogen (vgl. Marshall 1976:166). Shostak schildert, dass die Aussicht auf das alleinige Gebären durchaus auch Angst macht:

„Pregnant women face childbirth with no medical facilities and with no traditional midwives or other birth specialists to call upon. The prospect of giving birth is frightening, especially for women pregnant for the first time.“ (1981:179)

Trotzdem wünschen sich laut 21 von Bieseile (1995) durchgeführten Interviews viele Ju/‘hoansi-Frauen, auf diese Weise ihr Kind zu gebären, da sie es so von ihren Müttern gelernt hatten und es so von ihnen erwartet würde (vgl. Bieseile 1997:478). Jedoch würden einige wenige⁴⁸ Frauen mittlerweile den 10 bis 50 Kilometer⁴⁹ weiten Fußweg in die „Tjum!kui“-Klinik auf sich nehmen, wenn sie zu viel Angst vor der Geburt hätten. Jene Frauen, welche in die Klinik gehen, würden nicht gerne darüber sprechen, da es bei den Ju/‘hoansi nicht gerne gesehen werde. Unassistiert zu gebären bringt einer Frau hohes Ansehen ein, weiters wollen die Ju/‘hoansi-Frauen die Kontrolle über den Geburtsvorgang behalten (vgl. Bieseile 1997:479). Selbst bei einer (durch die Mutter oder andere nahe weibliche Verwandte) assistierten Geburt liege die Verantwortung bei der Gebärenden (vgl. Shostak 1981:179f). Der Verlauf des Gebärprozesses wird direkt mit dem Verhalten der Mutter in Verbindung gebracht:

„An uncomplicated delivery is said to reflect [the woman’s] full acceptance of childbearing: she sits quietly, she does not scream or cry out for help, and she stays in control throughout the labor. A difficult delivery, by contrast, shows her ambivalence about the birth, and may even be seen as a rejection of the child.“ (Shostak 1981:180)

⁴⁷ Ausgenommen der ersten, bei welcher die Gebärende Unterstützung von älteren Frauen ihrer Familie erhält (vgl. Bieseile 1997:474).

⁴⁸ Aufgrund sehr ungleicher Aussagen der Ju/‘hoansi-Frauen sei es laut Bieseile (1997:478) unmöglich, die genaue Anzahl bzw. den genauen prozentuellen Anteil festzustellen.

⁴⁹ Je nachdem, von welcher *Nyae-Nyae-community* aus betrachtet (vgl. Bieseile 1997:478).

Weiters werde große Sorge seitens der Gebärenden hinsichtlich der Geburt möglicherweise von *!Xu* (Gott) als Ablehnung des Kindes interpretiert – er würde es dann „in die spirituelle Welt“ zurück holen (vgl. Shostak 1981:180).

Sobald das Kind auf der Welt ist und seine ersten Schreie von sich gibt, kommen die nahestehenden weiblichen Verwandten hinzu und helfen der Gebärenden dabei, das Kind zu säubern. Gemeinsam gehen sie zurück ins Dorf. Nur die erfahrensten Frauen durchwandern auch diese Phasen alleine (vgl. Shostak 1981:181). Biese (1997:480) betont diesbezüglich, dass es den einen „richtigen“ Weg der Geburt bei den Ju/‘hoansi nicht gibt. Die Meinungen darüber, ob und wenn ja, ab wann, eine Frau Gesellschaft von anderen Frauen erhalten sollte, gehen auseinander. Vielmehr ist jede einzelne Geburt individuell ein wenig verschieden; in einem gleichen sie sich jedoch alle: es geht immer um die eigene persönliche Autorität, oder, wie Biese es weiters ausdrückt: „Maturing means becoming ‚the same‘ – adult, powerful, responsible, productive – in one’s own unique way.“ (1997:480). Die Plazenta wird bei den Ju/‘hoansi als „ältere Schwester“⁵⁰ betrachtet, wie eine junge namibische Ju/‘hoansi-Frau im Interview mit Biese berichtet: „We call the afterbirth the ‚older sister‘. It is blood, but we call it the older sister of the child.“ (1997:482) Das Geburtsblut und die Plazenta sind beide Träger von intensivem *n/om*, einer sehr mächtigen spirituellen Energie. Die Ju/‘hoansi-Männer dürfen aus diesem Grund die Stelle, an welcher eine Frau ihre Niederkunft hatte, nicht betreten – das *n/om* der Geburt ist schädlich für ihre Jagdfertigkeiten, da es genau gegenteilig zu jenem *n/om* ist, dass die Männer in ihrer Trance bei der Jagd aktivieren (vgl. Biese 1997:485f).

Nach diesem Überblick über die „Anthropology of Birth“ so wie der Darstellung einiger konkreter Fallbeispiele möchte ich mich nun folgend verschiedenen Aspekten der Plazenta zuwenden.

⁵⁰ Für weitere Beispiele der Betrachtung der Plazenta als Schwester oder Bruder des Neugeborenen siehe Kap. 4.2.

4. DIE PLAZENTA

4.1. Ein kurzer Exkurs über die Plazenta als Organ

Ich möchte folgend kurz die Plazenta in ihrer Funktion als überlebenswichtiges Organ für den Embryo bzw. Fötus behandeln, um die spezielle Verbindung zwischen Mutterkuchen und Neugeborenem, welche auch bei der Lotusgeburt im Mittelpunkt steht, zu verdeutlichen.

Die Plazenta ist ein 15 bis 20 cm breites scheibenförmiges Organ und besteht sowohl aus embryonalem als auch aus mütterlichem Gewebe. Sie entsteht, wenn embryonales Gewebe in die Schleimhaut des Uterus einwächst und ist zuständig für die Versorgung des Embryos mit Nährstoffen. Weiters entsorgt sie Exkretionsprodukte und reguliert den Gasaustausch des Embryos, welcher über die Nabelschnur mit der Plazenta verbunden ist. Die Plazenta übernimmt die Funktionen des Fötus so lange, wie derselbe noch nicht selbst in der Lage dazu ist. Sobald der Fötus selbst Funktionen übernimmt, wird die Plazenta langsam zurück gebildet und unterliegt schließlich im neunten Schwangerschaftsmonat einem degenerativen Prozess. Das gegenseitige Verhältnis von Plazenta und Fötus ist symbiotisch (vgl. Schad 2008:21).

Doch beginnen wir am Anfang: Der Beginn eines Lebens durch die Empfängnis geschieht durch zwei Keimzellen – Ei und Samenzelle. Diese sind nur kurzzeitig überlebensfähig und sterben ohne Vereinigung rasch ab (man rechnet mit einer ungefähren Lebensdauer von 24-36 Stunden). Im Fall einer Befruchtung einer (oder mehrerer) Eizellen durch Spermien veranlagt dies jedoch die Dauer des Lebenszyklus eines ganzen Menschenlebens (vgl. Schad 2008:7f).

Von den Echsen und Vögeln an werden zunehmend Anhangsorgane gebildet, die nicht in die Leibesbildung mit eingehen, sondern extern verbleiben. Bei Säugetieren sind diese Anhangsorgane Dottersack (*saccus vitellinus*), Fruchtblase (*Amnion*), Wurstblase (*Allantois*) und Mutterkuchen (*Plazenta*). Bei Menschen und Affen werden Dottersack und Wurstblase relativ früh in der Schwangerschaft überwachsen und sind bei der Geburt nicht mehr zu sehen. Die Hauptmasse der Nachgeburt machen somit Plazenta und Amnion aus. Der Begriff „Plazenta“ kommt aus dem Lateinischen (*placenta*) und heißt übersetzt so viel wie „Kuchen“. Somit passt der Begriff der Plazenta insofern zu ihrer Funktion, als dass sie dem werdenden Kind erste Nahrung aus dem mütterlichen Blut verschafft (vgl. Schad 2008:9f). Die Bezeichnung wurde im 16. Jahrhundert vom italienischen Anatomen Realdo Colombo (1516-1559) in die Organlehre eingeführt (vgl. Strauss 1988). Die extraembryonalen Anhänge

sind auch der Ort der ersten Blut- und Aderbildung, denn sie sind der größere Bereich und bedürfen bereits sehr früh einer Blutversorgung. Gegen Ende der siebten Schwangerschaftswoche ist die Organbildung (*Organogenese*) abgeschlossen und man spricht ab diesem Zeitpunkt nicht mehr vom Embryo, sondern vom Fötus (vgl. Schad 2008:12). Neuere Untersuchungen haben gezeigt, dass es bei der Geburt einen gewichtsmäßigen Unterschied zwischen Mädchen und Knaben gibt; die Knaben sind im Durchschnitt etwas schwerer und mit einer längeren Nabelschnur versehen als die Mädchen. Die Größe und das Gewicht der Plazenta sind jedoch geschlechtsunabhängig immer in etwa gleich – das bedeutet, Mädchen haben relational gesehen etwas „mehr“ Plazenta als Knaben (vgl. Deerberg 2004:30). Die Psychologin Marion Tegethoff publizierte im Jahr 2010 gemeinsam mit einem Team internationaler ForscherInnen eine Studie, welche besagt, dass mütterlicher Stress während der Schwangerschaft das Gewicht der Plazenta bei der Geburt beeinflusst. Nämlich insofern, als dass die Plazenten von Müttern mit viel Stress etwas mehr wiegen als diejenigen von Müttern, welche in ihrer Schwangerschaft wenig Stress hatten (vgl. Tegethoff et al 2010). Eine aktuellere Studie, welche im Juli 2012 von Khalife (et al.) publiziert wurde, stellt eine relevante Korrelation zwischen einer vergrößerten, schwereren Plazenta und psychischen Problemen⁵¹ bei Buben zwischen acht und 16 Jahren fest. Bei Mädchen wurde keine solche Korrelation festgestellt (vgl. Khalife et al 2012). Derartige medizinische Studien stehen momentan noch an ihrem Anfang, jedoch könnten zukünftige Erkenntnisse dieser Art eventuell eine schulmedizinische Argumentation für eine Hinbewegung zu einer ruhigeren, „sanfteren“ Schwangerschaft so wie Geburt begründen⁵².

Die Plazenta könnte auch ohne Embryo bzw. Fötus weiter existieren, umgekehrt ist dies jedoch nicht möglich. Sie ist Darmzottengebiet (Ernährung), Lunge (Atmung), Niere (Ausscheidung), Leber (Eiweißaufbau), Hormondrüse (inkretorische Regulationen), Wärmeregulation etc. in Einem. Sie hat jedoch kein eigenes Nervensystem und ist auch nicht an das Zentralnervensystem des Fötus angeschlossen. Die Regulationen innerhalb der Plazenta geschehen hormonell und nicht neuronal, die zuständige Hormondrüse ist wohl das plazentale Kapillarsystem⁵³ selbst. Eine Besonderheit der Plazenta ist, dass alle Teile in ihr

⁵¹ Konkret wurden die Daten auf Symptome von ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom), psychiatrischen Störungen, neurotischen Störungen so wie Störungen des Sozialverhaltens untersucht (vgl. Khalife et al 2012).

⁵² Dies stellt eine subjektive Vermutung der Verfasserin dar.

⁵³ Dies ist noch nicht hinreichend medizinisch erforscht und kann daher nicht als sicher festgestellt werden (vgl. Schad 2008:14).

universal sind, das heißt, jeder kleinste Teil vermag sämtliche oben genannte Prozesse eigenständig zu vollziehen (vgl. Schad 2008:13f). Weiters verfügt die Plazenta über einen eigenständigen, von Kind und Mutter unabhängigen Rhythmus beim venösen Rückfluss, welcher durch rhythmisch-peristaltische⁵⁴ Kontraktionen und Dilatationen⁵⁵ der kindlichen Endzotten in der Plazenta geschieht (vgl. Schad 14f).

Bei der Geburt schließlich verliert laut Schad (2008:8) ein großer Teil pränataler kindlicher Organisation seine physiologische Funktion – eben alle extraembryonalen Anhangsorgane wie Fruchtblase, Nabelschnur und Mutterkuchen, welche etwa 20 bis 30 Minuten nach der Geburt als so genannte „Nachgeburt“ geboren werden. Die Plazenta mag zwar weitestgehend ihre physiologische Funktion bei der Geburt verlieren; in vielen Kulturen gewinnt sie jedoch gerade im Zeitraum nach der Geburt an spiritueller Bedeutung. Auch bei der Lotusgeburt kommt Mutterkuchen und Nabelschnur eine besondere Bedeutung zu (siehe Kap. 5).

4.2. Mythologie und Brauch rund um die Plazenta

Anhand dieses Kapitels möchte ich darstellen, welche Verbindung zwischen Neugeborenem und Plazenta abseits der rein physiologischen Ebene bestehen kann und welche Bedeutung der Plazenta (und deren Behandlung) hinsichtlich ihrer potentiellen Wirkkraft für Kind und Eltern in vielen Kulturen zukommt. Anhand von einigen ausgewählten Beispielen möchte ich die Bandbreite dieser Vorstellungen und rituellen Handlungen rund um Plazenta und Nabelschnur veranschaulichen. Da manche dieser Beispiele eine Verbindung zu Magie aufweisen, einführend ein kurzer Exkurs in die sozialwissenschaftlich-anthropologische Auseinandersetzung mit dem Konzept der Magie und dessen Abgrenzung zur Religion.

Exkurs in die sozial-anthropologische Auseinandersetzung mit Magie/Glaube/Religion

Spätestens nach Darwin setzte sich laut Hobhouse (1913) in der westlichen Wissenschaft die Ansicht durch, dass die menschliche Vernunft sich durch „natürliche Selektion“ entwickelt hätte; Menschen würden demnach die Vernunft dazu gebrauchen, Erfahrung und Handlungen

⁵⁴ „Peristaltik“ bezeichnet die Muskeltätigkeit.

⁵⁵ Erweiterung der Blutgefäße.

miteinander in Beziehung zu setzen. Die soziale Evolution hätte eine effektivere Nutzung des menschlichen Geistes hervorgebracht. Religion und Magie (vor allem die Glaubensvorstellungen anderer Kulturen) erzeugten jedoch immer wieder Erstaunen, skeptische Stimmen wurden laut: Der Glaube schien die Vernunft heraus zu fordern (vgl. Lewis 1994:563). Glaube und Magie warfen Fragen auf – anders als beispielsweise in der Wirtschaft oder Politik, wo Argumente, Entscheidungen und Pläne kalkulierbar und klar artikulierbar sind, weisen religiöse so wie magische Vorstellungen komplexe und schwer „fassbare“ Strukturen auf (vgl. Freedman 1976:49). Immer wieder wurden im Laufe der Geschichte der Wissenschaft Vergleiche zwischen religiösen Praktiken indigener Gesellschaften mit Forschung und Technologie der „westlichen“ Welt gezogen, meist mit hierarchisierendem „Ergebnis“ zu Ungunsten der indigenen Völker. Laut Lewis (1994:564) seien solche Vergleiche nicht zulässig, da man nur religiöse Praktiken mit religiösen Praktiken, Technologie mit Technologie vergleichen könne etc. Die Frage nach dem Wandel (von Wissen, Vorstellungen, Moral etc.) ist ein immer wieder kehrendes Thema für wissenschaftliche Diskussionen. Zumeist lag diesen jedoch die (als selbstverständlich erachtete) Unterscheidung zwischen „Glaube“ und „Wissen“ zugrunde, so wie weiters die Konnotation, Wissen sei „wahr“ und „richtig“ und Glaube sei „falsch“ (vgl. Needham 1972). Ein weiterer wichtiger Punkt ist laut Lewis (1994:567f), dass die Sicht religiöser ExpertInnen nicht zwangsläufig der kollektiven Sichtweise entsprechen muss, auch wenn diese scheinbar StellvertreterInnen eines bestimmten Glaubens sein mögen und es daher nachvollziehbar ist, dass ForscherInnen sich an eben diese für die Gewinnung von Informationen richten. Glaube sollte laut Lewis (1994:568) nicht wörtlich verstanden werden, sondern eher in einem übertragenen Sinn. Magische und religiöse Handlungen haben oft einen symbolischen Charakter; sie werden stellvertretend für bzw. anstatt von etwas durchgeführt. Religiöser Glaube ist nicht *eine* Sache, sondern ein Komplex von Vorstellungen, Einstellungen und Gefühlen. Wenn solche Vorstellungen empirisch nicht überprüfbar sind (z.B. Reinkarnation, Leben nach dem Tod etc.), generiert sich das Wissen darüber durch das Lernen der jeweiligen AnhängerInnen eines Glaubens voneinander. Je mehr Menschen an eine bestimmte Idee glauben, umso mehr *Glaubwürdigkeit* erhält diese (vgl. Lewis 1994:568). Auf diese Weise kann ein Glaube auch repräsentativ für eine bestimmte Gruppe, Gemeinschaft oder Kirche werden – wobei die jeweiligen subjektiven Interpretationen des Glaubens sehr unterschiedlich ausfallen können. Die subjektiven Überzeugungen einer Person können nach Lewis (1994:571) nicht aus ihrem jeweiligen Wissen über den kollektiv geteilten Glauben oder

dessen übliche Praktiken gefolgt werden. Jedoch weist beispielsweise ein gemeinsames Gebet vor einem Mahl auf die Präsenz einer bestimmten Form von „Gottheit“, an welche die Worte gerichtet werden können, in einer Gemeinschaft hin. Lewis (1994:573) beschreibt weiters, wie vorhandene Glaubensvorstellungen die Wahrnehmung beeinflussen und die Aufmerksamkeit selektieren – so wird beispielsweise der Grund für eine Krankheit in einer Kultur in „natürlichen“ Ursachen (wie beispielsweise Viren, Umwelteinflüsse etc.), in einer anderen in „übernatürlichen“ Ursachen (wie Zauberei, Hexerei etc.) gesucht⁵⁶. Magie ist laut Skorupski (1976:159) ein sehr heterogenes Feld – es ist daher nicht davon auszugehen, dass eine einzige Theorie von *der* Magie ausreichen kann, um alle vorhandenen Auffassungen und Anschauungen zu erklären (vgl. Lewis 1994:580). Die Weltanschauung einer Gesellschaft wird zudem meist zu analytischen bzw. deskriptiven Zwecken von einer außenstehenden Person untersucht, welche bestimmte Rituale, Ansichten und Handlungen als „magisch“ bezeichnet (bzw. interpretiert). Nicht zwangsläufig jedoch wird dies auch von jenen Menschen, welche diese Anschauung vertreten, so artikuliert (vgl. Lewis 1994:574).

Dennoch möchte ich hier kurz auf einige anthropologische Ansätze einer Definition von Magie (bzw. bestimmten Aspekten eben dieser) eingehen, da in dieser Diplomarbeit an mehreren Stellen rituelle Handlungen in Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt so wie Plazenta und Nabelschnur diskutiert und geschildert werden. Einige dieser rituellen Handlungen stehen in direktem Zusammenhang mit einer Anschauung, welche magische Elemente beinhaltet, daher erscheint es mir angebracht, auf mögliche Erklärungsansätze solcher Vorstellungen einzugehen.

Frazer schrieb 1890 das Buch „The golden Bough“ (dt.: „Der goldene Zweig“) und entwarf in diesem umfassenden Werk eine Theorie der Magie. Ihm zufolge (1994:15ff) sei Magie analogisch bzw. „sympathetisch“, was bedeutet:

„[...] daß die Dinge aus der Ferne durch eine geheime Sympathie aufeinander wirken, und dass der Impuls von einem auf den andern übergeht durch etwas, das wir uns als eine Art unsichtbaren Äthers denken können, ähnlich demjenigen, welchen die moderne Naturwissenschaft zu ebendemselben Zwecke annimmt, nämlich, um zu

⁵⁶ In manchen Gesellschaften geht man auch von beiden Kategorien der Ursachen für Krankheiten aus, dies wird als „Bikausalität“ bezeichnet und wurde z.B. ausführlich von Evans-Pritchard (1950 [1937]) bei den Azande erforscht.

erklären, wie die Dinge einander physisch durch einen scheinbar leeren Raum beeinflussen können.“ (1994:17)

Die sympathetische Magie unterteilt Frazer in zwei Unterkategorien: Die „homöopathische Magie“, bei welcher das Gesetz der Ähnlichkeit zum Wirken kommt (Objekte von ähnlicher Qualität können einander beeinflussen) und die „Übertragungsmagie“, bei welcher etwas, das einmal mit einer Person in Berührung gewesen ist, auch bei physischer Distanz fortfährt, auf diese zu wirken (vgl. Frazer 1994:15ff). Frazer betrachtete die Magie als Vorstufe zur Religion, welche wiederum der Wissenschaft voraus ging (vgl. Mischung 2005a:239f).

Mauss (1999 [1950]) kritisiert Frazers kategorische Formulierungen: Die Sympathie sei bei Frazer ausreichendes (und notwendiges) Merkmal der Magie, weiters seien alle magischen Riten sympathetisch und alle sympathetischen Riten magisch. Außerdem fehle ein vollständiges Verzeichnis der verschiedenen Arten magischer Handlungen und Anschauungen, Frazers Theorie sei einseitig und könne nicht als allgemein gültig erklärt werden. Vielmehr gäbe es eine Vielzahl von „Magien“ und man könne nicht hoffen, aus der Analyse einer einzigen eine Art „Gesetz“ für alle magischen Phänomene abzuleiten (ebd. 1999:46ff). Nach Mauss (1999:52) umfasst Magie Handelnde („MagierInnen“), Handlungen („magische Riten“) so wie Vorstellungen (Ideen und Überzeugungen über magische Handlungen). Er unterscheidet magische Riten von sozialen Praktiken – erstere seien durch Tradition bestimmte Tatsachen, letztere nicht. Demnach seien Handlungen, an deren Wirksamkeit von einer Gruppe nicht geglaubt wird und die sich nicht wiederholen, nicht magisch. Zudem müssten magische Riten von religiösen unterschieden werden und zwar insofern, als dass erstere nicht Teil eines organisierten Kultes sind, sondern privat, heimlich und geheimnisvoll sind (vgl. Mauss 1999:54f).

Auch Durkheim (1912) grenzt Magie und Religion voneinander ab, nämlich insofern, als dass Religion auf Sakrales (d.h. die Gesellschaft), die Magie jedoch an privater Nutzung orientiert sei. Mischung (2005a:240) beschreibt die Abgrenzung von Magie und Religion jedoch als problematisch und verweist darauf, dass Magie in ethnografischen Beschreibungen oftmals als Teilaspekt des religiös-rituellen Systems behandelt wird. Des Weiteren hätten nach Haller (2005:255) Magie und Religion eine Gemeinsamkeit, nämlich dass sie von der Vorstellung ausgehen, dass „übernatürliche“ bzw. „außersinnliche“ Kräfte existierten und durch bestimmte Praktiken mobilisiert werden könnten. Die Magie beziehe sich weiters eher auf die Praxis, die Religion hingegen eher auf den Glauben (bzw. die Theorie). Weitestgehender

Konsens besteht laut Mischung (2005a:240) hingegen bei der Unterscheidung von Magie (Zauberei) und Hexerei – erstere beschreibe die Mobilisierung von externen, letztere jene von internen Kräften.

Dies vorausgeschickt möchte ich darauf hin weisen, dass sich einige der (rituellen) postnatalen Handhabungen der Plazenta und Nabelschnur zwar scheinbar durch magische „Konzepte“ (wie z.B. der sympathetischen Magie) erklären lassen, diese jedoch nicht zwangsläufig von der jeweiligen Kultur selbst als solche formuliert und verstanden werden. Vielmehr sind Vorstellungen rund um die Plazenta so wie der Umgang mit ihr Teil und Ausdruck der jeweiligen Weltanschauung einer Gesellschaft.

Die Plazenta als Bruder oder Schwester des Neugeborenen

Die britische Anthropologin Janet Carsten führte wiederholt Feldforschungen⁵⁷ in einem Fischerdorf auf Pulau Langkawi, eine Insel vor der Nordwestküste Malaysias, durch und erforschte dort die kulturelle Konstruktion von Verwandtschaft (*kinship*) (vgl. Carsten 1991:425).

Von zentraler Stellung für die Menschen auf Pulau Langkawi sei laut Carsten (1995:226) das Haus: Es hat eine signifikante strukturelle Bedeutung – vor allem der Herd und das gemeinsame Mahl aller Familien- bzw. Haushaltsmitglieder nehmen im Alltagsleben eine wichtige Rolle ein. Unter anderem repräsentieren Häuser in Pulau Langkawi Einheit und Verbundenheit, was auch in den Geschwisterbeziehungen zentrale Begriffe sind (vgl. Carsten 1995:226). Geschwister (vor allem Schwestern) pflegen zumeist das gesamte Leben hindurch einen intensiven Kontakt zueinander und werden als Einheit betrachtet. Schon bei der Geburt zeigt sich der Stellenwert von Geschwisterschaft deutlich: Es wird auf Pulau Langkawi angenommen, dass jedes Kind bereits vor der Geburt Schwestern und Brüder hat, Carsten (1995:226) nennt diese „birth siblings“. Das Kind und die Plazenta (*uri*) werden als „zwei Geschwister“ (*dua beradik*) konzeptualisiert, die Plazenta wird dabei als jüngeres der beiden Geschwister betrachtet⁵⁸. Bei einer Geburt wird die Plazenta von der Hebamme gewaschen

⁵⁷ 18 Monate von 1980 bis 1982 so wie vier Monate von 1988 bis 1989 (vgl. Carsten 1995:223).

⁵⁸ Laut Carsten (1995:237) gibt es in Südostasien viele Orte, an welchen diese oder ähnliche Vorstellungen über die Plazenta vorhanden sind (siehe hierzu auch Headly, 1983, 1987a, 1987b; Laderman 1983 so wie Geertz 1961). Zumeist wird die Plazenta als älteres Geschwister betrachtet, dies kommt jedoch laut Carsten darauf an, ob man das Alter des Kindes ab Empfängnis oder ab Geburt berechnet.

und gemeinsam mit verschiedenen rituellen Objekten⁵⁹ in einen geflochtenen Korb gelegt. Der Vater des Neugeborenen vergräbt den Korb mit dem Mutterkuchen anschließend auf dem Grund des Hauses; er bestattet ihn. Andernfalls könnte die Plazenta Ursache von Krankheiten und Stimmungsveränderungen beim Neugeborenen sein. Der Uterus wird als erstes „Haus“ eines Menschen betrachtet, die Plazenta stellt die erste Beziehung des Kindes zu einem „Tischgenossen“ dar: Beide teilen sich die „Nahrung“, somit ist das zentrale Element des gemeinsamen Mahls auf Langkawi bereits im Mutterleib von Bedeutung (vgl. Carsten 1995:226f). Auf Langkawi gibt es das Konzept von *semangat*, einer Art „Lebensessenz“ oder „Lebensgeist“, welche sowohl in Menschen als auch in Tieren, Pflanzen und Objekten vorhanden ist. Nach Carsten (1995:227) ist das „wichtigste“ *semangat* jenes von Menschen, Reis, Häusern und Booten. *Semangat* wird als eine Einheit von sieben Geschwistern verstanden, welche jedoch keine unabhängige Existenz haben. Ein Mensch ist demnach individuell und multipel zugleich: Er ist eine eigenständige Person, jedoch mit der „Lebensessenz“ von sieben Geschwistern. Es wird angenommen, dass das *semangat* eines Menschen erst in jenem Moment zu existieren beginnt, in welchem die Hebamme bei der Geburt die Nabelschnur durchtrennt. Dies wird mit einem speziellen Bambusmesser (anstatt eines Metallmessers) durchgeführt, da Metall das *semangat* abschrecken und so Krankheit im Kind verursachen könnte. Mit dem Zeitpunkt der Durchtrennung der Nabelschnur erhält das Kind auch seinen Namen (vgl. Carsten 1995:230).

Die Schweizer Ethnologin Liselotte Kuntner beschäftigt sich seit dem Jahr 1976 mit dem Thema Geburt im Allgemeinen und der Gebärhaltung im Besonderen. In ihrem Artikel „Zum Umgang mit der Nachgeburt – Plazentabestattung im Kulturvergleich“ (2004) beschreibt auch sie die Vorstellung der Plazenta als Bruder bzw. Schwester: Bezugnehmend auf die Feldforschung von Leemann (1992) erörtert Kuntner (2004:289), dass in Bali davon ausgegangen wird, dass ein Mensch während seines gesamten Lebens von „vier älteren Geschwistern“ begleitet wird. Diese Geschwister sind Fruchtwasser, Blut, Nabelschnur und Plazenta. Während erstere bei der Geburt entsorgt werden, wird die Plazenta rituell im Boden neben der Haustüre des Elternhauses des Neugeborenen bestattet. Die Plazenta eines Mädchens wird laut Kuntner (2004:289f) dabei auf der linken Seite, jene der Knaben auf der

⁵⁹ Carsten (1995:226) führt diese nicht näher aus. Carol Laderman, welche von 1975 bis 1977 in Merchang an der Ostküste Malaysias Feldforschung betrieb, beschreibt, dass auch hier die Plazenta vom Vater des Neugeborenen vergraben wird – die (rituellen) Beigaben sind hier weißer Stoff, Salz und Tamarinde. Die Nabelschnur wird als Verbindung zwischen Menschen- und Geisterwelt betrachtet und in getrockneter Form als Medizin für das Neugeborene verwendet (vgl. Hadolt, 1992:75).

rechten Seite der Haustüre vergraben. Der Grund hierfür ist laut einer persönlichen Mitteilung von Leemann an Kuntner (2004:292) in der Weltanschauung der BalinesInnen zu finden, welche auf einem Denken in Dualitäten basiert: Sonne – Mond, Oberwelt – Unterwelt, Mann – Frau etc. Diese Dualitäten sind jedoch nicht als gegensätzlich, sondern als komplementär zu verstehen; die beiden „Pole“ ergänzen sich. „Mann“ wird analog gesetzt zu „rechts“, „Oberwelt“ und „geistige Komponente“; „Frau“ zu „links“, „Unterwelt“ und „irdische Komponente“. Somit würden die Plazenten jeweils analog passend zum Geschlecht des Neugeborenen rechts oder links neben der Haustüre bestattet. Nach der Geburt wird laut Kuntner (2004:290) die Plazenta zunächst sorgfältig mit wohlriechendem Wasser gewaschen und zusammen mit einem Blumengebinde, chinesischen Lochmünzen und Pflanzenfasern in ein weißes Tuch gehüllt. Anschließend wird dieses Bündel in eine zweigeteilte Kokosnuss gelegt und vergraben. Über diejenige Stelle, an welcher die Plazenta vergraben wurde, werden sauber geschrubbte, schwarze Steine in etwa der Größe eines menschlichen Kopfes gelegt so wie stachelige Pandanusblätter in den Boden gesteckt. Letzteres diene laut Kuntner (2004:290) der Abwehr „schwarzmagischer“ Einflüsse, welche die Mutter bedrohen könnten. Weiters wird ein Willkommens-Geschenk für den/die im Neugeborenen reinkarnierte/n AhnIn auf das Plazenta-Grab gelegt, welches aus einem Betelbissen, Betelnuss und Gambir besteht (vgl. Leemann 1992). Der Stumpf der Nabelschnur, welcher sich nach einigen Tagen vom Kind löst, ist somit die letzte materielle Vertretung der „vier Geschwister“ und wird zusammen mit einigen scharfen Gewürzen in ein weißes Tuch gewickelt über dem Schlafplatz des Säuglings aufgehängt, um diesen zu schützen (vgl. Kuntner 2004:290).

Auch andere Völker vertreten die Ansicht, die Plazenta sei ältere/r oder jüngere/r Bruder bzw. Schwester des Kindes – beispielsweise die Ju/‘hoansi in der Kalahari-Wüste (vgl. Biese 1997:482), die Parigi am südlichen Celebes (vgl. Long 2008:103f), die Mafa in Nordkamerun (vgl. Kuntner 2004:285ff) oder die Toba-Bataks von Nord-Sumatra (vgl. Frazer 1994 [1909]: 57).

Die traditionelle Bedeutung der Plazenta bei den Maori Neuseelands

Ich möchte hier noch einmal⁶⁰ Christine Binder-Fritzs Feldforschung von Jänner bis Juni 1989 bei den Maori in Neuseeland, mit Fokus auf die Plazenta bei der Geburt und in der postnatalen Phase, heran ziehen.

Die Geburt eines Kindes wurde in früherer Zeit⁶¹ bei den Maori von verschiedenen Ritualen und Zeremonien begleitet (vgl. u.a. Best 1914; Shortland 1856; Simmons 1973). Vor der Missionierung (ab 1823) waren der Prozess der Geburt so wie alle damit in Verbindung stehenden Handlungen in hohem Maß mit *tapu* umgeben (vgl. Best 1906 und 1914), somit dienten viele der traditionellen postnatalen Rituale der Beseitigung bzw. Neutralisierung des Geburts-*tapu* von Neugeborenem und Mutter. Da die Geburt ein Ereignis war, welches mit der „übernatürlichen“ Welt in Zusammenhang stand, bargen Schwangerschaft und Geburt ein gewisses Risiko für Mutter und Kind, aber auch für die gesamte Familie und Verwandtschaft in sich (vgl. Jordan 1983:15). Schutzmaßnahmen waren einerseits die Separation der Gebärenden von der Dorfgemeinschaft und andererseits, wie schon erwähnt, die Durchführung von Riten⁶², welche laut Binder-Fritz (1991:417) als Übergangsriten⁶³ zu betrachten sind. Die Plazenta (*whenua*) so wie die Nabelschnur (*pito*) hatten bei den Maori nach der Geburt ihre physiologische Funktion zwar verloren, nicht jedoch ihre spirituell-religiöse – sie wurden wie verstorbene Angehörige rituell bestattet (vgl. Binder-Fritz 1991:448). Diese rituelle Bestattung der Plazenta und/oder der Nabelschnur beruht auf der Vorstellung, dass sie zum menschlichen Körper gehörige Teile seien, welche somit (genau so wie Fingernägel, Haare etc.) in der Erde vergraben werden sollten, um eben nicht, wie oben bereits erwähnt, Instrumente für möglicherweise schädigende Einflüsse magischer Kräfte (*maakutu*) zu werden (vgl. Binder-Fritz 1991:454). Geeignete Orte für die Bestattung der Plazenta seien Bäume, Steine, Felsen oder ausgewählte Stellen auf „tribal land“. Einige Maori vergruben die Plazenta bewusst an einer anderen Stelle als die Nabelschnur, letztere wurde manches Mal nicht vergraben, sondern in Baumlöchern oder auf Steinen abgelegt. Der getrocknete Stumpf der Nabelschnur, welcher nach einigen Tagen vom Kind abfiel, wurde

⁶⁰ Siehe Kap. 3.1.

⁶¹ Durch Missionierung und Kolonialisierung werden viele dieser Rituale heute nicht mehr durchgeführt (vgl. Best 1975:26 und Kap. 6 dieser Diplomarbeit).

⁶² Z.B. der *tohi*-Ritus (vgl. Binder-Fritz 1991:418ff und Best, 1906, 1914 und 1975), das traditionelle Dampfbad (vgl. Binder-Fritz 1991:424ff) so wie die Segnung mit einem *karakia* (vgl. Binder-Fritz 1991:422ff).

⁶³ Siehe van Gennep (2005 [1909]) so wie Kap. 6 dieser Diplomarbeit. Andere Übergangsriten, wie etwa Initiationsriten, Eheschließungsriten etc. fanden jedoch laut Smith (1974:21) bei den Maori nicht statt.

zumeist eine gewisse Zeit lang⁶⁴ zu Hause aufbewahrt. Da er jedoch als *tapu* galt, wurde darauf geachtet, ihn nicht in der Nähe der Kochstelle zu verwahren (vgl. Binder-Fritz 1991:457). Die Deponie des Nabelschnurrestes in Baumlöchern dürfte in direktem Zusammenhang mit dem sozialen Status einer Familie gestanden haben, wie eine Informantin von Binder-Fritz berichtete. Demzufolge würden bei Familien höheren Status auch höher liegende Löcher im Stamm eines Baumes ausgesucht. Laut Binder-Fritz (1991:459) sei es außerdem wichtig gewesen, dass die ausgewählten Bäume möglichst weit weg vom Dorf lagen, da sie ab dem Zeitpunkt der Deponie des *pito* Orte mit starkem *tapu* waren. Hintergrund dieses Brauches dürfte laut Best (1972:1129) die Vorstellung einer Opfergabe an den Waldgott *Tane* gewesen sein, welcher auch in vormissionarischer Zeit ein Sinnbild für Fruchtbarkeit war.

Die rituelle Bestattung der Plazenta stand nach Binder-Fritz (1991:463ff) in engem Zusammenhang zu den AhnInnen und dem Stammesland („tribal land“) – durch die Gabe der Plazenta (und/oder der Nabelschnur) an das Land der AhnInnen wurde auf rituelle Weise die Verbindung zu den VorfahrInnen verstärkt. Das Land hat bei den Maori einen hohen Stellenwert, was sich auch in der Schöpfungsmythologie ausdrückt. Eine 20-jährige Informantin von Binder-Fritz erklärt es wie folgt:

„We all come from Rangi and Papa, we are born out of the earth in the olden days. If you bury the placenta you return something what you have taken long time ago. It's some sort of rebirth, it's a connection with the land and it's to renew this connection.“ (Informantin Whatu, T/2, zit. nach Binder-Fritz 1991:464)

Papa (vollständig *Papa-tu-a-nuku*) verkörpert in der Schöpfungsmythologie der Maori „Mutter Erde“ und steht für Weiblichkeit und Fruchtbarkeit, *Rangi* ist die Bezeichnung für den „Himmelsvater“. Die beiden verbanden sich in einer Umarmung und brachten Kinder hervor, welche zu den Göttern der Maori wurden. Diese Kinder lebten jedoch in Dunkelheit in dem engen Raum, welcher zwischen den sich umarmenden Eltern noch blieb. Einer der Götter, *Tane-mahuta* (der Waldgott und Vater aller lebenden Dinge), nahm eines Tages all seine Kraft zusammen, stemmte sich zwischen Vater und Mutter und stieß schließlich den Vater in den Himmel, wodurch Licht und Winde entstanden. Die Tränen der Trauer des Vaters

⁶⁴ Die Angaben über die Dauer dieses Zeitraums schwanken laut Binder-Fritz (1991:457) zwischen einigen Wochen bis zu einem Jahr.

fielen vom Himmel herab und bildeten die Gewässer (vgl. Reed 1983:9ff). Dass die Plazenta eng mit dem Stammesland verbunden ist, zeigt auch ihre Bezeichnung als *whenua*, was übersetzt „das Land“ bedeutet (vgl. Binder-Fritz 1991:465). Heute haben viele junge Maori keine Beziehung mehr zum Brauch der Bestattung der Plazenta, manches Mal wird sie jedoch im eigenen Garten vergraben. Neben der Verbindung zum AhnInnenland und dem Schutz vor *maakutu* hatte das Vergraben der Plazenta bei den Maori aber noch einen weiteren Grund: Symbolisch wurde dadurch die Bindung der Mutter zum Neugeborenen enger (vgl. Binder-Fritz 1991:470ff).

Neben den Anschauungen, die Plazenta wäre Bruder/Schwester des Neugeborenen oder stelle eine Verbindung zum Land der VorfahrInnen dar, gibt es weltweit noch etliche weitere Plazentabräuche, deren vollständige Behandlung jedoch den Rahmen dieser Diplomarbeit sprengen würde. Kurz erwähnt sei an dieser Stelle nur, dass es auch Hinweise einer Vorstellung der Plazenta als Mutter (vgl. Brande 1935), Doppelgänger (Frazer 1994:57) so wie als Schutzengel (Long 2008:106f) gibt.

Die Bedeutung der Plazenta in Österreich und Europa

Nicht nur in anderen Kulturen schenkt man der Plazenta besondere Beachtung, auch bei uns gab es lange Zeit bestimmte Bräuche rund um Plazenta und Nabelschnur, wie die Wiener Ethnologin Birgit Lenger (2006) in ihrer Diplomarbeit „Mikrokosmos Mutterkuchen. Eine ethnologisch-ethnographische Untersuchung zum Umgang mit der Plazenta in Österreich“ beschreibt. Bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts hätte man neben der Plazenta vor allem auch der Nabelschnur und der „Glückshaube“ (Eihäuten) eine hohe Bedeutung beigemessen (vgl. Otto 2005:83). Das Vergraben der Nachgeburt unter einem grünen Baum sei nach Ploss und Bartels (1913:270) vor allem in Oberösterreich und Salzburg verbreitet gewesen – dies tat man zu Gunsten einer lang anhaltenden Gesundheit der Mutter. In der Steiermark und in Vorarlberg hätte man die Plazenta im Keller vergraben (vgl. Ploss/Bartels 1913:270). Dass früher die Plazenta öfter vergraben wurde, bestätigte mir ein niederösterreichischer Urologe in unserem Interview: „Früher (...) haben Leute (...) die Plazenta auch nach Hause mitgenommen und dann zum Beispiel unter einen Baum gepflanzt.“ (A2, 18.9.2011)

Die Plazenta durchlebte in „westlichen“ Industriegesellschaften jedoch im Laufe der Zeit einen Bedeutungswandel: Cornelia Enning (2003), Hebamme aus Deutschland und Autorin des Buches „Heilmittel aus Plazenta“ schildert in ihrem Artikel „Plazentaheilmittel –

Tradition und Vielfalt“ für die Hebammenzeitung (2010, Nr. 5), dass die Plazenta zu Anfang des 20. Jahrhunderts noch vielerorts ein beliebtes Heilmittel war und man in Deutschland bis 1889 in jeder Apotheke seine eigene Plazenta zur Verarbeitung zum Heilmittel abgeben konnte (vgl. Enning 2010:12). Bis in die 1980er Jahre wurde die Plazenta für die Herstellung von Kosmetikartikeln verwendet, was einen kleinen Nebenverdienst für das Krankenhauspersonal darstellte. Dies berichteten mir auch zwei meiner InterviewpartnerInnen:

„Man darf nicht vergessen, dass früher die Plazenta ja für die Pharma-Industrie sehr (...) beliebt war und ich da in meinen Anfangszeiten miterlebt habe, dass die Plazenta eingefroren worden ist und dann von Pharma-Betrieben aufgekauft worden ist. Das war so eine kleine Nebeneinkunft (...), die in die Taschen halt des Personals eingeflossen sind und daraus wurden dann eben Cremen (...) sehr stark östrogenhältig, wirksame kosmetische Produkte hergestellt.“ (A1, 3.8.2011)

„Ja, also bis vor zehn Jahren ungefähr (...) kamen die ja noch immer alle in die Kosmetikindustrie. (...) Das war für die (...) Hebammen ein extra Verdienst. Haben immer, also hier in Deutschland, pro Plazenta eine Mark gekriegt (...) und bei 600 Geburten waren das dann im Jahr irgendwie so 600 Mark (...) Dafür haben die quasi die Kühltruhe geputzt.“ (Hanna Ojus, H3, 20.6.2011)

Heute ist diese Handhabung der Plazenta aus gesundheitlichen Gründen verboten, da das Risiko einer Ansteckung mit HIV und anderen Krankheiten besteht; in Deutschland gäbe es laut Enning (2010:11) sogar Gesetze, die besagen, dass die Plazenta nach einer Hausgeburt mit den Schlachtabfällen lokaler Metzgereien entsorgt werden müsse. In der Kosmetikindustrie wird die Plazenta heute durch synthetisch hergestellte Stoffe ersetzt.

Heutzutage werde die Plazenta laut Enning (2010:11) in Deutschland zumeist als „Sondermüll ohne jede Bedeutung“ betrachtet. Auch die Hebamme Hanna Ojus bestätigte dies mit ihrer Antwort auf meine Frage, wie denn in Deutschland im Allgemeinen die Sichtweise auf die Plazenta sei: „Naja, meist mehr als Abfall.“ (Hanna Ojus, H3, 20.6.2011) Laut Lenger (2010:27) sei die Plazenta bei der Mehrheit der österreichischen Bevölkerung ebenfalls als Entsorgungsprodukt bzw. überhaupt nicht im Bewusstsein vorhanden, nur eine Minderheit würde sich mit der Nachgeburt beschäftigen. Eine niederösterreichische Hebamme antwortete

im Interview zur Frage der Sichtweise auf die Plazenta in Österreich: „Naja, so viel Interesse besteht wirklich nicht.“ (H2, 23.8.2011) Eine Studentin der Kultur- und Sozialanthropologie, welche zu ihrem zweiten Kind schwanger war, gab mir zu dieser Frage nur kurz und bündig das Wort „Abfallprodukt“ (S1, 20.6.2011) zur Antwort. Die Plazenta als Abfall- bzw. Wegwerfprodukt zu bezeichnen, betrachtet ein niederösterreichischer Chefarzt der Gynäkologie jedoch als verfehlt:

„Es ist doch ein Gewebe, was (...) eine ganz wesentliche Funktion hat. (...) Wegwerfprodukt wäre, wenn man sagen würde, gut, man nimmt das heraus und schmeißt es ungesehen weg. (...) Deswegen würde ich den Begriff hier als verfehlt betrachten. (...) Würde mir nicht einfallen, dieser Begriff, nein.“ (A1, 3.8.2011)

Auf meine folgende Frage, was denn üblicherweise im Krankenhaus mit der Plazenta geschehe, sobald die eventuellen postnatalen medizinischen Untersuchungen abgeschlossen seien, antwortete er: „Sie wird (...) der Feuerverbrennung zugeführt.“ (A1, 3.8.2011)

So gesehen wird die Plazenta im Krankenhaus zwar vielleicht nicht unbedingt als „Abfallprodukt“ *bezeichnet*, jedoch als solches *behandelt*.

Obwohl die Plazenta also scheinbar ihre einstige Bedeutung in Österreich und Deutschland im Laufe der letzten Jahrzehnte verlor, sei das Interesse von Seiten der Eltern jedoch seit kurzer Zeit wieder etwas größer – Vergraben der Plazenta, Anfertigen von Globuli⁶⁵ so wie seltener das Einfrieren und Verspeisen der Plazenta kämen laut einigen meiner InterviewpartnerInnen (H2, A1, A2) wieder etwas häufiger, wenn auch immer noch eher selten, vor.

Diesen Eindruck teilt auch die Ethnologin Kuntner (2004:291f), welche beschreibt, dass in den letzten Jahren von Eltern wieder vermehrt nach der Nachgeburt gefragt und immer häufiger der Wunsch geäußert wird, sie mit nach Hause zu nehmen, um sie beispielsweise im Garten zu vergraben und einen Baum darauf zu pflanzen.

Da die Durchführung einer Lotusgeburt eng mit einer Auseinandersetzung und Beschäftigung mit der Plazenta zusammen hängt, erschien es mir unerlässlich, auf letztere näher einzugehen. Folgend möchte ich mich nun mit den verschiedenen Aspekten der Lotusgeburt auseinander setzen.

⁶⁵ Kugelförmige Darreichungsform homöopathischer Arzneimittel.

5. DIE LOTUSGEBURT

Die Yoga-Lehrerin Mary Ceallaigh sammelt auf ihrer Homepage⁶⁶ Informationen, Artikel, Links so wie Buchtipps rund um das Thema Lotusgeburten. In ihrem Artikel „Common Questions about Umbilical Nonseverance (Lotus Birth): A Resource“ gibt sie in Form von Frage und Antwort einen umfassenden Überblick über die Durchführung einer Lotusgeburten. Wie der Titel des Artikels bereits besagt, wird bei der Lotusgeburten nach der Geburt des Kindes die Nabelschnur nicht durchtrennt, sondern bleibt intakt – die Verbindung zwischen Kind und Plazenta wird also aufrecht erhalten. Während der Nachgeburten wird das Kind auf den Bauch der Mutter gelegt. Direkt nachdem die Plazenta geboren wurde, kann man sie (für etwa 24 Stunden) in einer offenen Schüssel aufbewahren, was den Vorteil hat, dass sie so auch untersucht werden kann. Die Plazenta kann vorsichtig mit warmem Wasser gewaschen werden, wodurch auch die Blutklumpen entfernt werden können. Nach einigen Stunden ist die Nabelschnur auspulsiert und beginnt bereits, etwas härter und trockener zu werden.

Shivam Rachana ist australische Hebamme und begleitet seit 1977 Lotusgeburten. Sie ist Gründerin des „International College of Spiritual Midwifery“⁶⁷ und Co-Direktorin des „Centre for Human Transformation“⁶⁸. In ihrem Artikel „Lotus Birth“, welchen Mary Ceallaigh auf ihrer Homepage (vgl. URL 2) zur Verfügung stellt, beschreibt Rachana, dass die vollständige Abnabelung zwischen zweieinhalb und sieben Tagen dauern kann. In dieser Zeit kann die Plazenta entweder in einer Porzellanschüssel oder in einem Tuch bzw. Beutel aufbewahrt werden. Man sollte jedoch darauf achten, sie nicht in einem Plastikbehälter zu verwahren, da sie dort nicht atmen kann und sich somit ein unangenehmer Geruch entwickelt. Um die Plazenta zu konservieren, kann sie auf beiden Seiten mit Meersalz bestreut werden. Plant man jedoch, die Plazenta später zu vergraben und einen Baum darauf zu pflanzen, empfiehlt Shivam Rachana, auf Salz weitgehend zu verzichten und statt dessen Kräuteröle mit Basilikum, Myrrhe, Lavendel, Rosmarin oder Weihrauch zu verwenden. Die Behandlung der Plazenta mit Salz oder Kräuteröl kann täglich wiederholt werden, so lange, bis die Plazenta vollständig ausgetrocknet ist.

⁶⁶ Siehe URL 3.

⁶⁷ <http://www.womenofspirit.asn.au>

⁶⁸ <http://humantransformation.com.au>



Abb.1: Neugeborenes mit intakter Verbindung zur Plazenta

Plazenta

5.1. Verbreitung der Lotusgeburt

Die neuseeländische, in Australien lebende Ärztin Sarah J. Buckley, welche mehrere Artikel (2002, 2005) zum Thema Geburt so wie das Buch „Gentle Birth, Gentle Mothering: A Doctor's Guide to Natural Childbirth and Gentle Early Parenting Choices“ (2009) verfasste, beschreibt in ihrem Artikel „Lotus Birth - A Ritual for our times“ (2005, vgl. URL 4) die Anfänge der Lotusgeburt in Amerika und Australien. Ihren Namen erhielt diese demnach 1974 von der damals schwangeren, in Kalifornien lebenden Amerikanerin Claire „Lotus“ Day. Sie beobachtete eines Tages, wie eine Schimpansenmutter die Nabelschnur bei ihrem Jungen intakt ließ und begann, die Routine des Durchschneidens der Nabelschnur in Frage zu stellen. Für die Geburt ihres Sohnes Trimurti wollte sie auf eben dies verzichten und fand schließlich einen Gynäkologen, der bereit war, sich darauf einzulassen. Days Baby kam im Spital zur Welt, die Nabelschnur blieb intakt. In den USA nahm sich, angeregt von Claire Days Geburtsentscheidung, die Yogi und Hebamme Jeannine Parvati Baker dem Thema Lotusgeburt an und in etwa zur gleichen Zeit in Australien die Hebamme Shivam Rachana (vgl. Buckley 2005, vgl. URL 4).

Ein historischer Beleg für die Intaktlassung der Nabelschnur sind Aufzeichnungen in Briefen und Tagebüchern früher amerikanischer Pioniere. Die Lotusgeburt wurde damals vorrangig aus hygienischen Gründen durchgeführt – die offene Wunde am Nabel im Falle einer Durchtrennung der Nabelschnur wies ein zu großes Risiko der Wundinfektion auf (vgl. Leavitt 1986:21ff).

Jeannine Parvati Baker führte Lotusgeburten bei zwei ihrer Kinder durch und schrieb das Buch „Prenatal Yoga and Natural Childbirth“ (1974). Sie sah die Lotusgeburten als praktische Anwendung von Ahimsa, einem wichtigen ideologischen Bestandteil des Yoga. Im „Harenberg Lexikon der Religionen“ (Buddhe/Laue-Bothen 2002:583) wird Ahimsa (aus dem Sanskrit, übersetzt „Nichtverletzen“) als das grundsätzliche Prinzip der Gewaltlosigkeit, welches besondere Bedeutung im Janaismus und Buddhismus hat, beschrieben. Ahimsa ist weiters eine der fünf Tugenden des Raja-Yoga⁶⁹. Auch die Hebamme Mary Ceallaigh⁷⁰ geht auf die Verbindung des Prinzips Ahimsa und Lotusgeburten ein. Sie erklärt, dass Yoga-praktizierende Eltern in den 1980er Jahren, als sie (hauptsächlich über Bakers Buch über pränatales Yoga) mit dem Thema der Lotusgeburten in Berührung kamen, eine Verbindung herstellten zwischen der hohen Wertschätzung der Lotusblüte, welche im Buddhismus eines der „acht glücksverheißenden Symbole“ ist und für „inneres Erblühen“ steht (vgl. Buddhe/Laue-Bothen 2002:653) und dem „intakten“ Neugeborenen als „heiliges Kind“. Mary Ceallaigh (vgl. URL 3) beschreibt diesen Zusammenhang wie folgt:

„The fully aware, intact human child carries an inner universe of potential, just like the Lotus flower (...) The umbilical cord stalk that rises out of the placenta has various unique similarities with the Lotus leaf pad and stem! The fresh Lotus stem is very strong, yet flexible, like the umbilical cord. The Lotus leaf has similar lacy vein patterns to the fetal side of the placenta.“

Die Lotusgeburten hätte sich laut Mary Ceallaigh somit in den 1980er Jahren unter Yoga-Praktizierenden in den USA verbreitet und die Lotusgeburten somit an Bekanntheit gewonnen.

Seit den 90er-Jahren nimmt sich die australische Ärztin und Eltern-Beraterin des Magazins „Mothering“ Sarah Buckley der Lotusgeburten an; gemeinsam mit der Hebamme Shivam Rachana trug sie dazu bei, die Lotusgeburten in Australien bekannt(er) zu machen. Sie verfasste einige Artikel (2002, 2005) über (Lotus-)Geburt und schrieb das Buch „Gentle Birth, Gentle Mothering: A Doctor’s Guide to Natural Childbirth and Gentle Early Parenting Choices“ (2009).

⁶⁹ Der Begriff „Raja-Yoga“ ist eine neuere Bezeichnung für den Ashtanga-Yoga, dem von Patanjali im 5. Jh. n. Chr. systematisierten acht-gliedrigen, stufenweise aufgebautem Yoga (vgl. Budde/Laue-Bothen 2002:556).

⁷⁰ in ihrem Online-Artikel „Common Questions about Umbilical Nonseverance“ (vgl. URL 3)

Shivam Rachana, australische Hebamme und Autorin des weltweit einzigen Buches über Lotusgeburt, schrieb mir in einer E-Mail-Konversation:

„Lotus Birth has continued to become more popular in Australia over the past twenty years. It is found mostly in the homebirth community however there is an increasing number happening in hospitals with a few very successful Lotus caesarean surgery births.“ (Shivam Rachana, E-Mail von 7.10.2011)

Auch die deutsche Hebamme Hanna Ojus (H3), welche sich seit sieben Jahren auf die Betreuung von Lotusgeburten spezialisiert hat, meinte in unserem Interview:

„Also wie gesagt, in Australien ist Lotusgeburt (...) schon sehr viel normaler, da (...) hat es auch längst den Weg in die Kliniken gemacht. (...) Ich sag einmal, das ist so ähnlich, wie (...) Wassergeburt in den Anfängen.“ (H3, 20.6.2011)

Es gibt auch Berichte von einigen indigenen Völkern, welche die Nabelschnur nach der Geburt nicht durchtrennen. So berichtete mir beispielsweise Hanna Ojus (H3) in unserem Interview von indigenen Völkern auf den Hochebenen Kolumbiens, welche die Plazenta mit dem Kind verbunden lassen: „das hat mir eine (...) Hebamme erzählt, die in Kolumbien [im Hochland, *Anm. d. Verf.*] gearbeitet hat, wo Lotusgeburten noch heute praktiziert werden“ (H3, 20.6.2011). Auch in Bali lässt man die Nabelschnur intakt, wie mir Hanna Ojus in ihrem Interview mitteilte: „Und da [Bali, *Anm. d. Verf.*] ist es auch so, die machen eigentlich auch Lotusgeburt.“ (H3, 20.6.2011)

Mary Ceallaigh geht ebenfalls auf Bali in ihrem Online-Artikel „Common Questions about Umbilical Nonseverance“ (vgl. URL 3) ein:

„[...] the modern islanders of peaceful Bali (...) still continue the ancient practice of extended-delayed cord clamping-severance (typically 2-5 hours after the birth) and have many full Lotus Births at home and in birth centers.“

Auch die Ju/'hoansi⁷¹ praktizieren laut Shostak (2006:77ff) die Intaktlassung der Nabelschnur nach der Geburt. Die Ju/'hoansi-Frauen gehen für die Geburt eines Kindes aus dem Dorf (manchmal bis zu einem Kilometer weit) und gebären alleine, ohne Anwesenheit anderer Personen. Die Nabelschnur bleibt intakt und wird auch nicht abgeklemmt.

In Tessin, einem italienischsprachigen Kanton der Schweiz, wurden laut einem in deutscher Sprache verfügbaren Artikel des TZ-Magazins von Sarah Coppola-Weber (2009:24) schon Lotusgeburten in Krankenhäusern durchgeführt. So etwa im „Ospedale Civico“ in Locarno, einer Stadt im Kanton Tessin. Auch der Gynäkologe Francesco Salsano aus Locarno, einer anderen Stadt im Kanton Tessin, berichtet in Coppola-Webers Artikel von durch ihn begleiteten Lotusgeburten (vgl. 2009:24).

In Italien gibt es einen Verein für Lotusgeburt, die „Associazione Lotus Birth“, deren Präsidentin die Atemtherapeutin Susanna Swapana Hinnawi ist (vgl. Coppola-Weber 2009:24). Leider ist die Homepage dieses Vereins nur in italienischer Sprache verfügbar, was es mir nicht möglich machte, die dort zur Verfügung gestellten Informationen zu verstehen. Im Interview mit Sarah Coppola-Weber (2009:24) äußert sich Susanna Swapana Hinnawi jedoch ein wenig über den Verein, dessen Hauptanliegen die Schaffung eines höheren Bewusstseinsgrades für das Thema Geburt so wie die Verbreitung von Information über die Lotusgeburt sei. Laut einem anderen Interview⁷² gibt Susanna Hinnawi an, dass die Lotusgeburt in Italien im Jahr 2004 erstmalig bekannt wurde, als Shivam Rachanas Buch „Lotus Birth“ (2000) ins Italienische übersetzt wurde. Die erste Lotusgeburt in einem italienischen Krankenhaus fand 2006 in der Provinz Mantua statt, eine weitere 2008 im „Sant'Anna“-Spital in Turin (vgl. URL 5).

In Großbritannien dürfte hingegen die Lotusgeburt (zumindest bis Ende 2008) noch weitgehend unbekannt sein: Im Zuge meiner Recherchen stieß ich auf ein Statement der britischen RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists) zur Lotusgeburt vom 1.12.2008, in welchem sich die RCOG wie folgt äußert:

⁷¹ Die Ju/'hoansi (früher !Kung genannt) sind JägerInnen und SammlerInnen mit egalitärer sozialer Stratifikation in der Kalahari-Wüste (vgl. Haller 2005:196).

⁷² Durchgeführt am 21.4.2009 von Judith Halek, der Betreiberin des „Birth-Balance“-Blogs (vgl. URL 5).

„The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) is aware that a small number of women are choosing umbilical non-severance, or „lotus birth“. (...) No research exists on lotus births and there is currently no medical evidence that it is of benefit to the baby. (...) The RCOG would like to stress that at present, the practice of lotus birth is new to the UK and there is a lack of research regarding its safety.“ (vgl. URL 6)

Ich möchte nun auf die Verbreitung und Bekanntheit der Lotusgeburt im deutschsprachigen Raum⁷³ näher eingehen. Generell ist mir im Zuge meiner Recherchen aufgefallen, dass es (sei es nun bei Literatur oder auch bei Internetseiten) deutlich mehr englischsprachige Publikationen, Online-Artikel, Erfahrungsberichte und Foren-Diskussionen gibt als deutschsprachige. Zwar wird die Lotusgeburt im deutschsprachigen Raum bereits von einigen Eltern durchgeführt (siehe weiter unten „Erfahrungsberichte“, so wie Interview mit H3 am 20.6.2011), jedoch meinem Erkenntnisstand zufolge hat sie ihren Weg in die Krankenhäuser noch kaum gefunden. Die Hebamme Hanna Ojus (H3) formulierte es wie folgt: „Also die wenigsten Krankenhäuser wissen das, dass es das überhaupt gibt, und die, die es wissen, die sagen einfach ‚Nein, so was machen wir nicht.‘“ (H3, 20.6.2011). Auch eine junge Mutter zweier Kinder aus Wien (S1), welche sich während ihrer zweiten Schwangerschaft für die Durchführung einer Lotusgeburt interessierte, beschreibt in einem für diese Diplomarbeit eigens angefertigten Geburtsbericht, wie sie von einem Krankenhaus eine Absage erhielt:

„Dann fragte ich bei der Kreißsaalbesichtigung im Krankenhaus ob die Hebamme über diese Lotusgeburt Bescheid wüsste. Zu meinem Erstaunen: Ja, aber es wurde in diesem Haus noch nie gemacht und ich würde sicherlich nicht die Möglichkeit bekommen, das zu machen (...)“ (S1, 20.12.2011)

Ein Gynäkologe (A4) und Vater von drei Kindern, welcher im AKH Wien arbeitete, meinte ebenfalls während eines informellen Gesprächs, dass ihm kein Fall einer Lotusgeburt in einem österreichischen Krankenhaus bekannt sei. Auch der Vater von zwei Töchtern und Chefarzt der Gynäkologie (A1) eines niederösterreichischen Landeskrankenhauses antwortete in unserem Interview auf meine Frage, ob er persönlich oder jemand, den er kenne, bereits Erfahrung mit der Lotusgeburt habe: „Sicher nicht (...) Nein.“ (A1, 3.8.2011) Dieselbe

⁷³ Österreich, Deutschland und deutschsprachige Kantone in der Schweiz.

Antwort erhielt ich von einem weiteren Gynäkologen (A2), ebenfalls von einem Krankenhaus in Niederösterreich: „Na, ich hab es nur (...) schriftlich gehört, aber so richtig jemand (...) kenn ich nicht.“ (A2, 18.9.2011) Zwei Hebammen (H1 und H2) aus Niederösterreich kannten ebenfalls niemanden, der die Lotusgeburt schon durchgeführt hatte. Eine der beiden (H2, 23.8.2011) meinte sogar: „Ja, wir haben das da schon im Team besprochen, und die meisten, muss ich sagen.. Das war für alle eigentlich fremd.“ Eine 22-jährige Medizinstudentin (A5) der Charité Berlin, welche im März 2012 ein Praktikum auf der Geburtenstation in einem Wiener Privatspital machte, berichtete mir ebenfalls in mehreren informellen Gesprächen, dass auf Nachfrage bei den Hebammen dieses Spitals noch niemand von der Lotusgeburt gehört hätte und sie auch in diesem Spital bisher nicht durchgeführt worden sei. Auch mehrere Eltern-Kind-Zentren in Wien, Graz, Salzburg und Linz, bei welchen ich bezüglich der Lotusgeburt anfragte, gaben an, noch nie etwas davon gehört zu haben. Von einer 53-jährigen Gynäkologin (A3) eines Wiener Privatkrankenhauses erhielt ich jedoch in einem informellen Gespräch den Hinweis, dass in ihrem Krankenhaus bereits Lotusgeburten durchgeführt worden seien. Sie selbst war nicht zu einem Interview bereit, verwies mich aber auf eine der Hebammen, mit denen sie häufig zusammen arbeitete. Mit dieser telefonierte ich zwei Mal, jedoch war auch sie nicht bereit, mir weitere Auskunft zu geben. Auf der Homepage dieses Krankenhauses erhält man keinerlei Information über das Angebot einer Lotusgeburt. Somit kann ich diesen Hinweis leider nicht ausreichend bestätigen.

Einen Fall einer Lotusgeburt im Krankenhaus fand ich, im Zuge meiner Recherchen, in der Schweiz: Die Schweizer Ärztin Désirée Dal Pian berichtete in ihrem Artikel „Lotus-Geburt“ (2007) für die Schweizer Fachzeitschrift „FHA-Frauenheilkunde Aktuell“, wie ein Elternpaar kurz vor der Durchführung eines (ungeplanten) Kaiserschnitts das medizinische Personal mit der Bitte nach einer Lotusgeburt verwirrte. Sie beschreibt es wie folgt:

„Was eine Lotusgeburt sein sollte, das wussten wir bis zu diesem Zeitpunkt nicht. (...) Die Eltern haben uns dann aufgeklärt. (...) Eine gewisse Ratlosigkeit machte sich bei uns breit. Ist das nicht nur einigermassen absurd sondern ist es vielleicht sogar wegen der Infektionsgefahr für das Kind gefährlich? Was sagen die Kinderärzte dazu?“ (Pian 2007:35)

Nach einer Recherche im Internet und nachdem die Kinderärzte einwilligten, entschlossen sich Pian und ihr Team für die Durchführung der Lotusgebur (vgl. Pian 2007:36). Auch Hanna Ojus (H3), welche aus eigener Angabe derzeit die meisten Lotusgeburten in Deutschland betreut, verwies mich als einzigen ihr bekannten Fall einer Lotusgebur im Krankenhaus auf jenen von Désirée Pian: „Und es gibt ja (...) im Internet (...) einen Bericht von einer Schweizer Ärztin, die Kaiserschnitt gemacht haben mit Lotusgebur.“ (H3, 20.6.2011)

5.2. Vor- und Nachteile

Die Meinungen über die Vor- und Nachteile der Lotusgebur gehen auseinander – im Folgenden möchte ich einerseits einige der Vor- und Nachteile, welche ich in meinen Interviews gehört habe, skizzieren, und andererseits auf ein paar (Fach-)Artikel eingehen, welche ich während meiner Recherche gefunden und gelesen habe.

Zunächst zu den Vorteilen

Einer der am häufigsten genannten Vorteile der Lotusgebur ist nicht ausschließlich nur durch die Lotusgebur erreichbar, sondern auch bereits durch eine etwas spätere Abnabelung gegeben – nämlich das Zurückfließen des Restblutes, welches in der Plazenta vorhanden ist, zum Kind. Diesen Vorteil erwähnen u.a. Robin Lim (2001), Shivam Rachana im Online-Artikel „Lotus Birth“ (vgl. URL 1), Mary Ceallaigh im Online-Artikel „Common Questions about Umbilical Nonseverance“ (vgl. URL 3) so wie auch eine meiner InterviewpartnerInnen, die Hebammme Hanna Ojus (H3), welche seit etwa sieben Jahren schwerpunktmäßig Haus- und Lotusgeburten betreut:

„Also es hat auf jeden Fall Vorteile (...) rein austauschmäßig, dass also bei einer Lotusgebur die (...) Menge an Blut, die zum Kind oder zur Plazenta genau richtig [ist, *Anm. d. Verf.*], dass die stimmt.“ (H3, 20.6.2011)

Auch ein Gynäkologe eines niederösterreichischen Krankenhaus antwortete mir im Interview auf die Frage, welche Vorteile eine Lotusgebur haben könnte: „[...] ich denke, dass es [das Kind, *Anm. d. Verf.*] keine Blutverluste gleich bei der Geburt hat“ (A2, 18.9.2011).

Susanna Hinnawi, Präsidentin des italienischen Vereines für Lotusgeburten („Associazione Lotus Birth“) äußert sich in einem Interview mit Judith Halek, Geburtsfotografin und -filmerin so wie Betreiberin des „Birth-Balance“-Blogs, ebenfalls zu diesem Vorteil:

„[...] the connection to the placenta causes the baby receives all the rich oxygenated blood (...) When the cord is cut in the opening minutes, the placenta remains to be third to 50% of the blood that should go to the baby.“ (URL 5)

Dadurch, dass das Blut bei einer späten Abnabelung bzw. bei einer Lotusgeburten zum Kind zurückfließen kann, ist das Blutvolumen des Babies erhöht, wodurch es über mehr Sauerstoff und auch Eisen⁷⁴ verfügt. Shivam Rachana (im Online-Artikel „Lotus Birth“, vgl. URL 1) erklärt es wie folgt:

„Lotus Birth ensures, that the physical body is well cared for by ensuring that the baby receives the full quotient of the oxygen-bearing highly nutritious blood that is in the cord. The infant obtains 40-60 mL of ‚extra‘ blood from the placenta if the cord is not tied until pulsation cease.“

Sie weist weiters darauf hin, dass 30 ml Blut im Körper eines Neugeborenen etwa 600 ml Blut im Körper eines Erwachsenen entsprechen. Somit wäre bei einer frühen Abnabelung das Risiko gegeben, dass bis zu 60 ml Blut (1200 ml Blut im Körper eines Erwachsenen) verloren gehen könnten. Auch Hanna Ojus geht auf diesen Punkt ein:

„[...] und es kann passieren, beim frühen Abnabeln, dass (...) die Kinder zu wenig (...) Blut haben. Und zu wenig heißt, das Blut ist gerade (...) pulsationsmäßig in der Plazenta, und es kann bis zu 120⁷⁵ Milliliter Blut sein, was ungefähr umgerechnet bei uns (...) ein Liter Blut wäre.“ (H3, 20.6.2011)

Dieser Vorteil ist wie gesagt jedoch kein Spezifikum der Lotusgeburten, sondern bereits dadurch zu erreichen, dass man mit der Abnabelung so lange wartet, bis die Nabelschnur auspulsiert

⁷⁴ An späterer Stelle dieses Kapitels gehe ich auf den Vorteil eines erhöhten Eisenspeichers gesondert ein.

⁷⁵ Die Angaben zwischen Shivam Rachana und Hanna Ojus gehen hier auseinander. Einig sind sich beide jedoch darin, dass es sich umgerechnet im Körper eines Erwachsenen um etwa einen Liter Blutsverlust handeln würde.

ist – was in den meisten Krankenhäusern in Österreich sowieso bereits gemacht wird, wie mir ein Chefarzt der Gynäkologie eines niederösterreichischen Landesklinikums mitteilte: „Naja, es ist ja so, üblicherweise, dass man so lange die (...) Nabelschnur pulsiert, ja sowieso nicht abnabelt.“ (A1, 3.8.2011) Auch eine niederösterreichische Hebamme bestätigte dies, indem sie mir auf meine Frage, wann üblicherweise abgenabelt werden würde, antwortete: „[...] wenn die Nabelschnur auspulsiert ist.“ (H2, 23.8.2011)

Mit dem Vorteil des größeren Blutvolumens im Körper des Neugeborenen zusammenhängend sind nach einem Artikel von Robin Lim (2001), einer balinesischen Hebamme und Autorin, weitere Vorteile der späten Abnabelung ein höherer und stabilerer Blutdruck (im Vergleich zu Babies, welche durch frühe Abnabelung über bis zu 60 ml weniger Blut verfügen) und ein geringerer Bedarf an Bluttransfusionen bei Frühgeborenen.

Hinsichtlich der Neigung zur Gelbsucht gehen die Meinungen auseinander. Frau Hanna Ojus erzählt aus ihrer 16-jährigen Erfahrung als Hebamme, dass Lotusgeburt-Babies weniger zur Gelbsucht neigen als jene Kinder, deren Nabelschnur durchtrennt wird. Sie schildert es wie folgt: „[...] was ich immer erlebe, ist dass die Kinder weniger gelb werden. Dadurch dass (...) sich ganz viel Billirubin in der (...) Nabelschnur absetzt.“ (H3, 20.6.2011) Andererseits, darauf wies mich eine andere Hebamme aus Niederösterreich (H1) in einem meiner Interviews hin, gäbe es eine medizinische Studie, welche das frühzeitige Abklemmen der Nabelschnur mit dem späteren verglichen hat und zu einem gegenteiligen Ergebnis kommt (vgl. H1, 14.4.2011). Ich recherchierte daraufhin und fand diese Studie tatsächlich, welche von Susan J. McDonald und Philippa Middleton (2009) durchgeführt wurde und unter anderem ergab, dass es einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen (frühe und späte Abklemmung der Nabelschnur) hinsichtlich der Notwendigkeit von Gelbsucht-Therapie gibt. Jene Gruppe, welche spät abklemmte, schnitt hier deutlich schlechter ab. Untersucht wurden 1762 Fälle. Allerdings, wie die oben bereits genannte Hebamme (H1) anmerkte, wisse man bei dieser Studie nicht, ob nicht zumindest ein Teil dieser Kinder sowieso zur Gelbsucht tendiert hätte (vgl. H1, 14.4.2011). Als Überlegung möchte ich noch hinzufügen, dass man auch nicht weiß, ob sich dieser Effekt des gesteigerten Gelbsucht-Risikos nicht eventuell auf das Abklemmen an sich bezieht und wie es nun wirklich mit der Gelbsuchtgefahr bei Lotusgeburten steht, bei welcher ja zu keinem Zeitpunkt, weder früh

noch spät, abgeklemmt wird. Dies wäre meiner Ansicht nach ein sehr interessantes Thema für eine medizinische Studie.

Abgesehen von den oben genannten Vorteilen erwähnt Robin Lim (2001) noch einen erhöhten Eisengehalt im Blut von Kindern, deren Nabelschnur spät oder gar nicht abgeklemmt wurde und daraus resultierend eine geringere Gefahr von Anämie (Blutarmut) – nämlich nicht nur direkt nach der Entbindung, sondern auch noch sechs Monate und länger nach der Geburt. Auch die Studie von McDonald und Middleton (vgl. 2009:1) fand dies heraus und konnte bei der Gruppe, welche spät abklemmte, einen deutlich höheren Eisengehalt feststellen als bei der Gruppe, welche früh abklemmte. Auch Shivam Rachana spricht im Online-Artikel „Lotus Birth“ (vgl. URL 1) den Eisengehalt an: „We must wonder, too, whether the denial of the iron-rich cord blood is a contributing factor to widespread cases of infant and childhood anemia.“

Hanna Ojus berichtet noch von einem weiteren, hygienischen Vorteil, nämlich dem (vermeintlichen) Fehlen eines Wundinfektionsrisikos⁷⁶:

„Was ein ganz anderer Vorteil ist, das hat mir (...) eine Hebamme erzählt, die in Kolumbien gearbeitet hat (...) im Hochland unterwegs war, und manchmal kam sie erst (...) zwei oder drei Tage nach der Geburt zu den Frauen, weil sie so spät von den Geburten erfahren hat, und (...) dann war sie immer sehr froh (...) wenn die Frauen nicht abgenabelt hatten. (...) Also die hygienischen Verhältnisse waren da schon sehr (...) bedingt, und sie hat gesagt, wenn die nicht abgenabelt haben (...) der Nabel war immer ok. Während wenn die Eltern abgenabelt haben, hat es am Nabel angefangen zu suppen.“ (H3, 20.6.2011)

Ein weiterer Vorteil, und hier entfernen wir uns nun von der rein physischen Ebene, liegt laut einiger Hebammen und Lotusgeburten-BefürworterInnen in der Auswirkung der eingeschränkten Mobilität in den Tagen nach der Geburt. Obwohl dies zunächst paradox klingen mag, ist es insofern ein Vorteil, als dass man sich wirklich in aller Ruhe die Zeit und den Raum geben kann, um sein Kind erst einmal kennen zu lernen und sich in der neuen

⁷⁶ Auch im Internet findet man immer wieder Hinweise auf den vermeintlichen Vorteil einer fehlenden Wundinfektionsgefahr bei Lotusgeburten, jedoch sind diese nicht ausreichend belegt.

Situation zurecht zu finden. Das Leben wird in den Tagen, wo die Plazenta mit dem Kind verbunden ist, deutlich verlangsamt. So beschreibt es zum Beispiel die Hebamme Hanna Ojus:

„Na, das ist ja das andere (...) sehr positive an der Lotusgeburt, also ich sag ja soundso immer nach der Geburt, die sollen bitteschön fünf Tage (...) keinen Besuch kriegen. (...) Ja und das andere bei der Lotusgeburt ist einfach, dass die Frau auch wirklich viel im Bett ist, nämlich ein Wochenbett. (...) Also es verlangsamt das Leben ganz explizit und das ist ein absoluter Vorteil der Lotusgeburt.“ (H3, 20.6.2011)

Auch Shivam Rachana (2000) beschreibt dies als „ruhige, stille Zeit für Baby und Mama“. Und Mary Ceallaigh beschreibt in ihrem Online-Artikel „Common Questions about Umbilical Nonseverance“ (vgl. URL 3) ebenfalls die Tage der Verbundenheit von Kind und Plazenta als sehr positiv:

„For full nonseverance families, the early days postpartum are spent simply resting and grounding, as the mother & father and Lotus babe experience the fullness of relationship, secluded and secure at home, in fact rarely leaving the bedroom.“

Nachteile der Lotusgeburt

Ich befragte einige meiner InterviewpartnerInnen nach möglichen Nachteilen der Lotusgeburt. Einer der am häufigsten genannten möglichen Nachteile war die vermeintlich erhöhte Umständlichkeit⁷⁷ in den Tagen der Verbundenheit von Neugeborenem und Plazenta. So meinte beispielsweise ein Chefarzt der Gynäkologie (A1) diesbezüglich, dass „die Handhabung diverser Anwendungen halt schwieriger sein wird mit dem Kind“ (A1, 3.8.2012). Dem schließt sich auch ein anderer Gynäkologe (A2) an: „Nachteil kann ich mir vorstellen, dass es zuerst so ungewohnt ist (...) wie man damit (...) umgeht, wie man das Kind badet (...) also so praktische Sachen“ (A2, 18.9.2011). Zum möglichen Nachteil einer erhöhten Umständlichkeit äußert sich auch eine niederösterreichische Hebamme:

⁷⁷ Dies las ich auch auf Internetseiten und in Foren am häufigsten, jedoch sind diese Aussagen meist anonym verfasst worden und/oder nicht ausreichend belegt.

„Und was jetzt noch ein Nachteil ist, wenn man jetzt das Baby wickelt, es ist schon umständlicher. (...) Und auch beim Stillen und so, nicht, jetzt musst die Plazenta auch immer irgendwo hinplatzieren und so (...) umständlich ist es.“ (H2, 23.8.2011)

Ich möchte hier jedoch darauf hinweisen, dass alle drei zitierten InterviewpartnerInnen über keinerlei praktische Erfahrung mit der Lotusgeburt verfügen und es sich um subjektive Annahmen und Vermutungen handelt. Wie bereits an obiger Stelle bei den Vorteilen angeführt, sehen Hebammen wie Shivam Rachana, Mary Ceallaigh oder Hanna Ojus, welche über sehr viel praktische Erfahrung mit der Lotusgeburt verfügen, genau diese „erhöhte Umständlichkeit“ als Vorteil, da das Leben der neuen Familie verlangsamt wird und in Ruhe eine Beziehung zum Kind aufgebaut werden kann.

Im Zuge meiner Recherchen stieß ich auch auf den möglichen „Nachteil“ der bei einer Lotusgeburt nicht vorhandenen Option auf die Entnahme von Nabelschnurblut⁷⁸ (engl. „cord blood banking“). Mary Ceallaigh führt in ihrem Online-Artikel „Common Questions about Umbilical Nonseverance“ an, dass bei einer solchen Nabelschnur-Blutentnahme durchschnittlich 100 ml Blut entnommen werden, welche dann dem Baby fehlen. Sie gibt weiters zu bedenken: „cord blood banking is a new (...) business niche, aggressively marketing to parents, healthcare providers [sic!], and hospitals.“ (URL 3) Damit wird das Profit-Interesse von kommerziellen Blutbanken angedeutet, welche für eine Nabelschnur-Blutentnahme zwischen 2000 Euro und 2500 Euro verlangen (vgl. Klingebiel 2009:829). Auch die australische Ärztin Sarah Buckley widmet in ihrem Buch „Gentle Birth, Gentle Mothering“ ein kurzes Kapitel von fünf Seiten dem „cord blood banking“, in welchem sie ebenfalls auf die hohen Kosten eingeht – ihr zufolge verlangten amerikanische Blutbanken zwischen 1000 und 2000 US-Dollar als einmalig zu zahlenden Betrag und zusätzlich einen jährlichen Betrag zwischen 100 und 150 US-Dollar⁷⁹ als Gebühr für die „biological insurance“ (vgl. Buckley 2009:171). Buckley geht weiters darauf ein, dass die Nützlichkeit von Nabelschnurblut noch nicht hinreichend erforscht sei und vor allem im Vergleich zur bisher üblichen Methode einer Knochenmarktransplantation keine eindeutigen Vorteile aufweist (2009:172). Dieser Meinung schließt sich auch der Kinderkrebsforscher Michael

⁷⁸ Nabelschnurblut enthält Stammzellen, welche in der Lage sein sollen, eine potentiell auftretende spätere Krankheit, wie beispielsweise Leukämie, des Kindes zu heilen (vgl. Klingebiel 2009:829f).

⁷⁹ Für diese Angaben bezieht sich Buckley auf folgende Homepage: <http://parentsguidecordblood.org>.

Sullivan an (vgl. 2008:561). Mary Caellaigh stellt abschließend zu ihren Ausführungen zum „cord blood banking“ die Frage in den Raum: „If the cord blood is so valuable, what does it mean for the newborn child to be deprived of it?“ (URL 3)

Einen praktischen Nachteil auf medizinischer Ebene sah ein Chefarzt der Gynäkologie (A1) aus Niederösterreich: Im Falle, dass das Baby nach der Geburt einer bestimmten Therapie bedarf und beispielsweise Injektionen benötigt, hat man bei einer durchtrennten Nabelschnur den Vorteil, dass dort eine Vene frei zugänglich ist – man muss also nicht die Haut des Babys durchstechen. Auch bei den einigen anderen (nicht näher definierten) therapeutischen Maßnahmen sei eine mit dem Kind verbundene Plazenta nicht praktikabel (vgl. A1, 3.8.2011).

6. DIE LOTUSGEBURT ALS ÜBERGANGSRITUAL

Nach dieser Einführung in Verbreitung, Durchführung so wie Vor- und Nachteile der Lotusgeburt wende ich mich nun der Frage zu, inwiefern die Lotusgeburt als Übergangsritual betrachtet werden kann. Hierzu werde ich zunächst kurz auf den Ritualbegriff so wie auf das Konzept des „Übergangsrituals“ nach van Gennep (2005 [1909]) und Turner (2005 [1969]) eingehen und anschließend die Lotusgeburt unter diesem Gesichtspunkt diskutieren.

Voraus schicken möchte ich, dass es meines Wissens nach zu diesem spezifischen Aspekt (Lotusgeburt als Übergangsritual) noch keinerlei wissenschaftliche Auseinandersetzung gibt und dies daher einen ersten Versuch darstellt, welcher als Ausgangs- und Anschlusspunkt für weitere Forschungen in diese Richtung dienen könnte. Dabei orientiere ich mich an ausgewählter, bereits vorhandener Literatur wie Kitzinger (1982), Homans (1982) und Weiß (1997a, b), welche die Geburt im Rahmen ihrer Forschungen als Übergangsritual beschreiben.

Ritual

Für Frazer (2005 [1909]), Lévy-Bruhl (1922 und 1935) und andere waren viele Handlungen der „primitiven“⁸⁰ Welt von „magischen“ bzw. „prä rationalen“ Vorstellungen bestimmt – somit betrachteten sie auch das Ritual als „ineffiziente“ Technik (vgl. Kramer, 2000:211). Malinowski hob, ausgehend von seiner Feldforschung bei den Trobriandern, in seinen Werken (z.B. 1925) hervor, dass auch in „primitiven“ Kulturen technische Handlungen eindeutig von „magisch-rituellen“ unterschieden werden. Seiner Ansicht nach sei die Wirksamkeit eines Rituals an den Zeitpunkt seiner Durchführung gebunden – diese Verbindung von Zeit und Ritual hatte zuvor auch schon van Gennep (1909) anhand seiner Theorie der „Übergangsriten“ (mehr dazu an späterer Stelle) beschrieben. Laut Radcliffe-Brown (z.B. 1964[1922] und 1952) würden Rituale symbolische Ausdrücke von bestimmten Gefühlen regulieren so wie das soziale Verhalten der Individuen einer Gesellschaft steuern. Turner (1969) geht in seiner Ritualtheorie zwar zunächst von van Gennep aus, jedoch betont er anhand seiner Feldforschung bei den Ndembu in Sambia vor allem die Symbolhaftigkeit von Ritualen so wie deren Bedeutung in der Aufhebung alltäglicher Strukturen und hinsichtlich der Kommunikation mit „spirituellen“ Wesenheiten. Kramer (2000:211) zufolge bestehen in der Ethnologie allerdings keine Einigkeit darüber, ob Rituale notwendigerweise symbolische Bedeutungen beinhalten und/oder der Kommunikation mit „spirituellen“ Wesenheiten dienen.

Im Folgenden möchte ich näher auf die Ritualtheorie und das Konzept des Übergangsrituals nach van Gennep (2005 [1909]) und Turner (2005 [1969]) eingehen, da diese die Grundlage für die von mir herangezogenen Forschungen zu „Geburt als Übergang“ darstellen so wie auch Ausgangspunkt meiner Überlegungen zu einer Interpretation der Lotusgeburt als Übergangsritual sind.

Übergangsritual – „Rites de passage“

Van Gennep (2005 [1909]) beschreibt in seiner Ritualtheorie drei Phasen des Übergangsrituals: 1) Ablösungsphase; 2) Zwischenphase und 3) Integrationsphase (vgl. 2005:21). Jede dieser Phasen wird laut van Gennep von einem bestimmten Ritualtyp begleitet. So stehen Trennungsriten für die Ablösung, Umwandlungsriten für die Zwischenphase und

⁸⁰ In der formativen Phase der Ethnologie (ca. 1860-1900) spielte der soziologische Evolutionismus eine große Rolle; Morgan (1877) u.a. gingen von einer stufenweisen Entwicklung der Menschheit aus – Wildheit, Barbarei, Zivilisation (erstere beiden galten als „primitiv“).

Angliederungsriten für die Integration. Diese drei Phasen können, müssen aber nicht, wiederum in einzelne Segmente aufgeteilt werden (beispielsweise könne es zwischen Schwellenphase und Integrationsphase erneut Trennungsriten geben etc.). Zentrale Idee ist, dass Übergangsriten immer dann durchgeführt werden, wenn ein Individuum von „einem Zustand in einen anderen“ oder von „einer kosmischen bzw. sozialen Welt in eine andere“ geht (vgl. van Gennep 2005:21). „Klassische“ Übergänge im Leben eines Menschen seien nach van Gennep Schwangerschaft und Geburt, Heirat, Initiation, Tod etc. Van Gennep (2005:21f) weist jedoch darauf hin, dass nicht alle Geburts-, Hochzeits- oder Initiationsriten zwangsläufig auch Übergangsriten seien; die meisten Rituale dienten neben ihrer Funktion einer „Begleitung“ von einem Zustand in einen anderen noch speziellen Zwecken (wie etwa Fruchtbarkeit, Schutz, Divination etc.). Übergangsriten wirken stark transformativ: Ein Individuum verlässt den „alten“ Zustand, geht durch einen undefinierten Zwischenzustand, in welchem es eine Transformation durchlebt und kommt schließlich „verändert“ im „neuen“ Zustand an, in welchem es sich als transformiertes Individuum neu in die Gesellschaft integriert.

Auch Turner beschäftigt sich in seiner Ritualtheorie mit Übergangsritualen. Bei seinen Feldaufenthalten bei den Ndembu 1950 und 1954 stellte er fest, dass die soziale Organisation der Ndembu Konflikte nicht hemmte, sondern förderte; er nannte diese Prozesse in seiner Dissertation „soziale Dramen“, welche verschieden „aufgeführt“⁸¹ werden: Entweder als politisch-rechtliche Prozesse oder als rituelle Handlungen (vgl. 1957:91-94). Turner geht weiters davon aus, dass Rituale immer prozesshaften Charakter haben (also die zeitliche Komponente eine wichtige Rolle spielt). Turner greift van Genneps Gliederung von Ritualen auf, konzentriert sich jedoch in seiner Theorie vor allem auf die Zwischenphase des Schwellenzustands, für welche er den Begriff „Liminalität“ prägte. Merkmal solch einer liminalen Phase sei vor allem das Fehlen von Gesetz, Tradition, Konvention und sozialer Position – das Individuum sei weder hier, noch da (vgl. Turner 2005:94f). Ein weiterer wichtiger Bestandteil von Turners Auseinandersetzung mit der Schwellenphase ist das Konzept der *communitas*⁸². Diese meint das Entstehen einer „Gemeinschaft“ aller RitualteilnehmerInnen innerhalb der liminalen Phase, nach welcher alle rituellen Subjekte gleichermaßen behandelt werden bzw. der selben Autorität unterstehen (vgl. Förster 2003:4ff).

⁸¹ Turner spricht in seiner Ritualtheorie von „Performance“ (dt.: „Aufführung“).

⁸² Da eine eingehende Auseinandersetzung mit diesem Konzept den Rahmen dieser Diplomarbeit sprengen würde, verweise ich für eine weitergehende Beschäftigung auf Turner (2005 [1969]) und Förster (2003).

Geburt als Übergangsritual

Van Gennep (2005:47ff) geht auch auf Übergangsrituale speziell bei Schwangerschaft und Geburt ein. Ihm zufolge gliederten sich die einzelnen Phasen wie folgt: Die Ablösungsphase beginne (zumeist) bei Beginn der Schwangerschaft – die Frau ziehe sich aus der Gesellschaft, aus der Familie zurück. Dies werde beispielsweise an der Errichtung einer speziellen Hütte bzw. der Separation eines Teiles des Hauses deutlich, welche/r der schwangeren Frau zur Verfügung steht. Anschließend folgten laut van Gennep jene Riten, welche sich auf die Schwangerschaft als Schwellenphase beziehen und schließlich die Riten, welche bei oder unmittelbar nach der Geburt durchgeführt werden und ihre Integration in die Gesellschaft einleiten und ermöglichen. Van Gennep führt weiters an, dass Schwangerschafts- und Geburtsriten oftmals auch dazu dienen, Mutter wie Kind (manchmal auch die gesamte Familie) vor „unpersönlichen oder personifizierten bösen Mächten“ (2005:48) zu schützen⁸³.

Van Gennep veranschaulicht die Geburt als Übergangsritual am Beispiel der Toda in Süd-Indien, bei welchen eine Frau ab Beginn der Schwangerschaft keine heiligen Orte mehr betreten darf. Im fünften Monat verlässt sie das Dorf und zieht in eine eigens gebaute Hütte, außerdem muss sie nun die zwei Gottheiten Pirn und Piri anrufen so wie ihre Hände an zwei bestimmten Stellen verbrennen. Anschließend darf sie in ihr Haus zurückkehren, jedoch trinkt sie beim rituellen Verlassen der Hütte heilige Milch. Im siebten Monat wird im Wald ein Ritual durchgeführt, bei welchem der soziale Vater für das ungeborene Kind bestimmt wird. Bei der Geburt selbst gibt es keine bestimmten Rituale oder Regeln; es darf prinzipiell jede Person aus der Dorfgemeinschaft anwesend sein. Zwei oder drei Tage nach der Niederkunft zieht die Mutter (gemeinsam mit dem Neugeborenen) erneut in die Seklusionshütte um; sie, ihr Kind und der Vater sind von „Unreinheit“ (*ichchil*) befallen. Es werden einige Rituale zum Schutz vor *keirt*, einem bösen Geist, durchgeführt. Beim anschließenden Rückzug ins Haus wird exakt das gleiche Ritual abgehalten wie schon beim ersten Mal: Die Frau trinkt beim Verlassen der Hütte heilige Milch (vgl. van Gennep 2005:48f).

Laut van Gennep endet die Übergangszeit oftmals nicht mit der Geburt, sondern dauert darüber hinaus noch einige Zeit an und überschneidet sich so mit der ersten Übergangsphase des Kindes (vgl. 2005:49), welche etwa zwei bis 40 Tage ab Geburt dauert (vgl. 2005:59). Ein Kind solle von seiner früheren Umgebung (dem Mutterbauch) getrennt und in die neue

⁸³ Van Gennep verweist an dieser Stelle auf die Untersuchungen von Tylor (1871), Harland (1900), Henry (1904), Doutté (1909), Sébillot (1908) und Riédjko (1899).

Umgebung eingeführt werden – dies nehme beim Trennungsritual der Durchtrennung der Nabelschnur seinen Anfang, setze sich am Abfall des Nabelschnurrestes fort und werde auch durch das erste Bad, das Waschen des Kopfes etc. ausgedrückt. Rituale wie das Verwahren oder das Vergraben des Nabelschnurrestes und/oder der Plazenta würden einerseits Schutzrituale vor „schwächenden“ Einflüssen und andererseits Angliederungsrituale an die Familie, die AhnInnen, den Klan etc. darstellen (vgl. van Gennep 2005:58ff).

Die britische Sozialanthropologin Sheila Kitzinger geht in ihrem Artikel „The Social Context of Birth: Some Comparisons between Childbirth in Jamaica and Britain“ (1982) auf Geburt als Übergangsritual ein. Auch sie geht von der „klassischen“ Dreiteilung in Separation, Prozess (liminale Phase) und Reintegration in die Gesellschaft aus. Schwangerschaftstabus, Ernährungsregeln, Taufe, Beschneidung, Namensgebungen, die Trennung von Mutter und Baby, Tabus bezüglich postnataler Sexualität, postnatale medizinische Kontrollen – all dies ist laut Kitzinger (1982:182) Ausdruck für das Vorhandensein eines Übergangs, bei welchem alle Bemühungen der erfolgreichen Etablierung von Mutter und Kind in ihren „neuen“ sozialen Rollen und Positionen gelten. Ein wichtiges Element sei hierbei die „drohende Gefahr“, das Risiko, welchem Mutter und Kind bis zu eben dieser Etablierung ausgesetzt sind, da dies ein Merkmal der liminalen Phase sei. Demnach seien vor allem in „westlichen“ Krankenhäusern sämtliche Handlungen auf eine Minimierung des Risikos ausgelegt: Das Legen eines Katheters, die Durchführung einer Epiduralanästhesie, das Ausschließen von Angehörigen aufgrund potentiell bedrohlicher Keime, die Trennung von Mutter und Baby während der Schlafenszeit, die Regulation der Stillzeiten etc. (vgl. Kitzinger 1982:182ff). Dass die Zeit zwischen Geburt (bzw. sogar bereits ab Empfängnis) und dem sicheren Ankommen von Mutter und Kind im eigenen Zuhause und sozialen Umfeld eine Schwellenphase ist, lässt sich auch aus Turners Aspekt der *communitas* folgern, in welcher alle rituellen Subjekte gleichermaßen behandelt werden und die Autorität abgeben – im Krankenhaus an das medizinische Personal. Auch Kitzinger (1982:182) betont, dass Krankenhäuser Menschen in PatientInnen „wandeln“ und diese somit nicht länger normalen Aktivitäten nachgehen können und auch ihrer alltäglichen Verantwortungen enthoben sind. Dies mache in gewissem Sinne die PatientInnen zu einer *communitas*. Postnatale Depression, postnatale Sorgen und Ängste so wie Kindesmissbrauch seien in „westlichen“ Gesellschaften laut Kitzinger (1982:183) Anzeichen dafür, dass die rituellen Handlungen von Krankenhäusern hauptsächlich der Bestärkung des Medizinsystems dienen und weniger der Unterstützung von schwangeren

Frauen und ihren Familien, welche ein neues Mitglied erwarten (vgl. auch Goffman 1971 und 1972).

Auch Hilary Homans (1982:243) sieht Geburt als Übergangsritual von einem sozialen Status zu einem anderen – dies sei besonders bei Erstgebärenden der Fall, bei welchen die Schwangerschaft gleichzeitig das Ende der „Kindheit“ bedeute. Vor allem für Mädchen und Frauen ohne Unterstützung von Familie und FreundInnen würde die Zeit der ersten Schwangerschaft ein aufreibendes Ereignis darstellen. Laut Homans (1982:244) würden Traditionen (wie z.B. strikte Ernährungsregeln oder das Verbot des Aufhebens und Tragens von schweren Gegenständen) dem Statuswandel Bedeutung geben und den Übergang erleichtern. In vielen Gesellschaften dieser Welt wird die Geburt als gefährlich, mächtig oder unrein empfunden (vgl. Faithorn 1975:130; Kitzinger 1978b:226ff; Okely 1977:68). Es ist laut Homans (1982:254) eine Zeit, in welcher eine Frau noch keine Mutter, aber auch keine „Nicht-Mutter“ mehr ist – eine liminale Phase, in welcher sich eine Frau abseits der „sicheren“ Kategorien ihres gewohnten Alltags befindet.

Die Wiener Ethnologin Sigrid Weiß (1997b:270) betrachtet Geburt nicht nur als *ein* Übergangsritual – sie geht einen Schritt weiter und meint, Geburt sei *das* Übergangsritual, an welchem sich alle anderen Übergangsrituale orientieren. Ihr zufolge seien „die kulturellen Phänomene, die als *rites de passage* bezeichnet werden, (...) von der Gesellschaft und ihrem Weltbild geprägte Formen der Verarbeitung der Geburt.“ (1997b:270)

Auch Felicitas Goodman stellte diesen Zusammenhang fest:

„Bei der Dekonstruktion der Rituale und der Reihung ihrer Elemente zu logischen Abfolgen gab sich die gesuchte Tiefenstruktur plötzlich zu erkennen. Es ist gut möglich, daß sie deshalb noch niemandem aufgefallen ist, weil Ritualstrukturen bisher ausschließlich von Männern analysiert worden sind. Was mir als Frau äußerst sinnvoll erscheint, sobald ich es einmal erkannt hatte, war die Tatsache, daß es sich bei dem verborgenen Muster um das ergreifende Drama der Geburt handelte. Klar und deutlich stellen die Rituale eine Transformation der Geburtsvorgänge ins Rituelle dar: angefangen bei den Wehen der Mutter über das Ausstoßen der Frucht aus dem Schoß bis hin zum Willkommenheißen des Neugeborenen, zu seiner Versorgung und schließlich dem Anlegen an die Mutterbrust zur ersten Nahrungsaufnahme.“ (Goodman 1994:44f)

In ihrer Diplomarbeit (1997a) macht Weiß den Versuch, die einzelnen Phasen des Übergangsrituals der Geburt für Mutter und Kind näher zu beleuchten. Sie beschreibt, dass der Mutter während einer Schwangerschaft ein sozialer Sonderstatus eingeräumt wird, in welchem verschiedene Ge- und Verbote zum Gelten kommen. Den Zeitpunkt des Übergangs markiert der Gebärprozess selbst: Ein Zustand, der gleichermaßen schöpferisch wie (lebens-)bedrohlich sein kann. Die Trennung von Mutter und Kind bedeute laut Weiß (1997:61) für beide eine Loslösung aus der Einheit; die Nachgeburt enthebt die Mutter ihrer Funktion als direkte Ernährerin des Säuglings⁸⁴. Die (erste) Geburt verändert grundlegend den sozialen Status der Mutter. Schließlich sei laut Weiß (1997:62) die Zeit des Wochenbetts die Integrationsphase, in welcher eine Frau sich erholen und auf die neue Lebenssituation vorbereiten kann. Man sieht hier schön, dass ein Übergangsritual auch mehrere „Unterrituale“ haben kann – so gibt es mehrere Ablösungsphasen (Lösen vom „alten“ Zustand der Nicht-Schwangerschaft; Lösen des Kindes von der Mutter; Lösen der Plazenta), Schwellenphasen (Schwangerschaft an sich; Geburtsprozess) und Integrationsphasen (in die Rolle der Schwangeren, in die Rolle der Mutter).

Lotusgeburt als Übergangsritual

Folgend möchte ich versuchen, die Lotusgeburt als Übergangsritual darzustellen. Da sich die Lotusgeburt streng genommen erst „nach“ der Geburt von anderen Geburtspraktiken unterscheidet, möchte ich mich konkret auf den Zeitraum zwischen Geburt des Kindes und der natürlichen Ablösung der Nabelschnur einige Tage danach beziehen. Dass die Lotusgeburt als „Ritual“ zu verstehen ist, betont Susanna Swapana Hinnawi, die Präsidentin des italienischen Vereins für die Lotusgeburt („Associazione Lotus Birth“) in einem Interview mit Sarah Coppola-Weber (2009:24) in ihrer Antwort auf die Frage, ob die Bezeichnung „Ritual“ für die Lotusgeburt berechtigt sei: „Ja, denn diese Geburt ist Teil eines Prozesses. (...) Die Einheit Kind-Nabelschnur-Plazenta wird bei der Lotusgeburt zelebriert.“

1) Ablösungsphase: In der Separationsphase der Lotusgeburt, also der Geburt, finden bei Mutter und Neugeborenem verschiedene Formen der Trennung statt. Die Gebärende trennt sich zunächst (meist unter außergewöhnlichen Schmerzen) auf biologischer Ebene von ihrem Kind, sie „löst sich“ im wahrsten Sinn des Wortes davon. Streng genommen ist sie nun (bei

⁸⁴ In diesem Punkt widerspreche ich Weiß, da auch das Stillen noch Ausdruck einer Funktion als direkter Ernährerin ist und weiters die Plazenta nicht eindeutig als „mütterliches“ Organ bezeichnet werden kann.

der Lotusgeburt bzw. bei einer späten Abnabelung) noch immer über die Plazenta und die Nabelschnur mit dem Kind verbunden. Etwa nach 20 bis 30 Minuten erfolgt dann die vollständige biologische Lösung, nämlich durch das Gebären der Nachgeburt. Auf einer sozialen Ebene „lässt“ sich die Gebärende vom Zustand der Schwangerschaft (und damit verbunden auch von der unmittelbaren Verantwortung, sich an bestimmte Ge- und Verbote, welche damit zusammen hängen, zu halten). Das Kind durchlebt indes andere Ablösungsprozesse: Einerseits löst es sich ebenfalls auf biologischer Ebene von der Mutter; jedoch erfolgt bei der Lotusgeburt keine darauf folgende Trennung von der Plazenta. Es bleibt somit weiterhin mit einem Organ verbunden, welches die Schnittstelle zwischen Mutter und Kind darstellte – man könnte daher sagen, das Kind bleibt bei der Lotusgeburt mit einem kleinen „Teil“ der Mutter verbunden. Auf diese Weise könnte der Trennungsprozess von der Mutter eventuell etwas sanfter sein als wenn beide Verbindungen nahezu gleichzeitig durchtrennt werden. Auf sozialer Ebene löst sich das Kind vom Zustand des Nicht-Geborenen und wird zum Geborenen, zum eigenständigen Individuum (was z.B. durch die Namensgebung noch verstärkt wird). Weiters trennt sich das Kind vom Schutz des Mutterbauches.

2) Schwellenphase: Als Schwellenphase betrachte ich hier den Zeitraum zwischen Geburt und Ablösung der Nabelschnur⁸⁵ – es ist dies also ein Zeitraum von ca. drei bis sieben Tagen. Da die Plazenta immer nah beim Kind getragen bzw. gehalten werden muss, verlangsamen sich Handlungsabläufe und auch die Mobilität ist eingeschränkt, was aus der Sicht vieler Lotusgeburt-BefürworterInnen einer der großen Vorteile dieser Geburtspraktik ist. Die Eltern sind in diesen Tagen bei der Lotusgeburt zumeist zurückgezogen, auch Besuche werden kaum bzw. gar nicht gemacht oder empfangen (vgl. Buckley 2009; H3, 20.6.2011; Baker 2001; Rachana, URL 1; Ceallaigh, URL 3). Somit wird die (Re-)Integration in die Gesellschaft als Eltern verzögert, die liminale Phase hält an. Durch diese Verlangsamung hätten Eltern und Kind Zeit, einander kennen und lieben zu lernen. Die australische Hebamme und Autorin des Buchs „Lotus Birth“ (2000) Shivam Rachana äußert sich zu dieser Phase der Liminalität wie folgt:

⁸⁵ Auch während des Gebärprozesses gab es bereits eine Schwellenphase, nämlich jene des Weges vom Uterus durch den Geburtskanal.

„A mother who has just birthed her baby, after nine months of pregnancy, benefits greatly from quiet and rest. The birth experience requires integration. Time to reflect on things (...). The father and other children who may have been present also appreciate and benefit from this ‚between times‘.“ (URL 1)

An dieser Aussage lässt sich schön die Seite der Mutter bzw. der Eltern sehen: Nicht nur hat die Mutter nach neun Monaten Schwangerschaft bei der Lotusgeburt die Gelegenheit, sich zumindest ein paar Tage bewusst Zeit zur Neuorientierung, Verarbeitung und Ruhe zu nehmen, sondern die gesamte Familie profitiert von dieser ruhigen Zeit des Kennenlernens und behutsamen Umgehens mit Baby und Plazenta. Shivam Rachana erläutert auch die liminale Phase aus der Perspektive des Neugeborenen:

„With the placenta still attached, the sense of being in the space ‚between worlds‘ is very apparent. **The baby is here, but is still there.** The time of transition from the beyond into the physical plane of existence is obvious. The first few days see the digestive tract and the elimination system, both of which are part of placental function, become established in the baby‘s body.“ (URL 1)

Das Neugeborene ergibt gemeinsam mit der Plazenta eine Art „harmonische Zweiheit“ – beide „Wesen“ erfahren jedes für sich genommen unterschiedliche Behandlungen (die Plazenta wird beispielsweise gesalzen oder mit Kräutern bestreut), bilden jedoch gemeinsam eine untrennbare Einheit, welche als solche immer auch beachtet werden muss. Dies beschreibt auch Mary Ceallaigh in ihrem Online-Artikel „Common Questions about Umbilical Nonsverance“: „The baby, cord, and placenta are treated as one unit, as they are all originate from the same cellular source (egg and sperm).“ (URL 3) Für das Kind könnte die liminale Phase ein Schwellenzustand zwischen Individuum und „Gemeinschaft“ sein. Da die Verbindung zur Plazenta bereits im Mutterleib bestand, stellt die liminale Phase tatsächlich in gewissem Sinne eine Brücke zwischen „zwei Welten“ dar – dem Mutterbauch und der externen Welt. Das Neugeborene ist gewissermaßen tatsächlich „here, but is still there“ (Rachana, URL 1).

Auch für den Kindsvater (sofern anwesend) ergibt sich in der Schwellenphase eine besondere Gelegenheit, seinem Kind nah zu kommen und sich in seine neue Rolle als Vater einzufühlen – laut der Hebamme Hanna Ojus würde sich vor allem die Kindsväter in dieser Zeit um die

Versorgung der Plazenta kümmern: „Papa wäscht die Plazenta, Papa salzt die Plazenta, Papa macht dies mit der Plazenta, Papa macht das mit der Plazenta. Und das ist so, wirklich wie so sein Kind. Also das (...) erlebe ich ganz ganz häufig.“ (H3, 20.6.2011) Da die Mutter vor allem beim Waschen, Anziehen und Stillen des Babys auf Unterstützung hinsichtlich der Plazenta angewiesen ist, kann diese Funktion der Kindsvater⁸⁶ übernehmen und somit intensiv und aktiv an allen Prozessen teilhaben.

3) Integration: Der Übergang von der liminalen Phase zur Integrationsphase verläuft bei der Lotusgeburt fließend und langsam. Mit der zunehmenden Ablösung der Nabelschnur schreitet auch die Integration voran – es steht ein weiteres Trennungsritual zwischen Schwellen- und Integrationsphase. Mit jedem Tag, der vergeht und in welchem sich die Nabelschnur ganz langsam und behutsam Stück für Stück löst, haben Eltern und Kind (und eventuell noch weitere Familienangehörige, z.B. ältere Kinder) mehr Zeit, sich an die neue Situation und aneinander zu gewöhnen. Schließlich ist die Schwellenphase der Lotusgeburt, aus meiner Sicht, mit der vollständigen Ablösung der Nabelschnur vorbei und die Integrationsphase beginnt im vollen Ausmaß zu wirken – oftmals werden jetzt Verwandte besucht, die Mobilität steigt und Eltern und Kind(er) beginnen, sich als „neue“ Familie in die Gesellschaft einzugliedern. Auch das Kind hat eine Transformation durchlebt, es ist jetzt völlig losgelöst vom Mutterleib und stellt ein individuelles neues Mitglied der Gesellschaft bzw. Gemeinschaft dar. Die Aufmerksamkeit der Eltern bezieht sich von nun an nicht mehr auf zwei „Wesen“, sondern nur noch auf eines: Das Neugeborene.

Zusammenfassend und auch hinsichtlich meiner Forschungsfrage „Kann die Lotusgeburt als Übergangsritual verstanden werden und wenn Ja, inwiefern?“ lässt sich sagen, dass aus meiner Sicht die Lotusgeburt eindeutig ein Übergangsritual darstellt. Die einzelnen Phasen des Übergangsrituals sind verglichen an der „normalen“ Geburt, bei welcher recht früh abgenabelt wird, verlängert und die Übergänge von einer Phase in die nächste gestalten sich sanfter und behutsamer. So ist der Übergang von der Separation in den Schwellenzustand für das Kind insofern sanfter, als dass es sich nur zum Teil vom Mutterleib trennt – die Verbindung zur Schnittstelle zwischen Mutter und Kind, die Plazenta, mit welcher das Kind

⁸⁶ Damit möchte ich nicht sagen, dass die Durchführung einer Lotusgeburt ohne anwesenden Kindsvater unmöglich ist – seine Funktion der Versorgung der Plazenta kann durchaus auch von einem anderen Angehörigen übernommen werden.

nahezu neun Monate verbunden war, bleibt aufrecht. Auch für die Mutter dauert somit die (physische) Verbundenheit zumindest noch bis zum Zeitpunkt der Nachgeburts an.⁸⁷

Der Übergang von der Schwellenphase zur Integrationsphase geht ebenfalls fließend, mit zunehmender Ablösung der Nabelschnur, vor sich. Bei einer „normalen“ Geburt dauern die einzelnen Phasen oftmals kürzer an – das Baby ist nahezu sofort „vollständig“ gelöst, die Plazenta wird (wenn nicht von den Eltern explizit gewünscht) vom Krankenhauspersonal entsorgt. Nach neun Monaten der Schwangerschaft und der Verbundenheit von Mutter-Plazenta-Kind geschieht die vollständige Loslösung relational gesehen in rasanter Geschwindigkeit: Zumeist ist nach ein paar wenigen Stunden der Wehen das Kind geboren und die Plazenta entsorgt. Bei der Lotusgeburts dauert es zwischen drei und sieben Tage, bis dieser Punkt der vollständigen Trennung erreicht ist und einige Fallberichte (vgl. u.a. Buckley, 2009; Rachana, URL 1; Baker, 1974) schildern, dass auch danach die Trennung von der Plazenta zumeist achtsam und rituell, zumeist anhand des Vergrabens des Mutterkuchens, geschieht. Auch für den Kindsvater ergibt sich bei der Lotusgeburts eine besondere Gelegenheit, aktiv an allen Vorgängen teilzuhaben, da die Handhabung mit der Plazenta Unterstützung verlangt.

⁸⁷ Dies ist jedoch auch der Fall, wenn erst nach dem Ausstoßen der Nachgeburts abgeklemmt wird, insofern also nicht zwangsläufig ein Spezifikum der Lotusgeburts.

7. SELBSTBESTIMMTHEIT DER FRAU BEI GEBURT UND SCHWANGERSCHAFT

Da es heutzutage in der „westlichen“ Welt eine ganze Fülle von Wahlmöglichkeiten hinsichtlich der Gestaltung des Geburtsvorganges gibt (u.a. Wassergeburt, Hausgeburt, Lotusgeburt, „natürliche“ Geburt, Kaiserschnitt, ambulante Spontangeburt etc.), möchte ich mich in diesem Kapitel mit dem Thema der Selbstbestimmtheit der Frau bei Geburt und Schwangerschaft auseinander setzen.

7.1. Authoritative Knowledge

Ich möchte im Folgenden auf das Konzept des „*Authoritative Knowledge*“⁸⁸ eingehen und erläutern, in welchem Zusammenhang es zur Selbstbestimmtheit der Frau (hinsichtlich der Geburt) steht.

Mit *Authoritative Knowledge* bezeichnet Jordan⁸⁹ (1997:56ff) jenes Wissen, welches innerhalb eines bestimmten Kontextes als das gültige und wahre betrachtet wird. Hinsichtlich des Themas meiner Diplomarbeit geht es mir hier vor allem um jenes Wissen, welches ÄrztInnen und Krankenhäuser über Geburt und Schwangerschaft haben, vermitteln, nach welchem sie handeln und gegen welches alternative Ansichten eventuell als riskant, überholt, veraltet und/oder rückständig betrachtet werden.

Nach Jordan (1997:56ff) gibt es in einigen Bereichen parallel mehrere Wissenssysteme, welche zur Auswahl stehen – manche erhalten durch Konsens der beteiligten AkteurInnen mehr Gewicht als andere (werden also „autoritativ“), entweder, weil sie den gestellten Anforderungen besser entsprechen (Effizienz) oder weil sie mit einer stärkeren Machtbasis assoziiert werden (strukturelle Überlegenheit). In einigen Situationen gibt es aber auch parallel mehrere gleichermaßen legitime Wissenssysteme, zwischen welchen problemlos hin und her gewechselt wird. Wenn es zu einer Verlagerung von mehr Legitimität zu einem

⁸⁸ Im Folgenden verwende ich sowohl den englischen („authoritative knowledge“) als auch den deutschen Terminus („autoritatives Wissen“).

⁸⁹ Jordan beschäftigte sich bereits in früheren Publikationen mit dem Konzept des autoritativen Wissens, siehe hier Jordan (1977; 1983; 1987a, 1987b, 1988, 1989), Jordan/Irwin (1987, 1989) so wie Suchman/Jordan (1991).

bestimmten Wissenssystem kommt, führt dies nach Jordan zur Abwertung (und manchmal sogar dem Ausschluss) des/der anderen Wissenssystems/-systeme. Diejenigen, welche für diese abgewerteten, alternativen Wissenssysteme Partei ergreifen, werden oftmals als „rückständig“, ignorant, naiv oder rebellisch erachtet. Die Abwertung von nicht-autoritativen Wissenssystemen ist nach Jordan (1977:56) ein gängiger Mechanismus, durch welchen hierarchische Wissensstrukturen generiert und gezeigt werden. Ein Beispiel für solch eine Abwertung wäre beispielsweise jene des Volkswissens von Seiten der LehrerInnen, DirektorInnen und evtl. auch SchülerInnen des staatlichen Schulsystems: Pierre Bourdieu (1977:42) erläutert dies genauer:

„[Formal schooling] succeeds in obtaining from the dominated classes a recognition of legitimate knowledge and know-how (e.g. in law, medicine, technology, entertainment, or art), entailing the devaluation of the knowledge and know-how they effectively command (e.g. customary law, home medicine, craft techniques, folk art and language, and all the lore handed on in the hedge-school of the witch and the shepherd...) and so providing a market for material and especially symbolic products of which the means of production are virtually monopolized by the dominant classes (e.g. clinical diagnosis, legal advice, the culture industry, etc.).“

Bourdieu beschreibt, wie die Etablierung eines neuen, autoritativen Wissenssystem nicht nur denjenigen zu Gute kommt, welche TrägerInnen dieses Wissens sind, sondern auch einer damit verbundenen Industrie, einem wirtschaftlichen Markt in die Hände spielt – hinsichtlich der Medizin vollzog sich solch ein Wandel des vorherrschenden Wissens von der „Volksmedizin“ zur „Schulmedizin“. Bei ersterer war das autoritative Wissen zumeist in einer bestimmten Person gebündelt; bei letzterer findet sich ein weitläufiges System von mehreren spezialisierten ÄrztInnen, Krankenhäusern, Apotheken, Pharma-Konzernen etc. Bis ins 20. Jahrhundert wurde die medizinische Versorgung laut Paul Starr (1982:13ff) aus einem pluralistischen System von mehreren parallel verfügbaren und angewandten Wissenssystemen gewährleistet – es gab Homöopathie neben traditioneller Heilkunde, Hebammen und Bader. Für jeden gab es „das Richtige“, die einzelnen Systeme waren weitestgehend gleichwertig. Schließlich kam es im Laufe des 20. Jahrhunderts zu einer Transformation, welche bald die Schulmedizin als dominante Form etablierte und alle anderen Arten von Heilwissen delegitimisierte. Die neu definierte Ärzteschaft befand sich in einer Position kultureller

Autorität, ökonomischer Macht und politischen Einflusses. Die Ärzteschaft wurde verantwortlich für die Fakten – sie bekam Autorität darüber, zu definieren, wann jemand tot oder lebendig, krank oder gesund, kompetent oder inkompetent ist.

Der wichtigste Aspekt bei *Authoritative Knowledge* (und der Grund, warum es so „verführerisch“ ist) ist laut Jordan (1997:57f), dass es als „natürlich“, vernünftig und konsensual konstruiert erscheint. Es ist jedoch wichtig zu realisieren, dass das Erkennen und Identifizieren eines solch herrschenden Wissenskomplexes noch nicht bedeutet, dass dieser auch richtig ist. Die Macht von *Authoritative Knowledge* liegt laut Jordan (1997:58) nicht darin, „that it is correct but that it counts“. Jordan (1997:58) hebt außerdem hervor, dass sie unter autoritativem Wissen nicht jenes Wissen meint, welches Personen in autoritären Positionen vertreten, sondern jenes, welches die Mehrheit der Gesellschaft als „gültig“ erachtet und nach welchem Handlungen und Aktionen gerechtfertigt, be- und verurteilt werden können.

Jordan (1997:59ff) geht nun auf das autoritative Wissen speziell hinsichtlich Schwangerschaft und Geburt ein. In manchen Situationen zählten manche Formen des Wissens mehr als andere – unabhängig vom „Wahrheitswert“ und unabhängig vom eigentlich vorherrschenden Wissenssystem. Jordan (1997:59) berichtet etwa von Frauen in einer „feminist health clinic⁹⁰“, welche bereits bevor sie einen Schwangerschaftstest machten, wussten, dass sie schwanger sind. Dieses „intuitive“ Wissen entspricht sicherlich nicht der gängigen Schulmedizin, nach welcher eine Schwangerschaft nur durch einen Test bzw. eine gynäkologische Untersuchung restlos sicher festgestellt werden kann. Eine von Jordan im Jahr 1977 durchgeführte Studie zeigte, dass bis auf eine einzige Frau alle Recht behielten. Andererseits hörte Jordan von unzähligen ÄrztInnen, dass die meisten Frauen, welche in ihre Praxen kommen, nicht wüssten, ob sie schwanger seien oder nicht. Dies führte Jordan zu der Überlegung, dass bestimmtes Wissen in manchen Kontexten vorhanden sei und in anderen nicht. Es schien, als bräuchte jede Form von Wissen immer einen geeigneten Kontext und bestimmte soziale Interaktionen, um sich entfalten und zeigen zu können (vgl. Jordan 1997:59).

⁹⁰ Unter dieser Bezeichnung versteht man in den USA feministisch ausgerichtete Kliniken, welche sich auf gynäkologische Untersuchungen, Verhütungs- und Schwangerschaftsberatungen und Abtreibungen spezialisiert haben.

Jordan (1997:62ff) beschreibt auch die Rolle von Technologie und sozialer Interaktion in der Konstitution und Anwendung von autoritativem Wissen. Sie analysierte hierzu eine gefilmte Geburtsszene⁹¹ aus einem urbanen Krankenhaus im Westen der USA, in welcher die Konfrontation von zwei Wissenssystemen (und die unterschiedliche Gewichtung der beiden) sehr deutlich hervortritt. Zu sehen war ein Geburtszimmer, in welchem sich die Gebärende, ihr Ehemann und eine Krankenschwester befanden. Die Gebärende war 25 Jahre alt und bereits Mutter eines Kindes. Es handelte sich somit um die Geburt ihres zweiten Kindes. Der Ehemann wirkte etwas eingeschüchtert und befolgte abwechselnd die Anweisungen seiner Frau und jene des medizinischen Personals. Der behandelnde Arzt war abwesend. Die Krankenschwester war hier laut Jordan in einer besonderen Position, da sie die Vermittlerin zwischen der Gebärenden und dem Arzt war. Sie musste den richtigen Zeitpunkt innerhalb des Geburtsprozesses erkennen, an welchem sie den Arzt rufen konnte – nicht so spät, dass ein Risiko für die Gebärende bestand, aber auch nicht so früh, dass der/die Arzt/ÄrztIn noch nicht aktiv handeln konnte. Sie überwachte weiters den Cardiotograph (CTG), ein Gerät, welches die Stärke der Uteruskontraktionen misst und den kindlichen Herzton kontrolliert und traf Entscheidungen auf Grundlage der Messwerte. Die Gebärende lag bereits seit zehn Stunden in den Wehen. Sie lag flach auf dem Rücken, an ihrer linken Hand hatte sie einen intravenösen Zugang und aus ihrer Vagina kamen Kabel, durch welche sie mit dem CTG verbunden war. Der Film von Joyce Roberts und ihrem Team zeigt jene halbe Stunde bevor das Baby zur Welt kam. Die Gebärende befand sich eigentlich bereits in der zweiten Phase der Geburt⁹², der Drang zu pressen war bereits überwältigend stark – jedoch wurde es ihr nicht erlaubt zu pressen, da der Arzt zuerst eine vaginale Untersuchung machen musste, um dann das Pressen offiziell freizugeben. Sie wurde „künstlich“ in der ersten Phase der Geburt gehalten. Durch eine bestimmte Atemtechnik, das Lamaze-breathing, wurden die Wehen und der Drang zu pressen veratmet. Der Arzt wurde mehrmals über seinen Pager kontaktiert, erschien jedoch nicht. Man sah der Gebärenden deutlich an, wie anstrengend es war, das Pressen zu unterdrücken – mehrmals betonte sie, dass sie nun pressen wolle und müsse, jedoch erlaubten es die Krankenschwester so wie eine Medizinstudentin, welche zwischenzeitlich hinzu kam,

⁹¹ Das Forschungsprojekt trug den Namen „A Comparison of Supported versus Directed Care during the Second Stage of Labor“ und stand unter der Leitung von Joyce Roberts. Die Daten wurden zwischen 1986 und 1989 erhoben (vgl. Jordan 1997:75).

⁹² In der Gynäkologie spricht man von drei Phasen des Geburtsprozesses: Die erste Phase beschreibt das Einsetzen der Wehen, welche allerdings „veratmet“ werden; die zweite Phase setzt mit jenen Wehen ein, bei welchen dem Drang zu pressen nachgegeben wird, und die dritte Phase bezieht sich auf die Phase zwischen Geburt des Kindes und Austreibung der Nachgeburt (diese Information erhielt ich in einem kurzen informellen Gespräch von meinem Vater, welcher Gynäkologe ist, am 3.9.2012).

nicht. Die Medizinstudentin untersuchte ohne eine Anweisung erhalten zu haben noch einmal die Vagina der Gebärenden. Schließlich, nach einer längeren Zeit, kam der zuständige Arzt in Begleitung eines weiteren Medizinstudenten, untersuchte die Gebärende kurz und verkündete sichtlich zur Erleichterung aller Anwesenden, dass sie nun pressen dürfe. Die Medizinstudentin zog sich Handschuhe an und gab das Baby, sobald es geboren war, dem Kinderarzt, welcher es untersuchte. Nach einigen Minuten durfte die Mutter ihr Kind halten (vgl. Jordan 1997:63ff).

An dieser Szene zeige sich deutlich, dass das Wissen der Gebärenden um ihr Bedürfnis zu pressen nicht zähle, wie dies Jordan beschreibt:

„What is massively evident on this tape is that throughout the labor participants work hard to maintain the definition of the situation as one in which the woman’s knowledge counts for nothing. They all know that she ‚cannot‘ push until the doctor gives the official go-ahead. Within this particular knowledge system, it is believed that only the doctor can tell when a woman is ready to push (...) What the woman knows and displays, by virtue of her bodily experience, has no status in this setting. Within the official scheme of things, she has nothing to say that matters in the actual management of her birth.“ (1997:64)

Dass die Frau bereit war zu pressen, war ihr laut Jordan nicht nur anzusehen, sondern auch leicht mittels einer kurzen Vaginaluntersuchung durch die Krankenschwester oder die Medizinstudentin festzustellen. Jeder der Anwesenden „wusste“, dass es Zeit war zu pressen – dennoch tat die Gebärende es nicht.

In diesem Beispiel zeigt sich daher, dass es vielmehr um die Erlaubnis, um die Absegnung von „oben“ und um Verantwortung geht. Die Frau gibt die Verantwortung über den Geburtsvorgang ab, sie unterdrückt den Drang zu pressen und fügt sich in das System. Alle anwesenden Personen im Zimmer trugen zur Aufrechterhaltung des Systems durch ihre Handlungen bei. Klar wird auch, dass sowohl verbale Äußerungen als auch nonverbale Signale der Frau in diesem Setting nicht viel wiegen; sie werden vielmehr unterdrückt, ignoriert, negiert oder umformuliert. Jordan (1997:61ff) beschreibt auch jenen Umstand als interessant, dass die Gebärende sich kaum um die Geräte, an die sie angeschlossen ist, zu kümmern scheint. Auch hier gibt sie die Verantwortung vollständig an das medizinische

Personal ab. Sie selbst orientiert sich eher an ihren Empfindungen als an den Anzeigen der Geräte.

Dieses Videomaterial illustriert ein Beispiel für aufeinander treffende Wissenssysteme, bei welchem eines das Herrschende ist, eben das autoritative. In meinen Interviews kam immer wieder das Thema der Selbstbestimmtheit der Frau hinsichtlich der Geburtspraktik so wie des Gebärprozesses zur Sprache – es zeigte sich, dass sich hinsichtlich dessen die Meinungen der Gruppen der Hebammen und ÄrztInnen stark von jenen der Gruppe der Mütter und Schwangeren unterschieden. Das Konzept des Autoritativen Wissens voraus geschickt, widme ich mich nun dem Aspekt der Selbstbestimmtheit.

7.2. Die Selbstbestimmtheit der Frau bei Geburt und Schwangerschaft

Während meiner Recherchen bezüglich der Lotusgeburten zeigte sich, dass diese in Österreich noch kaum bekannt ist. Daher kam ich bald zu dem Punkt, an welchem ich mich fragte, ob angesichts dieses Umstandes eine Durchführung der Lotusgeburten in einem Krankenhaus eventuell auf ein hohes Maß an Selbstbestimmtheit hinweisen könnte. Auf diese Überlegung kam ich deshalb, da sich ein invertiertes Wissensgefälle zeigen würde, wenn eine Patientin mit diesem Wunsch in ein Krankenhaus käme – die Patientin wüsste dann höchst wahrscheinlich mehr über die Lotusgeburten als das medizinische Personal, wie es etwa im Beispiel von der Schweizer Ärztin Désirée Dal Pian (2007:35f) der Fall war. Pian schildert in ihrem Artikel für das Magazin „FHA – Frauenheilkunde aktuell“, wie sich angesichts des Wunsches der Durchführung einer Lotusgeburten bei den ÄrztInnen und den Hebammen zunächst Ratlosigkeit ausbreitete. Erst nach einer Recherche im Internet und der Rücksprache mit dem zuständigen Kinderarzt entschlossen sich Pian und ihr Team dazu, dem Wunsch der Patientin nachzugeben. An solch einem Beispiel könnte sich zeigen, dass das „Wissen“ der Frau darüber, welche Geburtspraktik für sie die beste sei, sehr wohl in manchen Situationen bzw. Kontexten über dem eigentlich im Krankenhaus vorherrschenden Wissen (nämlich jenem der ÄrztInnen und auch der Hebammen) stand. Dies war faszinierend für mich und ich begann, die Selbstbestimmtheit der Frau hinsichtlich der Wahl einer Geburtsmethode als Thema in meinen Interviews zu forcieren.

Zunächst einmal sah ich mir den rechtlichen Kontext an – was darf eine Frau in Österreich von Seiten des Gesetzes hinsichtlich ihres eigenen Körpers, aber auch jenem des Kindes, selbst entscheiden und was nicht?

Hier zeigte sich, dass zu Beginn einer Schwangerschaft einer Frau recht viel Freiraum seitens des Gesetzes zugesprochen wird und sie innerhalb der ersten drei Monate der Schwangerschaft ihr Kind straffrei nach vorheriger ärztlicher Beratung abtreiben bzw. töten darf:

*„§ 97. (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 [...]“* (Österreichisches Strafgesetzbuch, URL 7)

Wenn das Kind droht, mit einer schweren geistigen oder körperlichen Behinderung auf die Welt zu kommen, darf eine Schwangere auch zu einem späteren Zeitpunkt noch die Schwangerschaft straffrei abbrechen:

*„§ 97. (1) Die Tat ist nach § 96 nicht strafbar;
2. wenn [...] eine ernste Gefahr besteht, daß das Kind geistig oder körperlich schwer geschädigt sein werde [...]“* (Österreichisches Strafgesetzbuch, URL 7)

Und schließlich ist es auch dann straffrei, eine Schwangerschaft zu unterbrechen, wenn die Schwangere zur Zeit der Schwangerung unmündig gewesen ist (vgl. URL 7).

Eine schwangere Frau in Österreich hat also unter bestimmten Umständen durchaus das Recht darauf, ihre Schwangerschaft zu unterbrechen – jedoch eben nicht dann, wenn die Schwangerschaft bereits über drei Monate besteht und das Kind bei Gesundheit ist. Beschließt eine Frau zu diesem Zeitpunkt, sie möchte ihr Kind doch nicht gebären, hat sie keine Wahl mehr – um straffrei zu bleiben, muss sie ihr Kind austragen. Andernfalls droht eine Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr (vgl. URL 8).

Der Entwurf, dass ein Schwangerschaftsabbruch in den ersten drei Monaten straffrei ist, geht auf die Politikerin Johanna Dohnal zurück. Sie entwarf diese Frist als Reaktion auf die Forderung der Frauenbewegung der 1960er und 1970er, selbst über ihren Körper bestimmen zu können, in ihrer Funktion als Wiener Gemeinderätin und Landtagsabgeordnete. 1973

wurde der Antrag auf die Umsetzung dieser Fristenregelung mit allen Stimmen der SPÖ im Parlament angenommen und mit Beginn des Jahres 1975 umgesetzt (vgl. URL 9).

Ebenfalls machtlos ist eine schwangere Frau, wenn sie selbst in Lebensgefahr schwebt, und ihr Überleben nur gesichert werden kann, wenn die Schwangerschaft (egal zu welchem Zeitpunkt) abgebrochen wird. Sie kann hier nicht entscheiden, ihr eigenes Leben für das des Kindes zu geben. Hier geht laut österreichischem Gesetz ganz klar das Wohl der Mutter vor dem Wohl des Kindes (vgl. URL 7). So viel zur rechtlichen Situation in Österreich.

Vorausgesetzt, eine schwangere Frau und ihr Kind erfreuen sich einer ausreichenden Gesundheit und die Frau hat sich zur Austragung ihres Kindes entschlossen: Wie sieht es nun mit ihrer Selbstbestimmtheit aus? Von Seiten des Gesetzes her bereits eingeschränkt, was hat sie für die restliche Zeit ihrer Schwangerschaft und auch hinsichtlich der Geburt für Möglichkeiten der Selbst- und Mitbestimmung? Dies fragte ich alle meine GesprächspartnerInnen – Schwangere, Mütter, Hebammen und ÄrztInnen. Auf meine Frage, wie hoch der Grad der Selbstbestimmtheit einer schwangeren Frau ihrer Meinung nach in Österreich sei, erhielt ich von den Befragten unter anderem folgende Antworten:

„Ich denke, er ist sehr niedrig. In meiner ersten Schwangerschaft habe ich (...) zu viel mit mir machen lassen. Diesmal ist das anders.“ (S2, 25.7.2011)

„Zu gering, an Grenzen stößt man schnell (gesetzliche, finanzielle, organisatorische).“ (M2, 25.7.2011)

„Schwangere Frauen in Österreich/Europa wenig bis nicht selbstbestimmt.“ (M1, 25.7.2011)

Jene Mutter⁹³, von welcher das letzte Statement stammt, schilderte auch, dass die Information dem Gesundheitssystem in Österreich entsprechend sei und man von Alternativen meist nur über Hebammen oder alternativ eingestellte ÄrztInnen erfahre. Diese Alternativen seien meist sehr teuer und man müsse sich aktiv darum kümmern. Weiters kritisierte sie den Umstand, dass man als schwangere Frau aktiv den vorgeschriebenen „Standardweg“ in Krankenhäusern (also fünf Mal Ultraschall, pränatale Untersuchungen, Geburt im Krankenhaus etc.)

⁹³ M1, E-Interview vom 25.7.2011 so wie mehrere informelle Gespräche, siehe Anhang 12.1.

verweigern müsse; tue man dies nicht, würde seitens des medizinischen Personals einfach angenommen, dass man es so wünsche (vgl. M1, 25.7.2011).

Bezüglich der nötigen Eigeninitiative, wenn man Alternativen kennen lernen möchte, äußerte sich auch eine andere Mutter (M4), welche zum zweiten Mal schwanger war. Sie meinte, dass Frauen an sich in Österreich genug Mitspracherecht hätten und dass es auch ein großes Angebot an alternativen Geburtsmethoden gäbe, man jedoch hartnäckig bleiben müsse, um einen Wunsch, welcher vom Standardweg abweicht, durchzusetzen. Sie schilderte, dass sie es als sehr störend empfinde, sich für ungewöhnliche Wege in Österreich ständig rechtfertigen zu müssen. Als wichtig erachte sie, dass man auf sein eigenes Körpererfühl hört, sich selbst vertraut und versucht, die Einwände und/oder Bedenken, welche von außen kommen, auszublenden (vgl. M4, 19.6.2011). Ich fragte, ob sie das Gefühl hatte, während ihrer ersten Schwangerschaft gut betreut worden zu sein, woraufhin sie wie folgt antwortete:

„Nein, ich war absolut unzufrieden. (...) Die Untersuchungen waren ruck-zuck erledigt (...) für Fragen/Sorgen/Ratschläge war bei meiner Ärztin leider nie Zeit.“ (M4, 19.6.2011)

Etwas später betonte sie abschließend:

„Ganz allgemein kann ich (...) nur sagen: Wahlfreiheit – das ist das Wichtigste in meinen Augen. Wahlfreiheit und aber auch eine umfassende Aufklärung über die verschiedenen Möglichkeiten und die Akzeptanz der jeweiligen Wahl.“ (M4, 19.6.2011)

Generell waren die Antworten von den sechs Schwangeren und Müttern auf meine Frage, ob sie sich im Krankenhaus wohlgeföhlt hätten, divers. Zwei (M1, M3) fühlten sich wohl und waren relativ zufrieden, vier andere (S1, S2, M2, M4) hingegen waren unzufrieden, fühlten sich nicht genügend betreut und empfanden die Krankenhausatmosphäre als unangenehm. Es scheint, als würde es einerseits auf das Krankenhaus ankommen und andererseits ganz individuell auf die Hebamme bzw. die ÄrztInnen und ihre jeweiligen Qualitäten.

Hinsichtlich der Selbstbestimmtheit in Bezug auf die Wahl der Geburtsmethode kam immer wieder das Thema Hausgeburt auf. Prinzipiell sei eine Hausgeburt nur dann möglich, wenn

sich 1) eine Hebamme findet, welche der Hausgeburt zustimmt und die gebärende Frau unterstützt und 2) keinerlei Anzeichen für einen riskanten Geburtsverlauf vorliegen, wie mir eine Hebamme (H1) berichtete. Sie meinte weiters, dass sobald Unregelmäßigkeiten oder Komplikationen beobachtet würden, die Hebamme verpflichtet sei, eine/n Arzt/Ärztin zu informieren und gegebenenfalls mit der Patientin ins Krankenhaus zu fahren (vgl. H1, 14.4.2011).

Die Geburt selbst ist eigentlich der heikelste Zeitpunkt der Selbstbestimmtheit der Frau, da hier ihre Autonomie eng vom Wohl des Kindes abhängt. Die meisten Hebammen und ÄrztInnen, mit denen ich gesprochen habe, waren sich darin einig, dass man einer Gebärenden gerne Freiraum lassen würde, jedoch ausschließlich nur, so lange kein Risiko für das Kind bestünde. Sobald das Wohl des Kindes bedroht sei, hätten Hebammen und ÄrztInnen die Pflicht, alles Notwendige zu tun, um das Kind wohlbehalten zur Welt zu bringen – die Wünsche der Gebärenden würden dann in den Hintergrund rücken, da es gerade bei Komplikationen während der Geburt meist sehr schnell gehen müsse. Eine Mutter erzählte mir diesbezüglich beispielsweise, dass bei ihr ein Notkaiserschnitt gemacht werden musste und dann im Eifer des Gefechts die Nabelschnur durchgeschnitten und die Plazenta ver- und vor allem entsorgt wurde, obwohl meine Interviewpartnerin ursprünglich die Plazenta gerne mit nach Hause genommen hätte für eine weitere Verwendung (vgl. S1, 20.6.2011).

Zu den soeben angesprochenen Grenzen der Selbstbestimmtheit äußerten sich einige Hebammen und ÄrztInnen wie folgt:

„[...] die Grenzen der Autonomie sind unmittelbar nach der Geburt in gewissem Maß (...) erreicht. (...) Dinge, die keine Relevanz haben für die Gesundheit des Kindes, da ist jede Gestaltungsmöglichkeit für die Mutter gegeben. (...) Wenn sich herausstellt, dass Methoden, die (...) ganz stark für die Autonomie der Mutter sprechen (...) in Widerspruch sind zu (...) Gesundheit und Integrität [Anm.: des Babys], (...) dann ist der Kinderarzt oder der Geburtshelfer aufgerufen, dieser Autonomie Einhalt zu gebieten.“ (A1, 3.8.2011)

„[...] so lange keine Gefahr für Mutter und Kind da ist, ist (...) alles erlaubt.“ (H2, 23.8.2011)

„[...] aber [Anm.: man] kann (...) auch zu bestimmten Grenzen nur gehen, zum Beispiel, wenn sie [Anm.: eine] Blutung hat, dann muss man schon handeln und deutlich und klar sagen, das geht nicht, weiter kann man nicht zuwarten; muss man Maßnahmen setzen.“ (A2, 18.9.2011)

Und auf meine Frage, ob man sagen könne, dass die Selbstbestimmtheit der Schwangeren bzw. der Mutter da aufhört, wo das Baby beginnt, gefährdet zu sein, sagte letzterer Interviewpartner: „Und die Frau natürlich – ja.“ (A2, 18.9.2011)

In all meinen Interviews erhielt ich hinsichtlich der Frage nach den Grenzen der Selbstbestimmtheit einer Frau eine ähnliche Antwort: So lange Mutter und Kind nicht gefährdet seien durch die Entscheidungen und Wünsche der Mutter, sei fast alles erlaubt und völlig in Ordnung. Da das Wohlergehen des Kindes jedoch (spätestens) ab der Geburt auch in die Verantwortung der GeburtshelferInnen bzw. der KinderärztInnen fällt, sind gewisse Wünsche der Mutter von Seiten des Krankenhauses nicht mehr akzeptierbar.

Hier sieht man auch ganz deutlich das Machtgefälle zwischen PatientIn und ÄrztInnen: Allein der Umstand, dass ÄrztInnen die Möglichkeit haben, Wünsche ihrer PatientInnen nicht zu tolerieren bzw. zu gestatten und der Autonomie „Einhalt zu gebieten“ zeigt deutlich, dass sie in einer hierarchisch übergeordneten Position sind. Dies formuliert auch Brigitte Jordan (1995):

„Das heißt, wenn eine Frau ins Krankenhaus geht, um ihr Kind zu bekommen, findet eine Statusveränderung statt. Sie wird Patientin, das bedeutet: die die Entscheidungen treffende Macht und die Verantwortlichkeit für ihren Zustand gehen von ihr auf das Krankenhauspersonal und auf den diensthabenden Arzt über.“ (Jordan, 1995:29)

Einige der Schwangeren und Mütter, mit denen ich gesprochen habe, kritisierten auch, dass sie sich im Krankenhaus eben wie „Kranke“ behandelt fühlten, was alleine die Bezeichnung „Patientin“ in Bezug auf Schwangere schon klar zeige. Eine Mutter (M4) beschrieb es wie folgt:

„Eine Schwangerschaft bzw. die Geburt sind keine kranken Zustände. Im Gegenteil. Eine Schwangerschaft ist doch viel mehr ein Zeichen für einen gesunden Körper, die Wehen ein Ausdruck fürs funktionierende System. Die Schwangere braucht Unterstützung von Menschen, die ihren Zustand nicht generalpathologisieren.“ (M4, 19.6.2011)

Auch Jordan (1995 [1983]) beschreibt, dass immer mehr Frauen⁹⁴ in den USA die Kontrolle über ihren Körper und die Verantwortung für ihre Erfahrung behalten wollen. Viele schwangere Frauen stört es, als „Patientinnen“ behandelt zu werden, quasi als Objekte, die von einem Kind entbunden werden (vgl. Jordan 1995:30). Zu diesem Prozess der „Objektivierung“ von PatientInnen schreibt Charis Cussins⁹⁵ (1996) in ihrem Artikel „Ontological Choreography: Agency through Objectification in Infertility Clinics“, dass der Körper von Frauen in den verschiedenen Etappen der Behandlung von Unfruchtbarkeit auf verschiedene Arten objektiviert wird, nämlich durch *Operationalisierung* (der Körper wird in „einzelne Teile“ zerlegt, z.B. wird von „dem Uterus“ als individuellem Teil gesprochen), *Naturalisierung* (dies bezieht sich auf das erwartete Verhalten der PatientInnen – sie werden zum „Versuchsobjekt“, welches man untersuchen kann), *epistemische Disziplinierung* (damit ist die Wissensvermittlung durch das Krankenhaus bzw. die behandelnden ÄrztInnen gemeint) und *Bürokratisierung* (nur unspezifische Eigenschaften sind relevant im klinischen Setting, z.B. Pünktlichkeit, Einhalten der Krankenhausregeln etc.). Sie untersuchte anhand von Feldforschungen in Unfruchtbarkeitskliniken, in wie weit die Objektivierung einer Patientin Einfluss auf ihre Handlungsfähigkeit hat – primär scheint es sich hier um zwei gegensätzliche Pole zu handeln. Cussins (1996:598f) kommt jedoch zu dem Schluss, dass die Objektivierung nur dann die Handlungsfähigkeit einschränkt (bzw. ihr als gegensätzliches Prinzip gegenüber steht), wenn das übergeordnete Ziel (in diesem Fall, schwanger zu werden) nicht erreicht wird. Es könnten durchaus auch in der Objektivierung neue, bisher nicht erkannte Handlungsmöglichkeiten liegen.

Zur Selbstbestimmtheit bei der Lotusgeburt äußerten sich zwei InterviewpartnerInnen (S1 und M3) hinsichtlich des Falles, dass man sich für eine Lotusgeburt entschieden hätte, jedoch mit

⁹⁴ Anm.: Stand 1983.

⁹⁵ Charis Cussins schrieb ihre Dissertation zum Thema „Technologies of Personhood: Human Reproductive Technologies“ (1996) an der „University of California“. Der in meiner Arbeit behandelte Artikel stellt ein Kapitel dieser Dissertation dar.

der Handhabung der Plazenta in den Tagen der Verbundenheit von Plazenta und Kind nicht zurecht komme. Die Entscheidung, die Nabelschnur intakt zu lassen, sei laut Hanna Ojus (H3) keinesfalls „bindend“, da man nicht zu spät abnabeln könne. Sie formulierte es wie folgt:

„Es gibt nie einen Zeitpunkt, wo es eigentlich zu spät ist, also dass man sagt ‚Ach Gott, hätte ich doch mal abgenabelt‘, sondern man kann zu jeder Zeit abnabeln, also ob es nach zehn Minuten oder nach drei Stunden oder nach drei Tagen oder (...) gar nicht ist. Es gibt keinen Punkt, wo man sagt ‚Na, jetzt ist aber zu spät‘. (...) Und das nimmt vor allen Dingen den Frauen den Druck. (...) Dann können die auch einfach, wenn es nicht funktioniert, einfach selber abnabeln.“ (H3, 20.6.2011)

Ähnlich sah es auch die zu ihrem zweiten Kind schwangere Studentin der Kultur- und Sozialanthropologie, welche darüber nachdachte, bei der Geburt ihres Kindes eine Lotusgeburt durchzuführen:

„Weil wenn das Gefühl einfach nimmer stimmt, dann kann ich mich noch immer dagegen entscheiden (...) und wenn's mir irgendwie im Weg ist und ich merke, dass das für uns nicht passt, ob jetzt fürs Kind, oder für mich, oder für mein Freund, dann (...) wenn's mir unangenehm ist, dann schneid ich's ab.“ (S1, 20.6.2011)

Im Folgenden möchte ich auf den Stellenwert des Kindsvaters hinsichtlich der Wahl einer Geburtsmethode so wie auf seine (mögliche) Funktion während des Geburtsprozesses eingehen.

7.3. Stellenwert und Funktion des Kindsvaters bei Geburt und Schwangerschaft

Die Meinung des Kindsvaters bezüglich der Wahl der Geburtsmethode

Meine Interviewpartnerinnen waren hinsichtlich der Wichtigkeit der Meinung des Kindsvaters bezüglich der Wahl der Geburtsmethode sehr unterschiedlicher Ansicht: Manche räumten ihrem Partner großes Mitspracherecht ein, wie etwa eine schwangere Interviewpartnerin (S3) schilderte:

„Seine Meinung ist mir sehr wichtig! Wir haben das Thema auch lange diskutiert [Anm.: *Geburtsmethode*], da er anfangs meine Beweggründe zu Hause zu entbinden nicht verstanden hat.“ (S3, 25.7.2011)

Auch die Mutter (M2) eines Sohnes äußerte sich positiv über die Wichtigkeit der Meinung des Kindsvaters: „Wichtig, ich persönlich war sehr froh, um die hundertprozentige Unterstützung des Kindsvaters zu wissen.“ (M2, 25.7.2011) Andere wiederum waren der Ansicht, dass die Meinung des Kindsvaters eine untergeordnete Stellung einnimmt, wie beispielsweise die Mutter (M3) von zwei Kindern, welche die Frage meinerseits, wie wichtig ihr die Meinung des Kindsvaters sei, folgendermaßen beantwortete: „Ehrlich gesagt GAR nicht, da ICH die Gebärende bin/war“. (M3, 25.7.2011) Eine Frau, welche bereits Mutter eines Kindes ist und ein zweites erwartet, äußerte sich sehr diplomatisch zu diesem Thema:

„Ich würde sagen, das ist davon abhängig, wie man zueinander steht. Grundsätzlich bin ich der Meinung, dass die werdende Mutter Wahlfreiheit besitzt. Es ist ihr Körper, es ist ihr Erlebnis, durch das sie durch muss, das sie stärker macht. Ich habe einen Partner, der das genauso sieht, und deswegen meine Entscheidungen unterstützt und mich in ihnen bestärkt hat. Das tut auf jeden Fall sehr gut!“ (S2, 19.6.2011)

Die Mutter (S1) einer Tochter, welche erneut schwanger ist, schilderte mir in einem Interview ausführlich, wie sie mit ihrem Lebensgefährten und Kindsvater über Geburtsmethoden und auch über Lotusgeburt sprach:

„Es ist schon so, dass er mir da die Hauptverantwortung (...) überlässt, und dass er wie ich auch sehr alternativ eingestellt ist (...) und wie ich mit ihm über die Plazenta, (...) die Lotusgeburt gesprochen habe, ist ihm das auch sofort sehr sympathisch gewesen, und sehr logisch erschienen, dass das Organ da dran bleiben sollte, (...) aber es ist schwer zu sagen, ob ich mich dann durchsetzen würde, ich glaube wir würden darüber diskutieren und schauen, dass wir einen Kompromiss finden (...) Kommt darauf an, wie wichtig es mir dann ist (...) Das wird sich dann finden in der Diskussion.“ (S1, 20.6.2011)

Der Kindsvater in der Situation der Geburt

In Deutschland waren in den 1980er Jahren im Durchschnitt 90% der Väter bei der Geburt ihres (ersten) Kindes dabei (vgl. Kunz 2003:193). Eine österreichische Hebamme bestätigte mir diese Prozentzahl auch für Österreich (vgl. H1, 14.4.2011). Abgesehen von dem bei uns recht üblichen Brauch, dass der Kindsvater die Nabelschnur durchschneidet (vgl. H2, 23.8.2011), gibt es noch eine Reihe weiterer Tätigkeiten, die der Kindsvater während des Geburtsvorgangs tun kann. Viele Väter nehmen während der Geburt eine unterstützende Rolle ein, halten die Hand der Frau, reden ihr gut zu etc. Aber auch einige praktische Handgriffe kann der Mann übernehmen, etwa das Kind zum ersten Anlegen der Frau reichen oder es zum ersten Mal baden. Aber auch einige Massagen, welche während der Wehen hilfreich sein können, könne der Mann laut Laue (2008:173f) durchführen (geeignete Massagen würden in den meisten Geburtvorbereitungskursen gezeigt). Der Chefarzt (A1) einer gynäkologischen Abteilung in einem niederösterreichischen Landeskrankenhaus meinte, dass die Väter direkt bei der Geburt dennoch eine eher untergeordnete Rolle spielten und am ehesten eine unterstützende Funktion hätten (vgl. A1, 3.8.2011). Immer wieder komme es jedoch auch vor, dass werdende Väter während der Geburt kollabieren bzw. ein Gefühl der Hilflosigkeit beschreiben, da sie ihrer Frau gerne helfen würden, es jedoch nicht vermögen. Außerdem seien Väter bei Zweitgebärenden weitaus seltener bei der Geburt dabei. Bei den Geburtvorbereitungskursen seien etwa 50% der Kindsväter anwesend, wobei dies auch stark vom Thema der jeweiligen Sitzung abhänge (vgl. H1, 14.4.2011).

Begegnung mit der Plazenta

Besonders spannend sei laut Hanna Ojus (H3) jener Moment, wo ÄrztInnen bzw. Hebammen die Eltern fragen, ob sie die Plazenta sehen möchten (im Falle der Lotusgebur ist dies sowieso der Fall), was zwar nicht in jedem Krankenhaus, aber doch in einigen gemacht werde (vgl. A1, A2, H1, H2, H3). Ein niederösterreichischer Urologe (A2) schilderte: „Wir zeigen natürlich das bei den Geburten. (...) Ich tu das auch immer anbieten, ob sie mit nach Hause nehmen möchten.“ (A2, 18.9.2011) Die Reaktionen auf die Plazenta seien sehr unterschiedlich und reichten von Ekel bis hin zu Neugierde. Hanna Ojus (H3), welche schwerpunktmäßig Lotusgeburten in Deutschland durchführt, schilderte, dass einige Väter bei Lotusgeburten zunächst beim erstmaligen Erblicken der Plazenta zwar oft angeekelt reagieren, jedoch bald neugierig würden und sich die Plazenta etwas genauer ansehen. Schließlich seien die meisten Väter nach einigen Minuten bereits vom Mutterkuchen angetan

und würden sich gerne um dessen Versorgung, also beispielsweise das Waschen, kümmern. Sie meinte weiters, dass viele Väter sich freuen würden, bei der Lotusgeburt auch etwas „überantwortet“ zu bekommen – das Neugeborene liege meist bei der Mutter auf der Brust und die Väter würden sich bei einer Lotusgeburt dann gerne der Plazenta annehmen (vgl. Ojus, H3, 20.6.2011). Auch oben genannter Urologe (A2) sprach davon, dass die meisten Väter beim Erblicken der Plazenta als erste Reaktion Ekel zeigen würden bzw. überhaupt desinteressiert seien. Die Ekel-Reaktion führt er darauf zurück, dass die Plazenta direkt nach der Entbindung rot und „fleischig“ sei (vgl. A2, 18.9.2011).

8. EMPIRIE

Im Folgenden möchte ich die Interviews der einzelnen Befragtengruppen (ÄrztInnen, Hebammen, Mütter/Schwangere) und die daraus gewonnenen Erkenntnisse und Ergebnisse in Bezug auf meine Fragestellungen analysieren.

8.1. Diskussion der Interviews mit ÄrztInnen

In diesem Abschnitt möchte ich mir gezielt die Daten aus den informellen Gesprächen und Interviews mit ÄrztInnen ansehen. Ich sprach insgesamt mit vier GynäkologInnen (A1, A2, A3, A4) und einer Medizinstudentin (A5), welche ein Praktikum auf der Geburtenstation eines Wiener Privatspitals machte. Unter den vier ÄrztInnen waren drei Männer (A1, A2, A4) und eine Frau (A3). Alle GynäkologInnen hatten gemeinsam, dass sie selbst noch keine Erfahrungen mit der Lotusgeburt hatten und dass sie auf das Thema eher zurückhaltend reagierten. Lediglich die Gynäkologin (A3) erwähnte, dass in ihrer Klinik bereits Lotusgeburten durchgeführt wurden, dass sich hier jedoch die Hebammen⁹⁶ besser auskennen würden.

Bis auf einen Arzt (A4) hatten alle zumindest schon einmal von der Lotusgeburt gehört und hatten eine vage Vorstellung, wie der Ablauf eben dieser von sich geht. Zwei reagierten skeptisch bzw. eher abweisend (A1, A4), eine neutral (A3) und einer eher interessiert (A2).

⁹⁶ Mein wiederholter Versuch, eine dieser Hebammen zu kontaktieren, blieb erfolglos.

Als Reaktion erhielt ich beispielsweise folgende Aussage:

„Ja, habe ich schon gehört und zwar haben ich gehört durch eine Hebamme, durch einen Artikel in einer Hebammenzeitung vor ungefähr einem Jahr. Da habe ich über diese Lotusgeburt gelesen (...) oder über diese Skurrilität sozusagen. (...) Wenn irgendeine Form von kompliziertem postpartalen Verlauf schon im Vorhinein abzusehen ist, dann würde ich überhaupt von jeglichem experimentellen und als solches würde ich das *[Anm.: die Lotusgeburt]* schon bezeichnen, Vorgehen abraten.“ (A1, 3.8.2011)

Die Lotusgeburt sei nach Ansicht von A1, einem Chefarzt der Gynäkologie in einem niederösterreichischen Krankenhaus, nicht nur „experimentell“, sondern auch dem Bereich der Esoterik zuzuordnen: „[...] da würde ich persönlich es eher so sehen, dass das wohl eher in den Bereich (...) Esoterik fällt.“ (A1, 3.8.2011) Gerade das Wort „experimentell“ deutet darauf hin, dass die Lotusgeburt im Krankenhaus (aus seiner Sicht) noch nicht wirklich bekannt ist bzw. noch keine eingehende Auseinandersetzung mit ihr stattgefunden hat. Als ich bezüglich des Begriffes „experimentell“ genauer nachfragte, erhielt ich folgende Antwort:

„Nun, das mag vielleicht (...) je nach Blickwinkel, das mag für denjenigen, der aus dem Blickwinkel der Lotusgeburt kommt und sagt, das ist das Normale, sonderbar klingen, aber (...) das jetzt übliche Vorgehen *[Anm.: ist]* nicht experimentell, weil man damit schon viel Erfahrung hat. Während umgekehrt, mit der (...) Lotusgeburt (...) ja darüber hat man eher weniger Erfahrung in der Allgemeinheit.“ (A1, 3.8.2011)

Ein Gynäkologe (A4) im Wiener AKH reagierte in einem informellen Gespräch eher ablehnend auf das Thema der Lotusgeburt – aus seiner Sicht sei sie als „moderner Trend“ zu betrachten, welcher sich nicht lange durchsetzen würde.

Alle befragten ÄrztInnen waren sich darin einig, dass es wohl meist „naturverbundene“ Frauen bzw. Eltern seien, welche sich für die Lotusgeburt entscheiden würden. Auch die Motivationen der werdenden Eltern für die Durchführung einer Lotusgeburt wurden meist im Bereich von mehr Natürlichkeit angenommen, aber auch hinsichtlich der Attraktivität von „neuen“ Techniken und „Trends“ (wie die Lotusgeburt einer sei) erhielt ich zusätzlich zu obiger Reaktion von A4 einige Hinweise. Ich erhielt unter anderem folgende Aussagen:

„Ich könnte mir vorstellen, dass die ein oder andere Frau, ich glaub das ist eine (...) extreme Minderheit, sich dafür entscheiden, weil (...) erstens einmal sehr viele neue Dinge immer gut ankommen und je skurriler etwas ist, umso besser kommt es in gewissen Kreisen an, das ist sicher der eine Grund, Sensationslust sozusagen. Das zweite sind vielleicht wirklich Frauen oder Paare, die (...) mit ethnomedizinischen Zusammenhängen zu tun haben und das dann irgendwie interessant finden und vielleicht auch (...) wirklich in Betracht ziehen, dass eine Trennung der Nachgeburt von dem Baby eine nachteilige Auswirkung für das Baby hat. (...) Es sind sicherlich ethnomedizinisch Interessierte, ich sag einmal, der typische Alternative, der (...) Mensch, der das natürliche Leben vorzieht, der also möglichst auch keine (...) Impfungen machen will, weil das auch etwas ist, was unnatürlich ist, der möglichst überhaupt keine Medikamente nehmen will, der auch keine Antibiotika nehmen will, also sozusagen eher naturbezogene Menschen, die (...) mit der heutigen Medizin lieber nichts zu tun haben.“ (A1, 3.8.2011)

„[...] Heutzutage würde ich sagen, entweder so Damen, die so irgendwie naturgebunden sind und dann auch (...) ganz moderne Damen, die etwas Neues ausprobieren möchten, oder gerade so ‚in‘ ist.“ (A2, 18.9.2011)

Gerade die erste Aussage beinhaltet meiner Ansicht nach mehrere verschiedene Ebenen, welche vermischt werden: Einerseits nannte der Arzt A1 zwei Mal den Begriff „ethnomedizinisch“, was mich darauf schließen lässt, dass er die Lotusgeburt als eine Geburtpraktik erachtet, welche nicht unserer Kultur entspringt, sondern von Interessierten an Geburtspraktiken anderer Völker bzw. Gesellschaften „übernommen“ werde. Weiters ist augenscheinlich, dass der „ethnomedizinisch Interessierte“ in diesem Statement mit dem „typischen Alternativen“ gleichgesetzt wird, welcher möglichst keine Medikamente nehmen oder Impfungen durchführen möchte – hier wird die Distanz zwischen dem „westlichen“ schulmedizinischen und dem „traditionellen“ Medizinsystem ganz klar zum Vorschein gebracht. Weiters wird hier der Begriff „natürlich“ mit dem Begriff „alternativ“ analog gesetzt – „alternativ“ bezieht sich hier eindeutig auf den Ausgangspunkt der „westlichen“ Schulmedizin und impliziert meines Erachtens auch die Polarität „Natur – Technologie“. Weiters ist interessant, dass A1 das „westliche“ Medizinsystem als „heutige Medizin“ bezeichnet – dies mag zwar im Kontext „westlicher“ Industriestaaten stimmen, jedoch gibt es

heutzutage genauso auch eine ganze Reihe anderer, parallel existierender Medizinsysteme (z.B. Traditionelle Chinesische Medizin, Ayurveda, Schamanismus etc.). Jedenfalls gehen aus meiner Sicht hinsichtlich der Lotusgeburt zwei klare Aussagen aus dem Statement von A1 hervor: Erstens, die Lotusgeburt wird (momentan) von einer „extremen Minderheit“ durchgeführt und zweitens, die Lotusgeburt wird als etwas „neues“, etwas „experimentelles“ betrachtet, als „Sensation“, welche auch durch diesen Umstand einen Teil ihrer Attraktivität erhält. Auch die Ärztin (A3) eines Wiener Privatspitals schilderte mir in einem informellen Gespräch im März 2011, dass es eher „moderne“ und vor allem auch wohlhabende Frauen seien, welche sich für „neue“ Geburtsmethoden wie die Lotusgeburt interessieren und diese dann auch durchführen. Der Urologe A2 geht auch darauf ein, dass eine Motivation werdender Eltern die Erwartung bestimmter Vorteile sei:

„Ich kann mir gut vorstellen, dass die (...) überzeugt sind, dass dabei wahrscheinlich (...) irgendwelche Vorteile, vielleicht psychische, körperliche oder seelische [Anm.: vorhanden sind] (...) dass es dem Kind irgendwie nachher auch besser geht.“ (A2, 18.9.2011)

Bezüglich der Vor- und Nachteile der Lotusgeburt kam von selbigem Arzt die Überlegung zu möglichen Vorteilen, dass das Blut aus der Plazenta zum Kind zurückfließen könne, eventuell noch Nährstoffe übertragen würden und dass es vielleicht positive psychische Auswirkungen auf das Baby haben könnte, noch länger mit der Plazenta verbunden zu sein. Alle anderen ÄrztInnen sahen bei der Lotusgeburt keine eindeutigen Vorteile. Hinsichtlich der Nachteile nannten alle die erhöhte Umständlichkeit in den ersten Tagen nach der Geburt und den Faktor der Neuartigkeit der Lotusgeburt hinsichtlich möglicher Komplikationen. A1 drückte es wie folgt aus:

„Na, das mögen vielleicht praktische Nachteile sein, weil man kann sich schon vorstellen, dass vielleicht das ein oder andere Mal, wenn ein Neugeborenes irgendeine Form von Krankheit hat, wenn jetzt irgendeine Therapie notwendig ist, dass die (...) Handhabung diverser Anwendungen halt schwieriger sein wird mit dem Kind, weil doch sozusagen ja diese Verbindung im Bereich der Nabelschnur (...) ist. Und ein weiterer Nachteil wäre vielleicht, wenn wo eine Sondertherapie notwendig ist, die ja

doch (...) über die Nabelschnur geführt werden muss, dann ist vielleicht (...) das Anhängsel mit der Plazenta nicht unbedingt ein praktischer Vorteil.“ (A1, 3.8.2011)

In dieser Aussage macht sich bemerkbar, dass hauptsächlich an Nachteile für das medizinische Personal gedacht wurde und keine „erhöhte“ Umständlichkeit auf Seite der Mutter bzw. Eltern erwähnt wird. An eben solche dachte jedoch der Urologe (A2), welcher in seiner Überlegung zu möglichen Nachteilen der Lotusgeburt einerseits die „Ungewöhnlichkeit“, also die geringe Erfahrung mit dieser Methode und andererseits „praktische Sachen“ wie Baden des Kindes etc. nannte (vgl. A2, 18.9.2011).

Bezüglich des Stellenwerts der Plazenta in Österreich nannten drei (A3, A4, A5) von fünf den Begriff „Wegwerf“ oder „Abfallprodukt“. Zwei Ärzte (A1, A2) äußerten sich aus persönlicher Sicht jedoch sehr positiv über die Plazenta:

„Es ist doch ein Gewebe, was sozusagen eine ganz wesentliche Funktion hat. (...) Also wesentlicher Mediator⁹⁷ zwischen dem weiblichen Organismus und dem des Kindes (...) es ist philosophisch ein hoch interessantes Organ, über dass ich immer wieder reflektiere, mit noch keinem sicheren Schluss, den ich gezogen habe, aber jedenfalls ein Organ von ganz großer Bedeutung (...) es ist einfach dieses Gewebe, dieses Lebewesen unter Anführungszeichen, was überhaupt erst eine Schwangerschaft möglich macht.“ (A1, 3.8.2011)

„Nun (...) ist ein Organ, dass die Verbindung herstellt zwischen Mutter und Kind (...) Teil der schwangeren Frau oder des Kindes (...) [Anm.: und] auch großen Sinn hat für die Schwangerschaft“ (A2, 18.9.2011)

Auch die Medizinstudentin so wie die Ärztin (A3) zeigten sich in informellen Gesprächen fasziniert von diesem Organ. Alle fünf waren sich jedoch darin einig, dass die Plazenta zumindest zum jetzigen Zeitpunkt in Österreich keinen hohen Stellenwert hat. Dies ist aus meiner Sicht interessant, da sich mir sofort die Frage eröffnete: Wenn die ÄrztInnen zwar persönlich eine hohe Meinung von der Plazenta haben und gleichzeitig die autoritativen WissensträgerInnen im „westlichen“ Medizinsystem sind – woher hat die Plazenta dann ihren

⁹⁷ MediatorIn bedeutet so viel wie „VermittlerIn“.

niedrigen Stellenwert in Österreich? Hier zeigt sich meines Erachtens nach erneut eine Dominanz der Technologie und auch eine gewisse Betonung von Effizienz: Die Plazenta verliert nach der Geburt aus medizinischer Sicht ihre physiologische Versorgungsfunktion und ist somit im Krankenhaus (abgesehen von eventuellen postnatalen Untersuchungen) von keinem weiteren „Nutzen“. Daher wird sie entsorgt. Dass ÄrztInnen als Privatpersonen die Plazenta in ihrer Funktion als Verbindung zwischen Mutter und Kind wertschätzen, oder die Plazenta aus philosophischer Sicht „interessant“ finden (vgl. A1), hat im klinischen Umfeld offensichtlich wenig bis keinen Platz.

Auf die Frage, welche Plazenta-Bräuche ihnen bekannt seien bzw. welche sie auch in ihrem Berufsalltag schon einmal miterlebt hätten, nannten alle fünf das Vergraben der Plazenta.

Der Urologe (A2) führte diesbezüglich Folgendes an:

„[...] Ich biete denen [Anm.: *den Eltern*] das auch so an, weil wie gesagt, die [Anm.: *die Plazenta*] wird sozusagen (...) vernichtet nach der Entbindung. (...) Und die [Anm.: *die Eltern*] tun dann, wenn sie einen Garten haben, irgendwo halt einen Baum pflanzen (...) ich sag immer, die sollen das ganz tief reingraben, weil dann haben die nicht, dass (...) die Tiere [Anm.: *die Plazenta*] ausgraben.“ (A2, 18.9.2011)

Vom Verspeisen der Plazenta hatten alle zwar schon gehört, jedoch nur einer (A4) hat es bisher bei einer Patientin miterlebt. Auch die Verarbeitung zu Globuli war allen ein Begriff, dies erlebten jedoch nur zwei (A1, A3) der Befragten selbst.

Weitere Bräuche, wie etwa das Aufspannen der Plazentahaut auf eine Trommel, oder das Fertigen von Stoffdrucken mit der getrockneten Plazenta war niemandem ein Begriff und alle fünf ÄrztInnen, mit denen ich sprach, reagierten sehr erstaunt und fasziniert, als sie von diesen Möglichkeiten hörten. Meine Frage, ob die (werdenden) Eltern über die verschiedenen Möglichkeiten einer postnatalen Verwendung der Plazenta im Krankenhaus informiert würden, verneinten alle fünf Befragten der ÄrztInnen-Gruppe.

Die Funktion des Kindsvaters bei der Geburt schätzten alle befragten ÄrztInnen im Allgemeinen als eine die Gebärende unterstützende ein. Bei der Entscheidung der Geburtsmethode und auch während des Geburtsverlaufes selbst würden die Väter aus Sicht der ÄrztInnen eine eher untergeordnete Rolle einnehmen. Es seien generell (vor allem bei der

ersten Geburt) sehr viele Väter anwesend. Die beiden Gynäkologen A1 und A2 beschrieben es wie folgt:

„Die Väter spielen im Grund genommen durchwegs, wenn sie da sind und als solche für mich oder (...) von den Hebammen wahrnehmbar, eine (...) eher untergeordnete Rolle und sicherlich nicht den Geburtsvorgang bestimmende, sondern eher welche, die die Frau unterstützen und eher die Methode der Frau als (...) unterstützenswert sehen.“ (A1, 3.8.2011)

„Meistens der (...) männliche Partner spielt einfach so mit, weil sie haben nicht so viel Interesse und Informationen, dass sie die Frau auch entsprechend beraten können.“ (A2, 18.9.2011)

Auch die Medizinstudentin (A5), welche während ihres Praktikums an mehreren Geburten in beobachtender und unterstützender Funktion teilnahm, berichtete mir, dass die Kindsväter fast immer während der Geburt anwesend seien, sich jedoch entweder im Hintergrund aufhielten oder die Gebärende mit Worten und Gesten (wie Hand halten oder über den Kopf streichen) unterstützen. Aus den Aussagen der fünf ÄrztInnen erlangte ich den Eindruck, dass aus deren Sicht Schwangerschaft und Geburt eindeutig „weibliche“ Domänen seien, wo der Vater nicht notwendigerweise anwesend oder teilhabend sein muss, jedoch durchaus von den ÄrztInnen gerne als Unterstützung während der Geburt gesehen wird.

Was die Selbstbestimmtheit der Frau hinsichtlich Geburt und Schwangerschaft in Österreich betrifft, waren sich die fünf ÄrztInnen darin einig, dass diese prinzipiell sehr hoch sei – vor allem zu Beginn einer Schwangerschaft und hinsichtlich der Wahl einer Geburtsmethode. Alle fünf waren sich jedoch auch einig in dem Punkt, dass die Selbstbestimmtheit der Frau dort aufhört, wo das Leben des Kindes droht, gefährdet zu sein. Hier wird es auch rechtlich für ÄrztInnen schwieriger, da sie für das Leben des Kindes und jenem der Mutter innerhalb des Krankenhauses verantwortlich sind und hier kein Risiko eingehen dürfen und wollen. Es wird also bei normalem Verlauf der Gebärenden alles gewährt, was möglich ist und das Kind nicht gefährdet. Sobald Komplikationen auftreten, würden sich die befragten ÄrztInnen jedoch auch über die Wünsche der Gebärenden hinwegsetzen und gegebenenfalls sogar entgegengesetzt zu den Vorstellungen der Mutter handeln. Sie hätten dann das Wohl des

Kindes zur obersten Priorität und täten alles, was notwendig sei, um das Kind gesund und wohlbehalten durch die Geburt zu bringen. Ein Chefarzt der Gynäkologie (A1) führte die Situation der ÄrztInnen hinsichtlich der Selbstbestimmtheit und deren (rechtlichen) Grenzen näher aus:

„Da [*Anm.: während der Schwangerschaft*] ist die Autonomie sehr hoch und da verläuft die Grenze sozusagen ja noch mitten durch den Körper (...) der Schwangeren und ist deswegen ein ausgesprochen komplexer, nicht nur juristischer sondern auch ethischer Konflikt der hier entstehen kann. Jeder Geburtshelfer (...) wünscht sich hier möglichst wenig Grenzkonflikte im Berufsleben, aber es kann das ein oder andere Mal eine Situation dazu kommen, dass man im Sinn des therapeutischen Privilegs als Arzt sehr wohl in die Lage kommen kann, dass man die Mutter einer Art Entmündigung unterzieht. (...) Das kann sein zum Beispiel Verweigerung eines Kaiserschnitts bei extremer Notsituation des Kindes.“ (A1, 3.8.2011)

Als ich ihn anschließend fragte, wie so eine „Entmündigung“ denn rechtlich geregelt sei, antwortete er:

„Da gibt es keine endgültige Rechtssprechung, deswegen ist es letztlich so ein schwieriger Bereich (...) Wir müssen in solchen Fällen natürlich möglichst den Konsens mit der Mutter und mit dem Paar möglichst [*Anm.: suchen*], da hat ja der Vater auch eine wesentliche Funktion, aber ich könnte mir schon vorstellen, dass es auch so etwas einmal geben kann, in einem Berufsleben, das wird hoffentlich nicht oft vorkommen, (...) dass man vielleicht auch einmal einen Kaiserschnitt gegen den Willen der Mutter machen muss. Das ist eine Körperverletzung, die (...) letztlich unter Strafe steht, aber genauso steht die unterlassene Hilfeleistung unter Strafe.“ (A1, 3.8.2011)

Anhand dieser Schilderung lässt sich erkennen, dass die Selbstbestimmtheit der Frau in einem Krankenhaus nur bis zu einem gewissen Grad vorhanden bzw. berücksichtigt wird, jedoch das System „Krankenhaus“ ebenfalls wieder in seiner Autonomie eingeschränkt ist durch das übergeordnete System „Gesetz“. A1 führt hier auch an, dass der Kindsvater bei solch wichtigen Entscheidungen wie der Durchführung eines Notkaiserschnitts eine „wesentliche

Funktion“ hat – die Selbstbestimmtheit einer Frau sei also nicht unabhängig von ihrem Partner. A1 war weiters die Herstellung eines Konsens zwischen medizinischem Personal und PatientInnen wichtig. Sollte sich dieser einmal nicht finden lassen und keine medizinischen Risiken vorhanden sein, sei „die Autonomie [Anm.: der Frau] höher einzuschätzen als die Befindlichkeit der Angestellten im Krankenhaus“ (A1, 3.8.2011).

Eine prinzipielle Bereitschaft, eine Lotusgeburt durchzuführen, zeigten bis auf den Gynäkologen (A4) aus dem AKH alle befragten ÄrztInnen. Der Urologe A2 formulierte es wie folgt: „[...] wenn wir auch selbst gut informiert würden, ja und es dann irgendwie, sag ich mal, Vorteile, psychische und seelische und keine (...) Nachteile, Blutungen oder Infektion, habe ich nichts dagegen“ (A2, 18.9.2011). Auch die Gynäkologin A3 meinte, sofern keine Risiken bestünden, würde sie ihrer Patientin diesen Wunsch gewähren. A1 plädierte auch hier wieder für eine Konsensfindung:

„[...] Das ist sicherlich eine Frage, die sie *[Anm.: die Patientin]* mit mir diskutieren müsste und sollte und dann wird die Entscheidung mit den Hebammen zusammen zu treffen sein (...) Die Fachärzte, die betrifft es ja dann auch letztlich, bis hin zu den Kinderärzten, die das Kind erstversorgen (...) Grundsätzlich glaube ich, (...) und das würden wir in dem Zusammenhang natürlich dann intensivst recherchieren, wenn keine medizinischen Nachteile für das Neugeborene zu erwarten sind, dann könnte ich mir das schon vorstellen, dass man das zulässt.“ (A1, 3.8.2011)

Aus Sicht der befragten ÄrztInnen würden also die Wünsche einer Gebärenden durchaus gerne gewährt, sofern sich das Risiko für das Neugeborene durch eben diese Wünsche nicht erhöht. Folgend möchte ich mich nun der Gruppe der Hebammen zuwenden.

8.2. Diskussion der Interviews mit Hebammen

Bei den Hebammen zeigte sich ein etwas anderes Bild rund um die Themen Lotusgeburt und Plazenta als bei den ÄrztInnen. Insgesamt sprach ich mit vier Hebammen, mit zwei von ihnen führte ich qualitative Leitfadeninterviews, mit einer (H1) führte ich ein Interview ohne Aufnahme und mit einer weiteren (H4) führte ich ein informelles Gespräch. Weiters hatte ich

schriftlichen Kontakt per E-Mail mit der australischen Hebamme Shivam Rachana, welche auch Autorin des Buches „Lotus Birth“ (2000) ist. Frau Rachana gab mir die Information, dass die Lotusgeburt in Australien recht verbreitet und durchaus nichts Unübliches mehr sei.

Von der Lotusgeburt bereits schon einmal gehört hatten alle Hebammen, mit denen ich gesprochen habe – neben oben genannter Frau Rachana gab es noch eine Hebamme aus Deutschland, Frau Hanna Ojus, welche sich seit sieben Jahren auf Lotusgeburten spezialisiert hat und sehr viel praktische Erfahrung mit dieser hat.

Hinsichtlich der Motivation werdender Eltern, sich für die Lotusgeburt zu entscheiden und der Zielgruppe der Lotusgeburt wurde hier zwar auch eine gewisse Verbundenheit der betroffenen Frauen zu „Natürlichkeit“ genannt, jedoch würden sich vor allem sehr bewusst lebende Frauen, welchen ihr Körper, ihre Gesundheit wichtig ist und welche auch oftmals Yoga praktizieren, Bio-Produkte kaufen und manchmal auch Vegetarierinnen sind, für die Lotusgeburt interessieren (vgl. H1, 14.4.2011). Aus Sicht der von mir befragten Hebammen haben zumindest alle Frauen, welche sich für die Lotusgeburt entscheiden, gemeinsam, dass sie sich verstärkt mit den Themen Leben und Geburt auseinander gesetzt und sich umfassend und detailliert über verschiedene Zugänge und Möglichkeiten in Eigenrecherche informiert haben. Nach Hanna Ojus (H3) seien es vor allem „schon meistens die Frauen, die sich eher mit Geburten (...) beschäftigen, die einfach viele Bücher lesen, die einfach kucken, was da ist“ (H3, 20.6.2011).

Dass die Lotusgeburt in Österreich in den Krankenhäusern noch weitestgehend unbekannt ist, kam sowohl in einem informellen Gespräch (vgl. H1, 14.4.2011) als auch im Interview mit einer niederösterreichischen Hebamme (H2) hervor:

„Ja, wir haben das da schon im Team besprochen und die meisten, muss ich sagen, das war für alle eigentlich fremd. (...) Vor allem auch für die Kinderschwestern, die da auch bei uns immer da bei den Geburten dabei sind, (...) die haben das auch noch nie gehört und das war für uns da eigentlich fremd, ja.“ (H2, 23.8.2011)

Des Weiteren würde die Lotusgeburt derzeit noch häufig der Esoterik zugeschrieben, wie dies Hanna Ojus aus ihrer Erfahrung berichtet: „Ja, und es wird auch sehr in die Esoterik

reingeschoben, finde ich. Und ich glaube, da gehört es eigentlich gar nicht rein.“ (H3, 20.6.2011) Auch ein wenig später, auf meine Frage, ob es denn momentan Fortbildungen für Hebammen zum Thema Lotusgeburt gäbe, wurde die Zuschreibung zur Esoterik noch einmal deutlich:

„Nein, also das ist momentan (...) schon einfach noch völliges spirituelles Irgendwas. Also nicht nachvollziehbar, irgendwelche (...) schrägen Leute, die (...) einfach mal wieder was Neues ausprobieren. Aber das (...) war vor 30 Jahren mit der Wassergeburt (...) nicht anders.“ (H3, 20.6.2011)

An der Lotusgeburt interessiert bzw. von ihr fasziniert waren alle Hebammen, mit denen ich gesprochen habe. Manche (H1, H2, H4) haben auch anlässlich meiner Anfrage mit KollegInnen gesprochen und die Lotusgeburt thematisiert. Die Hebamme H1 meinte, sie würde die Lotusgeburt auch in Geburtsvorbereitungskursen immer wieder thematisieren, hätte jedoch bisher noch keine praktische Erfahrung mit ihr machen können. Generell hatte ich den Eindruck (und dies bestätigte mir auch die Medizinstudentin, welche sich intensiv mit den Hebammen der Geburtsstation ihres Praktikums austauschte), dass die Hebammen etwas offener und aufgeschlossener auf alternative und vielleicht bisher unbekannte Möglichkeiten reagierten als die Gruppe der ÄrztInnen.

Zu den Vor- und Nachteilen der Lotusgeburt waren die Meinungen der Hebammen sehr heterogen. Drei (H1, H3, H4) nannten den postnatalen Bluttransfer von der Plazenta zum Kind als Vorteil, eine Hebamme (H2) sahen keinen direkten Vorteil in der Lotusgeburt. Die niederösterreichische Hebamme H2, welche noch keine praktische Erfahrung mit der Lotusgeburt hat, sieht als mögliche Nachteile folgende:

„Ich kann mir gar keinen Vorteil da vorstellen. Ich wüsste gar keinen. (...) Nachteile, ich kann mir das nur vorstellen, das muss ja eine Geruchsbelästigung dann sein. (...) Das muss (...) zum Stinken anfangen. Und was jetzt noch ein Nachteil ist, wenn man jetzt das Baby wickelt, es ist schon umständlicher. Jetzt die Frauen, am Anfang tun sie sich eh ein bisschen, wenn sie das Baby rausnehmen, ganz zaghaft und vorsichtig und jetzt müssen sie die Plazenta auch noch mitnehmen. Also das sehe ich schon ein bisschen als Nachteil.“ (H2, 23.8.2011)

Die erhöhte Umständlichkeit und eingeschränkte Mobilität nach der Geburt wurde ebenfalls zwiegespalten betrachtet – für zwei Hebammen (H2, H4) waren diese deutliche Nachteile, für Hanna Ojus (H3) wiederum waren es Vorteile, da dann die Eltern erst einmal in Ruhe Zeit hätten, sich einige Tage nur mit ihrem Kind zu beschäftigen, es kennen zu lernen und vor allem Zeit und Raum zu haben, sich von den Strapazen der Geburt zu erholen und in der neuen Situation zurecht zu finden – mit dem Kind herum zu fahren und es den Verwandten zu zeigen könne man auch einige Tage später noch machen (vgl. H3, 20.6.2011). Eine Hebamme (H1) nannte als möglichen Nachteil die erhöhte Neigung zur Gelbsucht. Diesem Hinweis bin ich nachgegangen und habe dies im Kapitel „5.2. Vor- und Nachteile“ näher behandelt. Als möglichen Vorteil nannte Hanna Ojus (H3) noch, dass in Gegenden mit schlechten hygienischen Bedingungen die Lotusgeburten helfen könne, Infektionen zu vermeiden, da man eben keine offene Wunde hätte, über welche Keime eindringen und Infektionen entstehen können.

Zur Plazenta äußerten sich alle Hebammen sehr respektvoll, auch wenn sie oft bedauernd feststellten, dass sie heutzutage häufig als Wegwerfprodukt behandelt wird. Alle Hebammen berichteten mir, dass sie den Müttern bzw. den Eltern nach der Geburt die Plazenta zeigen und sie fragen, ob sie diese mit nach Hause nehmen und/oder anderweitig verwenden wollen. Außerdem erklären die Hebammen zumeist die Funktion der Plazenta, wie mir eine niederösterreichische Hebamme (H2) berichtete:

„Ich erkläre dann den Frauen immer die Plazenta, (...) die mütterliche Seite, dann die Gefäße, die Fruchtblase, ich erkläre ihnen das alles, dass es ganz einfach die Frauen wissen (...) und auch die Funktion, dass eben durch die Nabelschnur das Baby ernährt wird (...) und das wird auch von den Frauen gerne angenommen, wenn man das erklärt.“ (H2, 23.8.2011)

Eine Hebamme (H1) berichtete mir, dass sie schon öfter miterlebt habe, dass Mütter ein kleines Stückchen der Plazenta herausschneiden und dann entweder roh oder tiefgekühlt verspeisen, um einer Wochenbettdepression vorzubeugen bzw. entgegenzuwirken. Eine andere Hebamme (H2) erzählte, dass die Plazenta in letzter Zeit wieder häufiger mitgenommen wird, um sie zu vergraben und einen Baum darauf zu pflanzen:

„Es gibt schon und das wird jetzt ein bisschen mehr, dass die Frauen die Plazenta mit nach Hause nehmen wollen und einen Baum darauf pflanzen wollen. (...) Eine Zeit war das gar kein Thema und jetzt die letzten zwei Jahre, nicht oft, aber so hin und wieder ist die Anfrage, ob sie sie mitnehmen können (...) weil da tun sie einen Baum drauf pflanzen.“ (H2, 23.8.2011)

Auch sei die Herstellung von homöopathischen Globuli aus einem Stück der Plazenta mittlerweile durchaus in den Krankenhäusern vorhanden, wie mir die niederösterreichische Hebamme (H1) berichtete. In Wien könne man das in der Kaiser kronen-Apotheke auf der Mariahilferstraße herstellen lassen, man müsse jedoch bereits vor der Geburt dem medizinischen Personal Bescheid geben, falls man dies wünsche, damit keine Medikamente verabreicht werden. Die Herstellung sei laut H1 daher eher bei Vaginalgeburten als bei Kaiserschnitten möglich. Auch andere Hebammen erzählten von diesem Vorgehen:

„Hier gibts ja auch so diese ganze Situation mit (...) diesen Plazenta-Globulis. (...) Also da kommen auch viele Frauen in die Problematik ‚Ja, was mach ich denn jetzt, kann ich jetzt denn noch die (...) Plazenta-Globulis machen (...) nach einer Lotusgeburt?‘ (...) Also da haben manche Frauen (...) also die versuchen dann, alles zu machen. (...) Es ist schon irgendwie komisch, auf der einen Seite sagt man dann, dass die Plazenta ein Teil vom Kind ist und auf der anderen Seite wollt ihr jetzt direkt nach der Geburt ein Stück aus der Plazenta raus schneiden um in ein Labor zu schicken.“ (H3, 20.6.2011)

Auf die Frage, ob sie denn auch Erfahrung mit der Herstellung von Globuli aus der Plazenta hätte, antwortete die niederösterreichische Hebamme H2:

„Ja! Ah, an das hab ich jetzt gar nicht gedacht! Das haben wir noch nicht oft. In Wien ist das vielleicht öfter, oder in den größeren Kliniken, in denen kommt das natürlich auch öfter vor, bei den Hebammen, aber bei uns war das jetzt, ja, zwei Mal glaub ich haben wir heuer gehabt, wo die Frauen eben ein Stück von der Plazenta haben wollen, in so ein Gefäß geben und in Wien gibt es so eine Apotheke eben, wo die Globuli gemacht werden.“ (H2, 23.8.2011)

Das Verspeisen der Plazenta habe die Hebamme H2 noch nie erlebt: „Nein, haben wir nie gehabt. Nein, bei uns da nicht.“ (H2, 23.8.2011) Hanna Ojus kennt dies jedoch: „Und dann gibt es ja auch die Frauen, die sagen, sie wollen unbedingt ein Stück von der Plazenta essen (...) oder sich eine Suppe draus kochen (...) oder den Hunden verfüttern.“ (H3, 20.6.2011) Prinzipiell komme das Verspeisen der Plazenta selten vor (vgl. H1, H2, H3, H4). Die Hebamme H1 erzählte mir außerdem, dass man aus der Haut des Fruchtsacks eine Trommel beziehen so wie Leinendrucke mit einer bemalten Plazenta anfertigen könne (vgl. H1, 14.4.2011). All diese Gebräuche der Plazenta (Globuli, ein Stück der Plazenta verspeisen, die ganze Plazenta verspeisen, Vergraben etc.) zeigen aus meiner Sicht eine gewisse Neugier der Schwangeren/Mütter bzw. Eltern an der Plazenta und auch eine hohe Wertschätzung eben dieser, zumindest insofern, als dass bei all diesen Handhabungen davon ausgegangen wird, dass die Plazenta ihre Funktion bei der Geburt nicht gänzlich verliert. Zwar komme es durchaus vor, dass die erste Reaktion der Mütter bzw. der Eltern auf den Mutterkuchen ein wenig Ekel ist, jedoch lege sich dieser nach kurzer Zeit, wenn die Hebammen mehr über die Funktion der Plazenta erzählt haben und wandle sich in Interesse: „Der erste Eindruck (...) das sie sagen ‚Wah, das schaut aus wie eine Leber‘ sagen sehr viele Frauen, ja. (...) So ‚wäh‘ und dann sag ich ‚Na, schauen Sie, ich erkläre Ihnen das‘ und dann sagen eben die Mütter ‚Aha, aha, interessant‘ (...) Und was wird dann gemacht, da erkundigen sich sehr viele Frauen“ (vgl. H2, 23.8.2011). Auch die Väter seien interessiert und würden sich vor allem bei Lotusgeburten rührend um die Plazenta kümmern und oftmals gänzlich deren Versorgung (etwa das Bestreuen mit Salz und Kräutern, das Waschen etc.) übernehmen (vgl. H3, 20.6.2011). In den Interviews kam es mir so vor, als wäre die Gruppe der Hebammen nicht nur interessierter, sondern auch informierter über die möglichen postnatalen Verwendungen der Plazenta als die Gruppe der ÄrztInnen. Zudem gewann ich aus den verschiedenen Gesprächen den Eindruck, dass aus Sicht der Hebammen die ÄrztInnen oftmals etwas distanziert bzw. teilweise vielleicht sogar belächelnd (vgl. H1, 14.4.2011) auf alternative oder ungewöhnliche Wünsche von Müttern/Eltern reagieren.

Das Maß der Selbstbestimmtheit der Frau bei Geburt und Schwangerschaft in Österreich schätzten die Hebammen im Allgemeinen recht hoch ein, jedoch kam auch häufiger der Hinweis, dass einige Frauen von diesem Handlungsspielraum zu wenig bzw. keinen Gebrauch machen würden. Viele Frauen seien oftmals nicht genügend informiert über die Möglichkeiten und würden nur all zu schnell die Verantwortung an die Hebammen und

ÄrztInnen abgeben (vgl. H1, H3, H4). Alle Hebammen sahen es als ihren „Auftrag“ an, den Frauen umfassende Information zukommen zu lassen und damit das Potential ihres selbstbestimmten Handlungspotentials zu erhöhen. Die Grenze der Selbstbestimmtheit liege nach Meinung der Hebammen – dies ist mit der Gruppe der ÄrztInnen deckungsgleich – an dem Punkt, wo das Leben oder Wohl des Kindes gefährdet sei. Ab diesem Moment könne man nicht mehr oder nur noch eingeschränkt auf die Wünsche der werdenden Mutter eingehen. Dies führt die Hebamme H2 aus: „Geht es aber dem Baby schlecht, muss ich sagen ‚Ich muss das jetzt im Interesse vom Baby‘ und so, dann muss man das halt machen. Das sehen sie dann eh ein, die Frauen, aber dann können sie halt nicht mehr so ganz, wie sie wollen.“ (H2, 23.8.2011)

Die Anwesenheit bzw. der Stellenwert der Väter wurde von allen Hebammen als wichtig beschrieben – von der Gruppe der Hebammen kam einheitlich, dass erstens sehr viele Väter bei der ersten Geburt dabei seien und zweitens dies auch erwünscht sei und der Kindsvater durchaus einige Aufgaben übernehmen könne. Laut einer Schätzung der niederösterreichischen Hebamme H1 seien ungefähr 90% der Väter bei der ersten Geburt anwesend, in den Vorbereitungskursen seien es in etwa 50%, wobei dies auch vom jeweilig behandelten Thema einer Einheit abhänge (vgl. H1, 14.4.2011). Das Durchtrennen der Nabelschnur etwa wird sehr oft vom Vater übernommen, weiters kann er eine hilfreiche Unterstützung der Gebärenden während der Geburt sein, wie die Hebamme H2 erwähnte: „Dann (...) lassen wir den Vater die Nabelschnur durchschneiden“ (vgl. H2, 23.8.2011) Er könne im Falle einer Lotusgeburt die Versorgung der Plazenta übernehmen und im Falle eines Kaiserschnitts werde das Kind oftmals, während die Mutter genäht wird, dem Vater übergeben etc. (vgl. H1, H2, H3, H4). Bei allen Gesprächen mit den Hebammen hatte ich das Gefühl, dass die Anwesenheit des Kindsvaters erwünscht und respektiert wird.

Ein weiteres Thema, welches sich in jedem der Gespräche mit Hebammen ergab, war die Frage, ob Babys den Moment der Abnabelung spüren. Hier gingen die Meinungen auseinander – während zwei Hebammen (H1 und H3) davon überzeugt waren, dass Babys diesen Moment aktiv mitbekommen und spüren, glaubten dies die zwei anderen (H2 und H4) nicht. Hanna Ojus (H3) meinte auf die Frage, ob sie glaube, dass Babys die Abnabelung spüren:

„Auf jeden Fall! Also das ist mir früher nie so aufgefallen, aber seitdem ich Lotusgeburten mache, ist das.. Also es ist krass, wie die darauf reagieren. (...) Also es ist manchmal so, dass die wirklich schlafen und dann, also wenn man grade so einfach abnabelt, einfach so ohne dass man irgendwas sagt, sondern mal so ,Ups, jetzt machen wir das mal‘ dann fangen die wirklich.. die wachen teilweise wirklich richtig auf und schreien wie am Spieß.“ (H3, 20.6.2011)

Auf meine Frage, ob die Babies denn Schmerzen empfinden würden, antwortete sie: „Weiß ich nicht, oder Zorn, oder Wut. Schmerz oder, keine Ahnung, (...) aber es war auf jeden Fall die pure Empörung.“ (H3, 20.6.2011) Auch die Hebamme H1 war sich sicher, dass Babies diesen Moment spüren, auch wenn es dafür keine beobachtbaren kausalen Zusammenhänge gäbe, wie etwa akutes Schreien (vgl. H1, 14.4.2011). Die Hebamme H2 wiederum sagte:

„Das hat mich auch schon oft interessiert. Aber ich muss sagen, wenn man es auspulsieren lässt und man schneidet dann durch, wenn ich das Baby beobachte, ich merke da nicht, dass es irgendwie zuckt oder irgendwie eine andere Grimasse macht, ist mir noch nicht aufgefallen. Ich glaube eher nicht. Wenn man es auspulsieren lässt. Weil wenn die entspannt liegen, auf dem Bauch von der Mama und man schneidet durch, die bleiben genauso entspannt liegen und wenn ein Baby vorher schreit, na dann schreit es halt, dann hat es vorher auch schon geschrien. Aber das man wirklich durchschneidet und es fängt zum Schreien an, so ist es nicht, nein.“ (H2, 23.8.2011)

Sollten Babies den Moment der Abnabelung als negativ empfinden (schmerhaft oder unangenehm), könnte dies eventuell auch für eine Intaktlassung der Nabelschnur sprechen, jedoch hat man kaum die Möglichkeit, dies restlos sicher heraus zu finden.

8.3. Diskussion der Interviews mit Müttern/Schwangeren

Ich wende mich nun folgend den Interviews mit Müttern und Schwangeren zu. Hier führte ich Gespräche und E-Mail-Interviews mit sechs Frauen, wovon alle bereits Mutter und zwei (S1, S2) zum Zeitpunkt der Datenerhebung erneut schwanger waren. Das Alter der Frauen bewegte sich zwischen 22 und 31 Jahren, alle waren aus Österreich.

Keine der Frauen hatte bei ihrer ersten Schwangerschaft eine Lotusgeburt, jedoch überlegte eine der Schwangeren (S1) diese Option zunächst für die Geburt ihres zweiten Kindes:

„Also ich hab schon vor, mich einzusetzen für das [*Anm.: die Lotusgeburt*] und so, ich jetzt nur ein bisschen hinein geschmökert und es klingt einleuchtend für mich, gefühlsmäßig ist das einfach ok und wenn ich da dann ein Sackerl mit herum trage, ist ja egal, also ich mein, es ist mir schon klar, dass ich dann wieder stigmatisiert werden werde vom Krankenhauspersonal (...) und (...) was meine Freunde da denken werden davon, meine Familie, ist mir egal, also da steh ich echt drüber.“ (S1, 20.6.2011)

Im Laufe des Entstehens dieser Diplomarbeit gebar sie ihr Kind, jedoch ohne Lotusgeburt; die Gründe hierfür berichtete sie mir in einem Geburtsbericht (an späterer Stelle gehe ich noch näher darauf ein). Alle sechs Frauen hatten schon von der Lotusgeburt gehört – auffallend war hier, dass vier (S2, M1, M2, M3) von sechs Frauen in Internetforen von dieser Möglichkeit erfahren haben, nur eine (M4) hatte es von einer Freundin erzählt bekommen, welche überlegte, eine Lotusgeburt durchzuführen. Zwei (S1, M2) lasen zudem noch in Büchern und Artikeln zu Schwangerschaft und Geburt davon. Generell hatte ich bei allen sechs den Eindruck, dass die Recherche im Internet und vor allem in Eltern- und Geburtsforen einen zentralen Stellenwert in der Vorbereitung und Informationssuche zu Themen rund um Schwangerschaft und Geburt einnimmt. Zwei Mütter (S1, M4) fanden die Idee, eine Lotusgeburt durchzuführen, interessant und ansprechend. Jene Mutter (S1), welche für die Geburt ihres zweiten Kindes die Lotusgeburt in Erwägung zog, berichtete mir, dass sie mit einigen Menschen in ihrem Umfeld und auch mit ihrem Gynäkologen über die Lotusgeburt gesprochen hatte, die Reaktionen jedoch zumeist angeekelt oder abweisend waren:

„Also ich habe mit einigen Leuten gesprochen über die Idee einer Lotusgeburt. Die Reaktionen waren fast ausgeschlossen sehr negativ, angeekelt. Ein Freund von mir, der Krankenpfleger ist, hatte dann ein bisschen Einfluss auf mich mit dem Argument, dass mit der Plazenta draußen schon ein Verwesungsprozess stattfindet und dass das dann gar nicht gut sein kann für das Baby, wenn es Kontakt mit Verwesungsbakterien hat. Aber ich ließ mir die Möglichkeit einer Lotusgeburt noch offen, war eher noch entschlossen, das in Betracht zu ziehen, nach der Geburt endgültig zu entscheiden, gefühlsmäßig.“ (S1, 20.12.2011)

Während eines Gesprächs mit ihrem Gynäkologen kam sie dann zu dem Schluss, dass die Plazenta ab dem Moment, in dem sie den Mutterbauch verlässt, keine weitere Funktion mehr für das Kind hätte. Schließlich musste dann bei der Geburt ein Kaiserschnitt durchgeführt werden und in der Aufregung kam ihr der Gedanke an eine Lotusgeburt nicht mehr. Die Plazenta nahm sie jedoch mit nach Hause, um sie zu vergraben:

„Wir entschieden uns jedenfalls für das Vergraben der Plazenta und darüber haben wir den Lebensbaum unseres Sohnemanns gepflanzt. Ich werde ihm wenn er groß ist – ganz nach einer afrikanischen Tradition – erzählen, dass da seine ‚kleine Schwester‘ (...) begraben ist, welcher er alle Sorgen erzählen kann.“ (S1, 20.12.2011)

Hinsichtlich der Bedeutung der Plazenta gab es geteilte Meinungen in der Gruppe der Mütter und Schwangeren: Für die eine Hälfte (S2, M1, M2) hatte die Plazenta überhaupt keine Bedeutung, für die andere Hälfte (S1, M3, M4) wiederum eine sehr große – emotional wie physisch:

„Die Plazenta ist ein sehr wichtiges, interessantes Organ. Ich fand die Plazenta übrigens auch sehr schön anzusehen. Wir haben sie uns gemeinsam mit der Hebamme ganz genau angeschaut und der erste Gedanke den ich in der Situation hatte war: Die sieht so schön ‚verlebt‘ aus, als hätte sie alles wichtige und notwendige an jemand anderen verschenkt.“ (M4, 19.6.2011)

„Plazenta hat eine große, emotionale Bedeutung für mich, habe beide Plazenten aufgehoben, auch die vertrockneten Nabelschnurreste. (...) Habe nach beiden Geburten die Plazenta mit nach Hause genommen (...) Beide Plazenten liegen noch immer im Tiefkühler, werde sie vielleicht eingraben.“ (M3, 25.7.2011)

Die Mutter eines Kindes, welche zu ihrem zweiten Kind schwanger war (S2), meinte zwar, dass die Plazenta für sie und ihren Partner „nicht wirklich eine große“ (S2, 25.7.2011) Bedeutung habe, jedoch wolle sie bei ihrer zweiten Geburt die Plazenta einfrieren und mit nach Hause mitnehmen. Was sie damit dann anschließend mache, wisse sie noch nicht.

Alle sechs wussten über Plazentabräuche wie Vergraben und Verspeisen Bescheid und die meisten hatten auch von der Möglichkeit, Globuli herzustellen, schon gehört. Eine Befragte (M2) wusste auch von Plazentadruckbildern Bescheid. Fünf Frauen (S1, S2, M1, M2, M3) meinten, der Stellenwert der Plazenta in Österreich wäre sehr niedrig und dass die meisten Leute bei ihrem Anblick Ekel empfinden würden. Vier Frauen (S1, S2, M1, M2) haben die Plazenta nach (zumindest einer) der Geburt(en) nur kurz bzw. gar nicht gesehen, sie wurde gleich entsorgt.

Bezüglich des Stellenwerts des Kindsvaters hinsichtlich wichtiger Entscheidungen und seiner Funktion bei der Geburt waren die Meinungen sehr unterschiedlich. Für drei Frauen (S1, S2, M2) war die Meinung des Kindsvaters hinsichtlich der Wahl einer Geburtsmethode sehr wichtig und sie berieten sich in allen Belangen mit ihrem Partner. Für zwei Frauen (M1, M3) war die Meinung des Kindsvaters überhaupt nicht wichtig und sie entschieden alleine. Eine Frau (M4) äußerte sich sehr diplomatisch und meinte:

„Ich würde sagen, das ist davon abhängig, wie man zueinander steht. Grundsätzlich bin ich der Meinung, dass die werdende Mutter Wahlfreiheit besitzt. Es ist ihr Körper, es ist ihr Erlebnis, durch das sie durch muss, das sie stärker macht. Ich habe einen Partner, der das genauso sieht und deswegen meine Entscheidungen unterstützt und mich in ihnen bestärkt hat. Das tut auf jeden Fall sehr gut.“ (M4, 19.6.2011)

Hier zeigte sich, dass zwar für alle sechs Frauen die Geburt ein „weibliches“ Erlebnis bzw. jenes der Gebärenden sei, jedoch jene, für welche der Partner einen wichtigen Stellenwert bei Schwangerschaft und/oder Geburt einnahm, schätzten seine unterstützende Funktion so wie seinen Beistand und Rat bei wichtigen und/oder schwierigen Entscheidungen.

Die Frage nach der Selbstbestimmtheit der Frau bei Geburt und Schwangerschaft rief eindeutig die „stärksten“ Reaktionen hervor. Bis auf eine einzige Befragte (M4), welche die Selbstbestimmtheit der Frau in Österreich generell als recht hoch einstufte, waren sich alle Frauen darin einig, dass man hinsichtlich der Schwangerschaft und der Geburt einen viel zu niedrigen Grad an Selbstbestimmtheit hat. Diesbezügliche Aussagen waren unter anderem:

„Mitspracherecht an sich hat man als Frau in Österreich an sich genug beziehungsweise gibt es viele verschiedene Alternativen zur ‚normalen‘ Geburt. Man muss einfach Verbissenheit mitbringen, wenn man etwas anderes machen möchte, dabei bleiben, auf sich selbst hören, aufs eigene Körpergefühl hören und darauf vertrauen und die ganzen Einwände und/oder Bedenken, die von aussen an einen herangetragen werden möglichst ausblenden sofern man für sich selbst weiß, die richtige Entscheidung getroffen zu haben.“ (M4, 19.6.2011)

„[Anm.: *Selbstbestimmtheit*] nur mit der richtigen Hebamme im richtigen Krankenhaus möglich. Ist es dann noch Selbstbestimmtheit, wenn man diese nur mit den richtigen ‚Geburtsbegleitern‘ durchsetzen kann?“ (M3, 25.7.2011)

„Schwangere Frauen in Österreich, Europa, wenig bis nicht selbstbestimmt. Information ist dem Gesundheitssystem entsprechend. Es gibt auch Alternativen, das sind dann aber immer eher Hebammen und alternative Ärzte, sind aber gering, teuer und muss man aktiv wahrnehmen. Gibt den Spruch ‚Frau verliert die Würde wenn sie beim Krankenhaus reinkommt‘. System erfordert von Frauen definitiv eine aktive Verweigerung der ‚vorgeschriebenen‘ Standardwege.“ (M1, 25.7.2011)

Einige der Frauen (S1, M1, M3, M4) betonten, dass man vor allem in Krankenhäusern sehr stark für seine Wünsche einstehen müsse, um überhaupt gehört zu werden und dass viele Optionen von vornherein wegfallen würden, da sie sehr kostspielig seien. Zwei Frauen (S1, S2) äußerten, dass sie sich im Krankenhaus oftmals überrumpelt fühlten von den Entscheidungen der ÄrztInnen bzw. des medizinischen Personals generell. Einige (S1, S2, M2, M4) berichteten auch, dass sie sich im Krankenhaus überhaupt nicht persönlich betreut bzw. wohl gefühlt hätten. Die Meinung gegenüber den Hebammen war bei allen Gesprächen im Allgemeinen eine höhere als jene gegenüber den ÄrztInnen.

Auch in den Gesprächen mit Müttern und Schwangeren kam der Moment der Abnabelung zur Sprache und ich fragte alle sechs Frauen, ob sie der Ansicht seien, dass ihre Kinder den Moment des Abnabelns aktiv gespürt hätten. Zwei Frauen (M1, M2) befanden sich während des Abnabelns in Vollnarkose, eine Frau (M4) ging auf diese Frage nicht näher ein und zwei Frauen (S2, M3) bekamen den Moment selbst zwar mit, glaubten aber nicht, dass ihre Kinder

ihn gespürt hätten. Eine Frau (S1) war davon überzeugt, dass sie und ihre Tochter die Durchtrennung der Nabelschnur als schmerhaft empfunden hatten:

„Es war schmerhaft. (...) Ich hab's einfach energetisch gespürt, ja und zwar ist das ja so beim Kaiserschnitt, dass Du das gar nicht siehst, es wird ein Tuch gespannt (...) Also ich hab's auch nicht gesehen, ich hab's auch nur so empfunden. Also ich weiß nicht, was, wieso sie da wirklich aufgeschrien hat, aber in dem Moment hab ich schon einen Schmerz verspürt. Wie es abgetrennt wurde.“ (S1, 20.6.2011)

Insgesamt ergab sich auch in dieser Gruppe von GesprächspartnerInnen zu diesem Punkt, dass es nicht klar und deutlich feststell- bzw. spürbar ist, ob ein Baby den Moment der Abnabelung aktiv spürt.

8.4. Fazit der Interviews

Insgesamt gesehen waren die Aussagen der einzelnen Interview-Gruppen bei einigen Themen recht ähnlich, bei anderen Aspekten jedoch sehr unterschiedlich. Beispielsweise waren sich alle drei Gruppen darin einig, dass die Plazenta in Österreich einen eher niedrigen Stellenwert hat und oftmals auch als „Wegwerfprodukt“ bezeichnet bzw. als solches behandelt wird.

Hinsichtlich der Lotusgeburt zeigten sich vor allem die Hebammen so wie die Mütter und Schwangeren interessiert, einige der Befragten (H1, H2, H4, S1, M4) wollten auch mehr über sie erfahren. Beide genannten Gruppen schienen der Möglichkeit einer Lotusgeburt prinzipiell recht aufgeschlossen zu sein, auch wenn über die praktische Durchführung und Umsetzung bei manchen noch Unklarheit bestand. Die Gruppe der ÄrztInnen hingegen reagierte etwas verhaltener und skeptischer auf das Thema der Lotusgeburt und kam oft recht schnell zu dem Punkt, an welchem es um die möglichen Risiken für Kind und Gebärende geht.

Bezüglich der Funktion des Kindsvaters bei der Geburt zeigte sich ein recht homogenes Bild: Seine Anwesenheit bei der Geburt war seitens der ÄrztInnen, Hebammen und auch einiger Mütter/Schwangeren (S1, S2, M2) durchaus erwünscht. Der Kindsvater könne aus Sicht dieser genannten Befragten durchaus Funktionen übernehmen – angefangen von der aktiven

Unterstützung der Gebärenden über das Durchschneiden der Nabelschnur bis hin zum Versorgen der Plazenta im Falle einer Lotusgeburt.

Zur Selbstbestimmtheit der Frau bei Geburt und Schwangerschaft zeigte sich ein inhaltlicher Unterschied zwischen den einzelnen Interview-Gruppen: ÄrztInnen (A1, A2, A3, A4) und Hebammen (H2, H3, H4) gingen von einem relativ hohen Maß der Selbstbestimmtheit einer schwangeren Frau in Österreich aus und sahen die Grenze vor allem an jenem Punkt, an welchem Leben und Wohl des Kindes so wie der Frau beginnen, gefährdet zu sein. Die Gruppe der Schwangeren und Mütter – also jene Gruppe, um deren Selbstbestimmtheit es geht – äußerte sich hingegen etwas verhaltener hinsichtlich ihrer Selbstbestimmtheit. Hier wurde diese zumeist als eher niedrig eingestuft und einige Frauen (S1, M1, M2, M4) betonten, dass man Geduld, Entschlossenheit und oftmals auch Geld mitbringen müsse, um so gebären zu können, wie man es sich vorstelle.

9. SCHLUSS

In diesem Kapitel gehe ich in einer Zusammenfassung noch einmal kurz auf Fragen und Erkenntnisse dieser Diplomarbeit näher ein.

9.1. Zusammenfassung

In dieser Diplomarbeit bin ich den Fragen nachgegangen „Kann die Lotusgeburt als Übergangsritual verstanden werden und wenn Ja, inwiefern?“ und weiters fragte ich nach Erfahrungen, Sichtweisen und Meinungen von ÄrztInnen, Hebammen so wie Müttern/Schwangeren hinsichtlich der Lotusgeburt vor dem Hintergrund einer zunehmenden Ausdifferenzierung von ‚Wahlmöglichkeiten‘ zwischen Geburtspraktiken in Österreich.

Meine Unterfragen befassten sich einerseits eingehender mit der Lotusgeburt, ihrer Durchführung, ihren Vor- und Nachteilen, so wie ihrer Zielgruppe und andererseits mit Themen und Aspekten, welche ebenfalls von zentraler Wichtigkeit für mein Hauptthema sind: Die Bedeutung der Plazenta so wie mögliche postnatale Verwendungen eben dieser, der Grad der Selbstbestimmtheit der Frau bei Schwangerschaft und Geburt und die Funktion während der Geburt und die Wichtigkeit seiner Meinung hinsichtlich der Entscheidung für eine Geburtspraktik aus Sicht der befragten Mütter und Schwangeren.

Die Lotusgeburt ist ein Plazentabrauch, da sie den Vorgang der Geburt nicht beeinflusst – die Lotusgeburt beginnt erst nach der Geburt, nämlich durch das Intaktklassen der Nabelschnur. Dennoch muss der Wunsch ihrer Durchführung bereits vor der Geburt geäußert werden, da das medizinische Personal sonst dem „üblichen“ Schema der Entsorgung der Plazenta folgt: Untersuchen, einfrieren und anschließend verbrennen. Fast alle Mütter und Schwangeren, so wie auch fast alle Hebammen, mit welchen ich sprach, hatten von der Lotusgeburt zumindest schon einmal namentlich gehört – im Internet finden sich zahlreiche Forenbeiträge und Webseiten, welche sich diesem Thema widmen. Das Wissen um sie ist also durchaus zugänglich, nur die praktische Umsetzung dürfte in Österreich (noch) so gut wie nicht vorhanden sein. Die vorliegende Diplomarbeit zeigt ein detailliertes Bild der Lotusgeburt, welches alle Bereiche abdeckt – die praktische Durchführung, die Vor- und Nachteile, die Geschichte der Lotusgeburt so wie die möglichen Motivationen werdender Eltern, sich für

diesen Plazentabrauch zu entscheiden. In dieser Form hat sich meines Wissens nach noch kein Text mit der Lotusgeburt beschäftigt.

Dass die Lotusgeburt als Übergangsritual zu betrachten ist, lässt sich meiner Ansicht nach mit Gewissheit sagen. Sie unterscheidet sich vom Übergangsritual „Geburt“ insofern für Eltern und Kind, als dass die einzelnen Phasen Ablösung, Liminalität und Integration länger andauern und die Übergänge zwischen den Phasen sanfter verlaufen. Vor allem die liminale Phase ist bei der Lotusgeburt besonders: Die Eltern ziehen sich in dieser Zeit zumeist zurück und befinden sich in den meisten Fällen zu Hause, da die Mobilität durch die Verbundenheit zwischen Kind und Plazenta eingeschränkt ist. Dadurch haben Mutter und Vater die Gelegenheit, in Ruhe ihr Kind kennen zu lernen, ohne Ablenkung oder Störung von außen. Dem Vater kommt außerdem eine eigene Verantwortlichkeit zu: Die Plazenta wird meist (vgl. H3) vom Kindsvater versorgt und gepflegt. Auch für das Kind ist diese Zeit der intakten Verbindung zur Plazenta eine ruhige und der Übergang vom Zustand der Verbundenheit mit einem anderen „Wesen“ (zuerst Mutter, dann Plazenta) zur Individualität und Integration in die Gesellschaft durch die langsame Ablösung der Nabelschnur sehr sanft.

Hinsichtlich der Bedeutung der Plazenta in Österreich (bzw. im deutschsprachigen Raum) hat sich gezeigt, dass die Plazenta derzeit aus Sicht der Befragten einen eher niedrigen Stellenwert hat, was jedoch nicht immer so war – früher war der Brauch, die Plazenta zu vergraben und einen Baum darauf zu pflanzen auch in Österreich verbreitet (vgl. Kap. 4.2). Weltweit betrachtet zeigt sich ein anderes Bild – viele Kulturen schenken der Plazenta und der Nabelschnur besondere Aufmerksamkeit und es existieren zahlreiche Bräuche, Riten und Mythologien rund um dieses Organ. Der Mutterkuchen wird unter anderem als Sitz eines Geistwesens oder einer Zwilling- bzw. Geschwisterseele erachtet (vgl. Kap. 4.2). Trotz des niedrigen Stellenwerts in Österreich gibt es dennoch, nach den Aussagen meiner InterviewpartnerInnen zu schließen, einige Mütter und Väter, welche die Plazenta in hohem Maße wertschätzen und dies durch verschiedene Plazentabräuche ausdrücken. Am häufigsten scheint immer noch das Vergraben der Plazenta vorzukommen. Auch das Verspeisen eines kleinen Stückchens oder sogar der gesamten Plazenta kommt vor, wenn auch selten. Das Herstellen von Globuli aus der Plazenta ist eine relativ junge Entwicklung, es gibt in Wien bereits Apotheken, welche dies anbieten und einige Mütter machen auch Gebrauch davon.

Bezüglich der Selbstbestimmtheit der Frau bei Geburt und Schwangerschaft in Österreich ergaben sich geteilte Meinungen zwischen den Interview-Gruppen: Das medizinische Personal, also ÄrztInnen und Hebammen, gehen von einem recht hohen Maß der Selbstbestimmtheit aus und sehen die Grenzen vor allem im rechtlichen Bereich der Verantwortlichkeit für das Leben und Wohl von Mutter und Kind, was so viel heißt wie dass eine Frau bei der Geburt prinzipiell „Wahlfreiheit“ hätte, sofern sie nicht ihr oder das Kindeswohl beeinträchtigt oder einem erhöhten Risiko aussetzt. Die Mütter und Schwangeren jedoch sehen die Situation anders. Sie sind nicht der Meinung, dass ihre Selbstbestimmtheit besonders hoch sei, sondern fühlen sich im Gegenteil oftmals der Übermacht der Autorität des medizinischen Personals ausgeliefert. In den Gesprächen mit Müttern und Schwangeren kam heraus, dass einige sich mehr Mitspracherecht, mehr persönliche Betreuung so wie mehr Information seitens des medizinischen Personals wünschen. In meinen Gesprächen mit ÄrztInnen und Hebammen ergab sich, dass schwangere Frauen im Krankenhaus momentan nicht über die Möglichkeit der Lotusgeburt informiert würden – dies könnte unter anderem ein Grund dafür sein, dass sich so wenige Frauen dafür entscheiden, obwohl die meisten davon Bescheid wissen und manche durchaus an einer Lotusgeburt interessiert seien (siehe hierzu Kap. 8.3). Im Kapitel zu *Authoritative Knowledge* (Kap. 7.1) habe ich einen möglichen Erklärungsansatz für diese Dynamik vorgestellt: Das Anerkennen des bestehenden Medizinsystems aller beteiligten AkteurInnen führe dazu, dass sich schwangere Patientinnen selbst bei Unwohlsein bzw. beim Gefühl, nicht gehört zu werden, dem System unterordnen und nicht „rebellieren“ (was sie durchaus bis zu einem gewissen Grad könnten). Dass die ÄrztInnen Entscheidungsgewalt und hierarchisch gesehen eine hohe (wenn nicht sogar die höchste) Position innerhalb des Systems „Krankenhaus“ einnehmen, ist ebenfalls Konsequenz dessen, dass die Schulmedizin (in Österreich) als Träger von autoritativem Wissen erachtet wird. Wenn nun die TrägerInnen des autoritativem Wissens, die ÄrztInnen, über die Lotusgeburt nicht oder sogar ablehnend sprechen, ist es nicht verwunderlich, dass sich nur wenige Frauen dazu entschließen. In anderen Systemen, wie etwa der Hausgeburt, gilt das „Wissen“ der Frau bereits mehr, auch wenn sie sich hier an den Fachkenntnissen der Hebamme orientiert und immer noch den rechtlichen Einschränkungen der Verantwortlichkeit von ÄrztInnen für ihr Wohl und dem des Kindes unterliegt.

Der Aspekt der Funktion des Kindsvaters während der Geburt und hinsichtlich der Entscheidung für eine Geburtsmethode war ebenfalls Thema dieser Diplomarbeit. Hier zeigte

sich, dass die meisten Väter bei der ersten Geburt anwesend sind und auch eine unterstützende Funktion einnehmen und dass viele Mütter die Meinung des Kindsvaters als wichtig erachteten (siehe Kap. 8.3). Die meisten meiner InterviewpartnerInnen aus allen drei Gruppen waren jedoch der Ansicht, dass das letzte Wort bei Entscheidungen hinsichtlich Schwangerschaft und Geburt als auch beim Geburtsvorgang selbst die Gebärende hat.

9.2. Ausblick

Aufgrund meiner Recherchen bin ich zu der Ansicht gelangt, dass sich das Interesse an der Plazenta in Zukunft wieder etwas steigern und vor allem das Vergraben der Plazenta wieder häufiger vorkommen wird. Ich könnte mir vorstellen, dass die Lotusgeburt in 10 bis 20 Jahren an Bekanntheit gewonnen haben und möglicherweise sogar in Krankenhäusern vom medizinischen Personal als Option kommuniziert werden wird, so wie dies momentan schon in Australien der Fall ist (vgl. H3, 20.6.2011). Auch in Deutschland, Nordamerika und Südamerika hat sich seit den 1980er Jahren die Häufigkeit der Durchführung der Lotusgeburt gesteigert, ich räume daher die Möglichkeit ein, dass dies auch in Österreich eines Tages der Fall sein wird, vor allem, wenn man bedenkt, dass das Thema bereits im Internet viel diskutiert ist, obgleich es von schulmedizinischer Seite momentan nicht kommuniziert wird. Die Felder der *Anthropology of Birth* und des *Authoritative Knowledge* bieten noch viel Raum für weitere Forschungen – der Beginn menschlichen Lebens ist in jeder Kultur ein besonderes Ereignis und die unterschiedliche Gestaltung eines so wichtigen Moments wie der Geburt, mit all den sie umgebenden soziokulturellen Faktoren, ist ein höchst vielfältiges und aus meiner Sicht sehr interessantes Gebiet und zwar nicht nur für die Kultur- und Sozialanthropologie, sondern vor allem auch für die Medizin.

QUELLENVERZEICHNIS

Literaturverzeichnis

ARDENER, Shirley (Hg.)

1977 „Perceiving Women“ Halstead, New York.

ARTSCHWAGER-KAY, Margarita (Hg.)

1982 „Anthropology of Human Birth“ F.A. Davis Company, Philadelphia.

BACHOFEN, Johann Jakob

1861 „Das Mutterrecht“ Stuttgart

BAER, Hans (Hg.)

1987 „Encounters with Biomedicine: Case Studies in Medical Anthropology“. Gordon and Breach, New York.

BAKER, Jeannine Parvati

2001 [1974] „Prenatal Yoga and Natural Birth“ New Atlantic Publishing

BEER, Bettina (Hg.)

2003 „Methoden und Techniken der Feldforschung“. Dietrich Reimer Verlag GmbH, Berlin.

BEST, Elsdon

1906 „The Lore of the Whare-Kohanga. Part II. Pregnancy“ In: „JPS“ XV (57).

1914 „Ceremonial Performances pertaining to Birth as performed by the Maoris of New Zealand“ In: „Journal of the Royal Anthropological Institute of G.B. and Ireland“ XLIV. S. 127-162

1975 [1929] „The Whare Kohanga and its Lore“ Wellington.

BIESELE, Megan

1997 „An Ideal of Unassisted Birth. Hunting, Healing, and Transformation among the Kalahari Ju/‘hoansi“. In: Davis-Floyd, Robbie / Sargent, Carolyn: „Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives.“ University of California Press, London, England. S. 474-492.

BINDER-FRITZ, Christine

1991 „Schwangerschaft und Geburt bei den neuseeländischen Maori: Eine historisch-ethnografische Analyse unter besonderer Berücksichtigung von Feldforschungsdaten“. Dissertation. Universität Wien.

1995 [1983] „Der Wandel der Geburtshilfe bei den Maori in Neuseeland“. In: Schiefenhövel, Wulf: „Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven“. 3. überarbeitete und stark erweiterte Auflage. VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin. S. 93-103

BÖHM, Andreas

2010 [2000] „Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory“. In: Flick, Uwe (u.a.): „Qualitative Forschung. Ein Handbuch“. 8. Auflage. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Reinbek bei Hamburg. S. 475-485

BOURDIEU, Pierre / PASSERON, Jean-Claude

1977 „Reproduction in Education, Society, and Culture“. Sage Studies in Social and Educational Change, Vol. 5. Sage, London and Beverly Hills

BRANDE, M.

1935 „Life Begins: Childbirth in Lore and Literature“ Argus Books, Chicago.

BROWNER, Carole

1983 „Male Pregnancy Symptoms in Urban Colombia“ In: „American Ethnologist“, 13 (3). S.494-510.

1985 „Traditional Techniques for Diagnosis, Treatment, and Control of Pregnancy in Cali, Colombia“. In: Newman, Lucille (Hg.): „Women’s Medicine: A Cross-Cultural Study of Fertility Regulation“. Rutgers University Press, New Brunswick. S. 99-124

1986 „The Politics of Reproduction in a Mexican Village“ In: „Signs“ 1 (1). S. 710-724

1989 „The Management of Reproduction in an Egalitarian Society“ In: McClain, Carol (Hg.): „Women as Healers: Cross-Cultural Perspectives“, Rutgers University Press, New Brunswick. S. 58-71.

BUCKLEY, Sarah J.

2009 „Gentle Birth, Gentle Mothering. A Doctor’s Guide to Natural Childbirth and Gentle Early Parenting Choices“ Celestial Arts, Random House, New York.

BUDDE, Berthold / LAUE-BOTHEN, Christine

2002 „Harenberg Lexikon der Religionen“ Verlags- und Medien GmbH & Co.KG, Dortmund

CARSTEN, Janet

1991 „Children in Between: Fostering and the Process of Kinship on Pulau Langkawi, Malaysia“ In: „MAN“, New Series, 26 (3). S.425-443.

1995 „The substance of kinship and the heat of the hearth: feeding, personhood, and relatedness among Malays in Pulau Langkawi“ In: „American Ethnologist“ 22 (2). S. 223-241.

COSMINSKY, Sheila

1977 „Childbirth and Midwifery on a Guatemalan Finca“. In: „Medical Anthropology“, 6 (3). S. 69-104

1982 „Childbirth and Change: A Guatemalan Study“. In: MacCormack, Carol (Hg.): „Ethnography of Fertility and Birth“. Academic Press, New York. S. 205-230.

CUSSINS, Charis

1996 „Ontological Choreography: Agency through Objectification in Infertility Clinics“ In: „Social Studies of Science“ SAGE Publications, London. Vol. 26. S. 575-610.

DAVIS-FLOYD, Robbie E.

1983 „Pregnancy and Cultural Confusion: Contradictions in Socialization“. In: Kolenda, Pauline (Hg.): „Cultural Constructions of Woman“. Waveland Press, Prospect Heights. S. 9-71.

1987a „Obstetric Training as a Rite of Passage“. In: „Medical Anthropology Quarterly“ 1 (3). S. 288-318.

1987b „The Technological Model of Birth“ In: „Journal of American Folklore“ 100 (398). S. 93-109.

DAVIS-FLOYD, Robbie E. / SARGENT, Carolyn F.

1997 „Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives“. University of California Press, London, England.

DEERBERG, J.C.

2004 [2001] „Makromorphologische Aspekte der menschlichen Nachgeburt in Bezug auf den Neonatus und seine postnatale Entwicklung bis U 8, unter Berücksichtigung von Plazentaumfang, Plazentagewicht und Geschlecht“. Dissertation (2001), Witten, Herdecke. Martina-Galunder-Verlag, Nürmbrecht.

DONLEY, Joan

1986 „Save the Midwives“ New Women’s Press, Auckland.

DURKHEIM, Émile

1912 „Les formes élémentaires de la vie religieuse“, Paris.

EAKINS, Pamela (Hg.)

1986 „The American Way of Birth“. Temple University Press, Philadelphia.

EIGNER, Dagmar

2001 „Ritual, Drama, Imagination. Schamanische Therapie in Zentralnepal“ Facultas Verlags- und Buchhandels AG, WUV Universitätsverlag, Wien

ENNING, Cornelia

2003 „Heilmittel aus Plazenta. Medizinisches und Ethnomedizinisches“ Books on demand GmbH

EVANS-PRITCHARD, Edward Evan

1950 [1937] „Witchcraft Among The Azande“ Oxford University Press, London.

FAITHORN, E.

1975 „The Concept of Pollution among the Kafe of the Papua New Guinea Highlands“ In: Reiter, R. (Hg.): „Toward an Anthropology of Women“ Monthly Review Press, New York.

FLICK, Uwe / VON KARDOFF, Ernst / STEINKE, Ines (Hg.)

2010 [2000] „Qualitative Forschung. Ein Handbuch“. 8. Auflage. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Reinbek bei Hamburg.

FORD, Cellan Stearns

1964 „A Comparative Study of human Reproduction“. HRAF Press, New Haven

FÖRSTER, Till

2003 „Victor Turners Ritualtheorie: Eine anthropologische Lektüre“ In: „Theologische Literaturzeitung“ 128 (7-8). S. 704-716.

FRAZER, James George

1994 [1890] „Der goldene Zweig. Das Geheimnis von Glauben und Sitten der Völker“ Rowohl Taschenbuch Verlag GmbH, Reinbek bei Hamburg.

FREEDMAN, M.

1976 „Social and cultural anthropology“ In: Havet, J. (Hg.): „Main Trends of Research in the Social and Human Sciences“. 2, Vol. 1. The Hague, Mouton/Unesco.

GEERTZ, Hildred

1961 „The Javanese Family: A Study of Kinship and Socialization“ Free Press, Glencoe.

GOFFMAN, E.

1971 „Relations in Public“ Penguin, Hardmondsworth.

1972 „Interaction Ritual“ Penguin, Hardmondsworth.

GOODMAN, Felicitas

1994 „Die andere Wirklichkeit. Über das Religiöse in den Kulturen der Welt.“ München.

HADOLT, Bernhard

1992 „Geburtssysteme im Kulturvergleich: Ethnologische Untersuchungen über den soziokulturellen Kontext von Geburt anhand von Beispielen aus Österreich, Nordindien und Ostmalaysien“. Diplomarbeit. Universität Wien.

HAHN, Robert

1987 „Divisions of Labor: Obstetrician, Woman and Society in „Williams Obstetrics““ In: Medical Anthropology Quarterly 1 (3). S. 256-282.

HALLER, Dieter

2005 „dtv-Atlas Ethnologie“. 1. Auflage. Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG, München.

HANDWERKER, Penn (Hg.)

1990 „Births and Power: Social Change and the Politics of Reproduction“. Westview Press, Boulder, Colorado.

HAVET, J. (Hg.)

1976 „Main Trends of Research in the Social and Human Sciences“. 2, Vol. 1. The Hague, Mouton/Unesco.

HAUSER-SCHÄUBLIN, Brigitta

1977 „Die Frauen in Kararau. Zur Rolle der Frau bei den Iatmul am Mittelsepik, Papua New Guinea“ Basler Beiträge zur Ethnologie, Band 18. Stiftung zur Förderung des Museums für Völkerkunde und Schweizerischen Museums für Volkskunde, Basel.

HEADLEY, Stephen

1983 „Houses in Java: The Missing Kin.“ Unpublished paper presented to the Seminar on Cognition and Social Organization in Southeast Asia. University of Amsterdam.

1987a „The Body as a House in Javanese Society“ In: MacDonald, Charles (Hg.): „De la hutte au palais: Société ,à maison‘ en Asie du Sud-Est insulaire“ Editions du CNRS, Paris. S. 133-152.

1987b „The Idiom of Siblinship: One Definition of „House“ Societies in Southeast Asia“ In: MacDonald, Charles (Hg.): „De la hutte au palais: Société ,à maison‘ en Asie du Sud-Est insulaire“ Editions du CNRS, Paris. S. 209-218.

HESSE, Klaus

2000 „Evolution“ In: Streck, Bernhard (Hg.): „Wörterbuch der Ethnologie“. Peter Hammer Verlag, Wuppertal. S. 59-63.

HILDENBRAND, Bruno

2010 „Anselm Strauss“. In: FLICK, Uwe: „Qualitative Forschung. Ein Handbuch“. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Reinbek bei Hamburg. S. 32-42

HIRSCHBERG, Walter

2005 [1999] „Wörterbuch der Ethnologie“. 2. Auflage. Dietrich Reimer Verlag GmbH, Deutschland.

HOBHOUSE, L.T.

1913 „Development and Purpose“. Macmillan, London.

HOMANS, Hilary

1982 „Pregnancy and Birth as Rites of Passage for two groups of Women in Britain“ In: MacCormack, Carol (Hg.): „Ethnography of Fertility and Birth“. Academic Press Inc. LTD, London. S. 231-268.

HOWELLS, J. (Hg.)

1972 „Modern Perspectives in Psycho-Obstetrics“. Oliver and Boyd, Edinburgh.

INGOLD, Tim (Hg.)

1994 „Companion Encyclopedia of Anthropology. Humanity, Culture and Social Life“. Routledge, London.

JEFFERY, Patricia / JEFFERY, Roger / LYON, Andrew

1984 „Female Infanticide and Amniocentesis“ In: „Social Science and Medicine“, 19. S.1207-1212

1989 „Labour Pains and Labour Power: Women and Childbearing in India“. Zed Press, London

JORDAN, Brigitte

1977 „The Self-Diagnosis of Early Pregnancy: An Investigation of Lay Competence“ In: „Medical Anthropology“ 1 (2). S. 1-38.

1987a „The Hut and the Hospital: Information, Power and Symbolism in the Artefacts of Birth“ In: „Birth“ 14 (1). S. 36-40.

1987b „High Technology: The Case of Obstetrics“ In: „World Health Forum“ 8 (3). S. 312-319.

1988 „Embodied Knowledge, Authoritative Knowledge.“ Paper presented on the 87th annual meeting of the American Anthropological Association, Invited Session on Embodied Knowledge. Phoenix, November.

1989 „Cosmopolitical Obstetrics: Some Insights from the Training of Traditional Midwives“ In: „Social Science and Medicine“ 28 (9). S. 925-944.

1993 [1978] „Birth in Four Cultures: A Cross-Cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States.“ 4. Ausgabe. Waveland Press

1995 [1983] „Die Geburt aus der Sicht der Ethnologie“. In: Schiefenhövel, Wulf: „Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege“. 3. überarbeitete und stark erweiterte Auflage. VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin. S. 25-30

1997 „Authoritative Knowledge and Its Construction“. In: Davis-Floyd, Robbie / Sargent, Carolyn: „Childbirth and Authoritative Knowledge“. University of California Press, London, England. S. 55-80

JORDAN, Brigitte / IRWIN, Susanne

1987 „A Close Encounter with a Court-Ordered Cesarean Section: A Case of Differing Realities“ In: Baer, Hans (Hg.): „Encounters with Biomedicine: Case Studies in Medical Anthropology“. Gordon and Breach, New York. S. 185-199.

1989 „The Ultimate Failure: Court-Ordered Cesarean Section“ In: Whiteford, Linda / Poland, Marilyn (Hg.): „New Approaches to Human Reproduction“ Westview Press, Boulder, Colorado. S. 13-24.

KHALIFE, N. / GLOVER, V. / HARTIKAINEN, A. / TAANILA, A. / EBELING, H. et al.
2012 „Placental Size Is Associated with Mental Health in Children and Adolescents“ In: „PLoS ONE“ 7 (7): e40534. doi:10.1371 / journal.pone.0040534

KITZINGER, Sheila

1978a „Giving Birth: The Parents‘ Emotions in Childbirth“. Schocken Books, New York

1978b „Women as Mothers: How They See Themselves in Different Cultures“. Random House, New York

1980 „Natürliche Geburt: Ein Buch für Mütter und Väter“ Kösel Verlag GmbH, München.

1982 „The Social Context of Birth: Some Comparisons between Childbirth in Jamaica and Britain“ In: MacCormack, Carol (Hg.): „Ethnography of Fertility and Birth“. Academic Press Inc. LTD, London. S. 181-203.

KITZINGER, Sheila / DAVIS, John (Hg.)

1978 „The Place of Birth“. Oxford University Press, London

KLINGEBIEL, Thomas

2009 „Was Hoffnung kosten darf: Ist die Einlagerung von autologem Nabelschnurblut nötig und sinnvoll?“ In: „Deutsches Ärzteblatt“ Nr. 50 (Jahrgang 109). S. 829-830.

KOLENDRA, Pauline (Hg.)

1983 „Cultural Constructions of Woman“. Waveland Press, Prospect Heights.

KONNER, Melvin / SHOSTAK

1978 „Timing and Management of Birth among the !Kung: Biocultural Interaction in Reproductive Adaptation“ In: „Cultural Anthropology“ 2 (1). S. 11-28

KOWAL, Sabine / O‘CONNELL, Daniel C.

2010 [2000] „Zur Transkription von Gesprächen“. In: Flick, Uwe (u.a.): „Qualitative Forschung. Ein Handbuch“. 8. Auflage. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Reinbek bei Hamburg. S. 437-447

KRAMER, Fritz

2000 „Ritual“ In: Streck, Bernhard (Hg.): „Wörterbuch der Ethnologie“ Peter Hammer Verlag, Wuppertal. S. 210-213.

KUNTNER, Liselotte

2004 „Zum Umgang mit der Nachgeburt – Plazentabestattung im Kulturvergleich“. In: „Curare“, Nr. 27 (2004) 3. VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung. S.279-293

KUNZ, Jürgen

2003 „Die Verhaltensökologie der Couvade: Perinatale Tabus und Einschränkungen für werdende Väter an der Schnittstelle von Biologie und Kultur“ Fokus Kultur. Books on Demand GmbH, Norderstedt.

LADERMAN, Carol

1983 „Wives and Midwives: Childbirth and Nutrition in Rural Malaysia“ University of California Press, Berkeley.

LANG, A.

1898 „The Making of Religion“ London.

LAUE, Birgit

2008 „1000 Fragen an die Hebamme“. 1. Auflage. Gräfe und Unzer Verlag GmbH, München.

LEAVITT, Judith Walzer

1986 „Brought to Bed: Childbearing in America 1750 to 1950“. Oxford University Press, New York.

LEBOYER, Frédéric

2009 [1974] „Geburt ohne Gewalt“ Verlagsgruppe Random House GmbH, Kösel Verlag, München.

LEEMANN, Albert

1992 „Zeremonien im Lebenslauf der Balinesen“ In: „Schweizerische Zeitschrift für Geographie und Völkerkunde“ 47 (4)

LENGER, Birgit

2006 „Mikrokosmos Mutterkuchen. Eine ethnologisch-ethnographische Untersuchung zum Umgang mit der Plazenta in Österreich“ Diplomarbeit. Universität Wien.

LÉVY-BRUHL, Lucien

1922 „La mentalité primitive“ Félix Alcan, Paris.

1935 „La mythologie primitive. Le monde mythique des Australiens et des Papous“ Félix Alcan, Paris.

LEWIS, Gilbert

1994 „Magic, Religion and the Rationality of Belief“ In: Ingold, Tim (Hg.): „Companion Encyclopedia of Anthropology. Humanity, Culture and Social Life“ (1994) Routledge, London. S. 563-590.

LIM, Robin

2001 „Lotus Birth: asking the next question“ In: „Midwifery Today Int. Midwife“ Nr. 58. S. 14-16

LONG, E. Croft

2008 [2005] „Die Plazenta in Brauchtum und Legende“. In: Schad, Wolfgang: „Die verlorene Hälfte des Menschen.“ 2., verbesserte Auflage. Verlag Freies Geistesleben, Stuttgart. S. 101-117

LUBBOCK, J. Lord Avebury

1870 „The origin of civilization and the primitive condition of man“ London.

MacCORMACK, Carol P.

1982 „Ethnography of Fertility and Birth“. Academic Press Inc. LTD, London

MacDONALD, Charles (Hg.)

1987 „De la hutte au palais: Société ,à maison‘ en Asie du Sud-Est insulaire“. Editions du CNRS, Paris.

MAINE, H.J.S.

1861 „Ancient Law“ London

MALINOWSKI, Bronislaw

1922 „Argonauts of the Western Pacific“ New York.

1925 „Magic, science and religion“ New York.

1929 „The Sexual Life of Savages in North-Western Melanesia: An Ethnographic Account of Courtship, Marriage, an Family Life among the Natives of the Trobriand Islands, British New Guinea“. Rountledge & Kegan Paul LTD, London.

MARSCHALL, J.F. / POLGAR, S.

1976 „Culture, Natality, and Family Planning“. University of North Carolina Press, Chapel Hill.

MARTIN, Emily

1987 „The Woman in the Body“ Beacon Press, Boston

MATTER, Max

2005 [1999] „Sitte und Brauch“. In: Hirschberg, Walter: „Wörterbuch der Völkerkunde“ (2005). 2. Auflage. Dietrich Reimer Verlag GmbH, Deutschland. S.342

MAUSS, Marcel

1999 [1950] „Soziologie und Anthropologie 1“ Fischer Taschenbuch Verlag GmbH, Frankfurt/Main

McCLAIN, Carol Shepherd

1975 „Ethno-Obstetrics in Ajijic“ In: „Anthropology Quarterly“ 40 (1). S. 38-56.

McCLAIN, Carol (Hg.)

1989 „Women as Healers: Cross-Cultural Perspectives“, Rutgers University Press, New Brunswick.

MEAD, Margaret / NILES, Newton

1967 „Cultural Patterning of Perinatal Behavior. In: Richardson, S./Guttmacher, A. (Hg.): „Childbearing - Its Social and Psychological Aspects“. Williams & Wilkins Company, Baltimore. S. 143-244.

1998 [1970] „Ritual, Tabu und Körpersymbolik. Sozialanthropologische Studien in Industriegesellschaften und Stammeskulturen.“ S. Fischer Verlag GmbH, Frankfurt/Main.

MICHAELSON, Karen

1988 „Childbirth in America: Anthropological Perspectives“ Bergin and Garvey, South Hadley, Massachusetts.

MISCHUNG, Roland

2005a [1999] „Magie“ In: Müller, Wolfgang (Hg.): „Wörterbuch der Völkerkunde“. 2. Auflage. Dietrich Reimer Verlag GmbH, Deutschland. S. 239-240.

2005b [1999] „Ritual“ In: Müller, Wolfgang (Hg.): „Wörterbuch der Völkerkunde“. 2. Auflage. Dietrich Reimer Verlag GmbH, Deutschland. S. 316-317.

MONTAGU, Ashley

1949 „Embryology from Antiquity to the End of the 18th Century“. In: „Chiba Symposia“ Vol. 10 (4). S. 994-1008.

MORGAN, Lewis Henry

1877 „Ancient Society“ New York.

MORSY, Soheir

1982 „Childbirth in an Egyptian Village“ In: Artschwager-Kay, Margarita (Hg.): „Anthropology of Human Birth“ F.A. Davis, Philadelphia. S. 147-174

MURRAY, Margaret A.

2008 [2005] „Das Bündel des Lebens“. In: Schad, Wolfgang: „Die verlorene Hälfte des Menschen.“ 2., verbesserte Auflage. Verlag Freies Geistesleben, Stuttgart. S. 118-136

MÜLLER, Karin

2010 „Lotusgeburt“. In: Hebammenzeitung 05/2010. Thema: „Die Plazenta“. S. 28-30.

MÜLLER, Wolfgang (Hg.)

2005 [1999] „Wörterbuch der Völkerkunde“. 2. Auflage. Dietrich Reimer Verlag GmbH, Deutschland.

NEEDHAM, J.

1972 „Belief, Language and Experience“ Blackwell, Oxford.

NEWMAN, Katherine

1965 „Culture and Perinatal Environment in American Society“ Ph.D. dissertation. University of California, Berkeley.

1976 „Unwanted Pregnancy in California: Some Cultural Considerations“ In: Marschall, J.F. / Polgar, S.: „Culture, Natality, and Family Planning“. University of North Carolina Press, Chapel Hill. S. 156-166

1980 „Parents‘ Perceptions of Their Low Birth Weight Infants“ In: „Pediatrician“ 9. S. 182-190

1981 „Midwives and Modernization“ In: „Medical Anthropology“ 5 (1). S. 1-12

NEWMAN, Lucille (Hg.)

1985 „Women‘s Medicine: A Cross-Cultural Study of Fertility Regulation“. Rutgers University Press, New Brunswick.

NEWTON, Niles

1977 [1955] „Maternal Emotions: A Study of Women‘s Feelings toward Menstruation, Pregnancy, Childbirth, Breastfeeding, Infant Care and Other Aspects of Their Femininity“. Hoeber Paul, kein Ort.

1973 „The Interrelationships between Sexual Responsiveness, Birth, and Breastfeeding“ In: Zubin, Joseph / Money, John (Hg.): „Contemporary Sexual Behavior: Critical Issues in the 1970s“. John Hopkins University Press, Baltimore.

NEWTON, Niles / NEWTON, Michael

1972 „Childbirth in Crosscultural Perspective“ In: Howells, J. (Hg.): „Modern Perspectives in Psycho-Obstetrics“. Oliver and Boyd, Edinburgh. S. 150-172

O‘BANION, Laura

1987 „Delivering Labor in the 20th Century“. Paper in lieu of master‘s thesis. University of Illinois at Urbana-Champaign, Department of Anthropology.

ODENT, Michel

1978 „Die sanfte Geburt: Die Leboyer Methode in der Praxis.“ Kösel Verlag GmbH, München.

OKELY, Judith

1977 „Gypsy Women: Models in Conflict“ In: Ardener, Shirley (Hg.): „Perceiving Women“ Halstead, New York.

O'NEIL, John / KAUFERT, Patricia

1990 „The Politics of Obstetric Care: The Inuit Experience“ In: Handwerker, Penn (Hg.): „Births and Power: Social Change and the Politics of Reproduction“. Westview Press, Boulder, Colorado. S. 53-68

PIAN, Désirée Dal

2007 „Lotus-Geburt“. In: FHA - Frauenheilkunde Aktuell Nr. 2/07. S. 35-36

RACHANA, Shivam

2000 „Lotus Birth“. Greenwood Press, Melbourne, Australia

RADCLIFFE-BROWN, Alfred

1964 [1922] „The Andaman Islanders“ New York.

1952 „Structure and function in primitive society“ London.

REED, A.W.

1983 „Maori Myth and Legend“ Revisited Edition. A.W. Reed, Wellington.

REITE, M / FIELD, T. (Hg.)

1985 „The Psychobiology of Attachment and Separation“. Academic Press, New York.

REITER, R. (Hg.)

1975 „Toward an Anthropology of Women“ Monthly Review Press, New York.

RICHARDSON, S. / GUTTMACHER, A. (Hg.)

1967 „Childbearing - Its Social and Psychological Aspects“. Williams & Wilkins Company, Baltimore.

ROMALIS, Shelly (Hg.)

1981 „Childbirth: Alternatives to Medical Control“ University of Texas Press, Austin.

SARGENT, Carolyn

1982 „The Cultural Context for Therapeutic Choice“. D. Reidel, Dordrecht

1989 „Maternity, Medicine, and Power: Reproductive Decisions in Urban Benin“. University of California Press, Berkeley

1990 „The Politics of Birth: Cultural Dimensions of Pain, Virtue, and Control among the Bariba of Benin“. In: Handwerker, Penn (Hg.): „Births and Power: Social Change and the Politics of Reproduction“. Westview Press, Boulder, Colorado. S. 69-80

SARGENT, Carolyn / BASCOPE, Grace

1997 „Ways of Knowing about Birth in Three Cultures“. In: Davis-Floyd, Robbie / Sargent, Carolyn: „Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives“. University of California Press, London, England. S. 183-208

SCHAD, Wolfgang

2008 [2005] „Die verlorene Hälfte des Menschen. Die Plazenta vor und nach der Geburt in Medizin, Anthroposophie und Ethnologie“. 2., verbesserte Auflage. Verlag Freies Geistesleben, Stuttgart.

SCHIEFENHÖVEL, Wulf

1995 [1983] „Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven“. 3. überarbeitete und stark erweiterte Auflage. VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin.

SCHLEHE, Judith

2003 „Formen qualitativer ethnographischer Interviews“. In: Beer, Bettina (Hg.): „Methoden und Techniken der Feldforschung“. Dietrich Reimer Verlag GmbH, Berlin. S. 71-94

SCHMIDT, Christiane

2010 [2000] „Analyse von Leitfadeninterviews“. In: Flick, Uwe (u.a.): „Qualitative Forschung. Ein Handbuch“. 8. Auflage. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Reinbek bei Hamburg. S. 447-456

SHORTLAND, Edward

1982 [1856] „Traditions and Superstitions of the New Zealanders“ London.

SHOSTAK, Marjorie

2006 „Nisa: The Life & Words of a !Kung Woman“. 2nd edition 2006. Harvard University Press

SIMMONS, D.R.

1973 „Customs and Habits of the New Zealanders 1838-42 by Father C. Servant Marist Missionary in the Hokianga“ A.W. Reed, Wellington.

SKEAT, Walter William

1900 „Malay Magic. An Introduction to the Folklore and Popular Religion of the Malay Peninsula“ The Macmillan Company, London.

SKORUPSKI, J.

1976 „Symbol and Theory“ Cambridge University Press, Cambridge

SMITH, Jean

1974 „Tapu Removal in Maori Religion“ In: „JPS“ Memoir Supplement, S. 1-43.

STARR, Paul

1982 „The Social Transformation of American Medicine“. Basic Books, New York.

STRAUSS, Anselm Leonard

1991 „Grundlagen qualitativer Sozialforschung“. Fink Verlag, München.

STRAUß, F.

1988 „Kurzgeschichte der Plazentaforschung“. In: „Gesnerus“ 45. S. 381-410.

STRECK, Bernhard (Hg.)

2000 „Wörterbuch der Ethnologie“ Peter Hammer Verlag, Wuppertal.

SUCHMAN, Lucy / JORDAN, Brigitte

1991 „Validity and the Collaborative Construction of Meaning“ In: Tanur, Judith (Hg.): „Questions about Questions: Inquiries into the Cognitive Bases of Surveys“ Russell Sage, New York. S. 160-178.

SULLIVAN, M. J.

2008 „Banking on cord blood stem cells“ In: „Nat Rev Cancer“ 8 (7), S. 555-563.

TANUR, Judith (Hg.)

1991 „Questions about Questions: Inquiries into the Cognitive Bases of Surveys“ Russell Sage, New York.

TEGETHOFF, M. / GREENE, N. / OLSEN, J. / MEYER, A. / MEINLSCHMIDT, G.

2010 „Maternal Psychosocial Stress during Pregnancy and Placenta Weight: Evidence from a National Cohort Study“. In: „PLoS ONE“ 5 (12): e14478. doi: 10.1371/journal.pone.0014478

TREVATHAN, Wenda

1987 „Human Birth: An Evolutionary Perspective“. Aldine de Gruyter, Hawthorne, New York.

TRONICK, E. / WINN, S. / MORELLI, G.

1985 „Multiple Caretaking in the Context of Human Evolution: Why Don't the Efe Know the Western Prescription for Child Care?“ In: Reite, M / Field, T. (Hg.): „The Psychobiology of Attachment and Separation“. Academic Press, New York. S. 191-206

TURNER, Victor

2005 [1969] „Das Ritual. Struktur und Anti-Struktur“ Campus Verlag, Frankfurt/Main.

TYLOR, Sir Edward B.

1871 „Primitive culture“ London.

VAN GENNEP, Arnold

2005 [1909] „Übergangsriten (Les rites de passage)“ Campus Verlag, Frankfurt/Main.

VERDERESE, Maria de Lourdes / TURNBULL, Lily M.

1975 „The Traditional Birth Attendant in Maternal and Child Health and Family Planning. A Guide to her training and utilization.“ World Health Organization, Genf.

WEISS, Florence

1995 [1983] „Schwangerschaft, Geburt und die Zeit danach. Die Iatmul in Papua Neuguinea.“ In: Schiefenhövel, Wulf: „Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven“ 3. überarbeitete und stark erweiterte Auflage. VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin. S. 51-53

WEIß, Sigrid

1997a „Geburt als heiliges Wissen der Frauen um Tod und Wiedergeburt“ Diplomarbeit. Universität Wien.

1997b „Geburt als Initiation der Frau oder wie ging es zu, dass Athene dem Zeus aus dem Kopf entsprang?“ In: „Curare“ 11/97. Sonderband „Frauen & Gesundheit“. S. 269-277.

WHITEFORD, Linda / POLAND, Marilyn (Hg.)

1989 „New Approaches to Human Reproduction“ Westview Press, Boulder, Colorado.

ZUBIN, Joseph / MONEY, John (Hg.)

1973 „Contemporary Sexual Behavior: Critical Issues in the 1970s“. John Hopkins University Press, Baltimore.

URL 1: Online-Artikel „Lotus Birth“ von Shivam Rachana

http://www.lotusfertility.com/Lotus_Birth.html, letzter Zugriff: 26.8.2012, 11:20

URL 2: Homepage von Mary Ceallaigh, BA für „Human Development“ und Yoga-Lehrerin

<http://www.lotusfertility.com/>, letzter Zugriff: 25.8.2012, 07:52

URL 3: Online-Artikel „Common Questions about Umbilical Nonseverance (Lotus Birth)“ von Mary Ceallaigh

http://www.lotusfertility.com/Lotus_Birth_Q/Lotus_Birth_QA.html, letzter Zugriff: 26.8.2012, 11:17

URL 4: Online-Artikel „Lotus birth - a Ritual for our Times“ (2005) von Sarah J. Buckley

<http://www.sarahbuckley.com/lotus-birth-a-ritual-for-our-times/>, letzter Zugriff: 26.8.2012, 11:36

URL 5: Online-Artikel und Interview mit Susanna Hinnawi von Judith Halek („Birth-Balance“-Blog)

<http://blog.birthbalance.com/?p=943>, letzter Zugriff: 26.8.2012, 15:02

URL 6: Statement der RCOG zur Lotusgeburt

<http://www.rcog.org.uk/what-we-do/campaigning-and-opinions/statement/rcog-statement-umbilical-non-severance-or-lotus-birth>, letzter Zugriff: 26.8.2012, 07:33

URL 7: Paragraf 97 des Österreichischen Strafgesetzbuches

http://www.ris.bka.gv.at/Dokumententwxxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR12029640&ResultFunctionToken=2880a544-541b-4306-8076_c3a9558aa0e2&Position=1&Kundmachungsorgan=&Index=&Titel=&Gesetzesnummer=&VonArtikel=&BisArtikel=&VonParagraf=&BisParagraf=&VonAnlage=&BisAnlage=&Typ=&Kundmachungsnummer=&Unterzeichnungsdatum=&FassungVom=02.05.2012&NormabschnittnummerKombination=Und&ImRisSeit=Undefined&ResultPageSize=100&Suchworte=Schwangerschaft%2c+Schwangerschaftsabbruch, letzter Zugriff: 02.05.2012, 10:58

URL 8: Paragraf 96 des Österreichischen Strafgesetzbuches

http://www.ris.bka.gv.at/Dokumententwxxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR12029639&ResultFunctionToken=1a3b7b39-0c89-49c4-93d0_cc86c2339010&Position=1&Kundmachungsorgan=&Index=&Titel=&Gesetzesnummer=&VonArtikel=&BisArtikel=&VonParagraf=&BisParagraf=&VonAnlage=&BisAnlage=&Typ=&Kundmachungsnummer=&Unterzeichnungsdatum=&FassungVom=02.05.2012&NormabschnittnummerKombination=Und&ImRisSeit=Undefined&ResultPageSize=100&Suchworte=Schwangerschaft%2c+Schwangerschaftsabbruch#hit1, letzter Zugriff: 02.05.2012, 11:26

URL 9: Homepage von Johanna Dohnal

<http://www.johanna-dohnal.at>, letzter Zugriff: 15.9.2012, 09:43

ANHANG

Interview-Verzeichnis

A1: Persönliches Interview mit Aufnahme durchgeführt am 3.8.2011 um 16:00.

Dauer des Interviews: 35 Minuten, 38 Sekunden.

A2: Telefonisches Interview mit Aufnahme durchgeführt am 18.9.2011 um 14:20.

Dauer des Interviews: 22 Minuten, 33 Sekunden

A3: Mehrere informelle Gespräche im März 2011. Dauer pro Gespräch: zw. 5 und 15 Minuten.

A4: Informelles Gespräch im Juni 2011. Dauer: ca. 10 Minuten.

A5: Mehrere informelle Gespräche im März 2012 über ihre Erfahrungen und Beobachtungen während ihres Praktikums in der Geburtenstation eines Wiener Privatkrankenhauses.

H1: Persönliches Interview ohne Aufnahme am 14.4.2011 um 17:30. Dauer des Interviews: ca. 1 Stunde.

H2: Telefonisches Interview mit Aufnahme am 23.8.2011 um 14:13. Dauer des Interviews: 21 Minuten, 31 Sekunden.

H3: Telefonisches Interview per Skype am 20.6.2011 um 16:24. Dauer des Interviews: 48 Minuten, 57 Sekunden

H4: Informelles Gespräch im März 2012. Dauer: ca. 10 Min.

S1: Persönliches Interview am 20.6.2011 um ca. 14:00. Dauer des Interviews: 23 Minuten, 29 Sekunden.

Geburtsbericht, schriftlich per E-Mail am 20.12.2011 um 17:07. Umfang des Textes: 2 A4-Seiten.

S2: E-Mail-Interview (schriftliche Beantwortung des Leitfadens) am 25.7.2011. Umfang des Textes: 2 A4-Seiten.

M1: E-Mail-Interview (schriftliche Beantwortung des Leitfadens) am 25.7.2011. Umfang des Textes: 1 A4-Seite. Mehrere kürzere informelle Gespräche von Februar 2011 – Juni 2012

M2: E-Mail-Interview (schriftliche Beantwortung des Leitfadens) am 25.7.2011. Umfang des Textes: 2 A4-Seiten.

M3: E-Mail-Interview (schriftliche Beantwortung des Leitfadens) am 25.7.2011. Umfang des Textes: 2 A4-Seiten.

M4: E-Mail-Interview (schriftliche Beantwortung des Leitfadens) am 19.6.2011 um 17:26. Umfang des Textes: 2 A4-Seiten.

Curriculum Vitae der Verfasserin

PERSÖNLICHE DATEN

Name: Katharina Maria Gamperl
Geburtsdatum & -ort: 28.12.1987, Hainburg a.d. Donau

BILDUNGSWEG

1994-1998 Besuch der Volksschule Knollgasse
1998-2006 Besuch des WRG Feldgasse, Matura mit ausgezeichnetem Erfolg
Herbst 2004 Ausbildung zur Mediatorin für Jugendliche
Seit Okt. 2006 Studium der Kultur- und Sozialanthropologie an der Universität Wien.
Wahlfächer: Kultur- und Sozialanthropologie, Deutsche Philologie, Publizistik- & Kommunikationswissenschaft, Psychologie, Betriebswirtschaft, Internationale Entwicklung und Spanisch.
Studienschwerpunkte: Medical Anthropology, Bewusstseinsforschung und Ozeanien als regionales Forschungsgebiet.
Seit Herbst 2011 Ausbildung zum Coach & -Trainer bei „TRINERGY International“

WEITERE KENNTNISSE

Sprachen Deutsch als Muttersprache
Englisch in Wort und Schrift
Spanisch Niveau B1 in Schrift
Französisch Grundkenntnisse

KURZFASSUNG UND ENGLISCHES ABSTRACT

Kurzfassung

In dieser Diplomarbeit geht es um das Thema Lotusgeburt und damit einhergehend um die Bedeutung der Plazenta vor und nach der Geburt, um die Selbstbestimmtheit der Frau bei Geburt und Schwangerschaft so wie um die Funktion des Kindsvaters bei der Geburt.

Die verwendeten Methoden sind ausschließlich qualitativ: Es wurden neben der Lektüre von entsprechender Literatur qualitative Interviews und informelle Gespräche mit Müttern, Schwangeren, Hebammen und ÄrztInnen durchgeführt so wie weiters in Internetforen recherchiert, welche sich mit Eltern- und Schwangerschaft, Geburt, Geburtsmethoden etc. befassen.

Das Forschungsfeld, zu welchem diese Arbeit einen Beitrag darstellen soll, ist die *Anthropology of Birth*. Anhand von kultur- und sozialanthropologischen Theorien zu Ritual, Übergangsritual und Autoritativem Wissen soll gezeigt werden, welche verschiedenen Funktionen und Bedeutungen das Organ Plazenta hat und welche Möglichkeiten die Lotusgeburt als Übergangsritual Eltern und Neugeborenem bietet, die Plazenta wertzuschätzen und die neuen sozialen Rollen von „Mutter“, „Vater“ und „Kind“ anzunehmen. Neben der Illustration einiger Plazentabräuche wird die Lotusgeburt detailliert in allen Aspekten untersucht und weiters dargestellt, welche Erfahrungen, Meinungen und Sichtweisen von ÄrztInnen, Hebammen und Müttern/Schwangeren es hinsichtlich der Lotusgeburt gibt.

Mein Anspruch ist, mit dieser Diplomarbeit einen Beitrag zur *Anthropology of Birth* zu leisten und das Wissen um die Lotusgeburt und um damit einhergehende wichtige Aspekte zu erweitern. Zielgruppe dieser Arbeit sind Kultur- und SozialanthropologInnen, MedizinerInnen, BiologInnen und natürlich auch werdende Eltern so wie HeilpraktikerInnen.

English Abstract

The main topic of this thesis is „Lotus Birth“, a special treatment of the placenta after birth – the placenta and the baby remain connected, the umbilical cord does not get cut through.

Closely linked to the Lotus Birth are topics such as the placenta itself (functions, customs, meaning), the function of the father during birth and the aspect of self-determination of pregnant women – these issues will be discussed in this paper.

Besides discussing relevant literature, interviews with mothers, pregnant women, midwives and gynaecologists will be analyzed. The applied methods in this thesis are qualitative. Besides presenting a variety of placenta customs, Lotus Birth will get analyzed in many different aspects – the procedure itself and its history, its pros and cons and the motivation of parents. Further Lotus Birth will get referred to and analyzed as „rite of passage“ and therefore the anthropological concept of ritual and rites of passage will get discussed.

This thesis shall contribute to the *Anthropology of Birth* and is written for anthropologists, doctors, midwives, pregnant women, mothers and everybody who is interested in Lotus Birth and the placenta.