

# ENCYCLOPAEDIA CINEMATOGRAFICA

Editor: G. WOLF

---

*E 2151/1975*

**Geburt im Knien (Zulu, Südafrika)**

GÖTTINGEN 1976

---

INSTITUT FÜR DEN WISSENSCHAFTLICHEN FILM

Film E 2151

## **Geburt im Knien (Zulu, Südafrika)**

H. UHLIG, Kiel, und H. KIRCHHOFF, Göttingen

### **Allgemeine Vorbemerkungen<sup>1</sup>**

#### **Die Geburt im Knien bei den Zulu-Frauen Südafrikas**

H. UHLIG, Kiel

Seit neuestem wird in Fachkreisen Amerikas wie auch Europas wieder lebhaft über die „natürlichste“ Gebär-Stellung oder Haltung der Frau diskutiert.

Indessen fehlt über diesen „elementaren Lebensvorgang“ hinreichend objektives Anschauungsmaterial unbestrittener Authentizität, das fachlicher Analyse jederzeit zugänglich ist.

Gründet sich doch das, was man darüber von Naturvölkern weiß, meist nur auf Augenzeugen-Berichte oder auf solche vom Hörensagen sowie auf Gedächtniszeichnungen mit allen Nachteilen der Subjektivität.

Unter diesem „Auftrag“ gelang es mir im September 1972 nach langen und sorgfältigen Vorbereitungen erstmals, die Geburt eines Zulukindes bei halb knieender, halb hockender Stellung der Mutter in originärer Umgebung zu filmen.

Da bei vielen afrikanischen Stämmen der Geburtsvorgang selbst mit strengen Tabus belegt ist, vor allem aber kein Mann dabei zugegen sein

---

<sup>1</sup> Angaben zum Film und kurzgefaßter Filminhalt (deutsch, englisch, französisch) s. S. 20 u. 21.

darf, war ich gezwungen, das Geschehen durch eine künstlich angebrachte Öffnung der Hüttenwand, von außen aufzunehmen.

Ohne Wissen der Frau stand im Hintergrund ärztliche Hilfe bereit, um das Risiko zu mindern.

Dieser erste Film bot ausgiebig Gelegenheit, die obligaten technischen Voraussetzungen für ein derartiges Unternehmen zu studieren und Erfahrungen über das procedere eines so delikatens Ereignisses zu sammeln.

Die dabei gewonnenen Erkenntnisse und an Ort und Stelle vorgefundenen Bedingungen ermutigten zu einem neuen Versuch im Juni/Juli 1973. Das Ergebnis: 5 „tonfilmisch“ erfaßte, mehr oder weniger komplette Geburten „im Knien“. Sie wurden in 2 Einheiten zusammengeschnitten, die eine unter völkerkundlichem Aspekt, die andere unter medizinischem.

Die Bedingungen, unter denen ein solches Unternehmen allein erfolgreich sein kann, seien — weil zum Verständnis der Filme erforderlich — im folgenden kurz angeführt:

1. Die Geburt muß in einer Hütte in unmittelbarer Nähe eines Hospitals stattfinden, damit — falls sie wider Erwarten nicht regelrecht verläuft — sofort ein Arzt eingreifen kann.

Lassen sich Bantu-Frauen im Hospital entbinden, bringen sie meist mehrere weibliche Angehörige ihrer Sippe mit, die bis zur Niederkunft in ihrer Nähe bleiben wollen.

Natürlich sind sie in den Krankensälen selbst, aus Platz- und Hygiene-Gründen — sie kochen, spucken und urinieren nicht selten auf den Fußboden — verständlicherweise nicht zu beherbergen.

Deshalb ließen viele Krankenhaus-Verwaltungen Südafrikas eigens für diese „Begleitkommandos“, unmittelbar jenseits der Grenzen ihres Anwesens, regelrechte, ortstypische Krale errichten, in denen sie die Wartezeit wie „zu Hause“ verbringen können.

Eine Hütte solcher artifiziellen aber — da von ihnen selbst gebaut und ständig bewohnt — durchaus originalgetreuen Siedlung, eignet sich für ein derartiges Filmvorhaben deshalb besonders gut, weil nur hier:

2. die Möglichkeit besteht, dorthin, vom Hospital aus eine Stromleitung zu legen, die es erlaubt, die Hütte genügend auszuleuchten,

3. ein Geburtshelfer des Hospitals samt Oberschwester und Hebammen nachts zur Verfügung stehen, den Vorgang ärztlich-rechtlich abzuschirmen,

4. im Weichbild des Hospitals die Erlaubnis der Ehemänner der niederkommenden Frauen leichter zu erlangen ist,

5. erlaubt wird — da es sich um einen hospitaleigenen Kral handelt — eine Hüttenwand mehrfach aufzubrechen, um die Kameras von außen führen zu können.

Diese essentiellen Voraussetzungen waren in dem ehemaligen Missions-Hospital Emmaus in der Nähe der kleinen Stadt Winterton in Natal/Südafrika in idealer Weise erfüllt.

Dank der fachlichen Unterstützung und Absicherung des Projektes durch seinen ärztlichen Leiter, Herrn Dr. R. W. KANZLER, und der unermüdllichen Hilfestellung der Oberschwester, Matron P. E. BOKELAAR, bei der praktischen Durchführung der Filmarbeiten, konnte das Unternehmen erfolgreich abgeschlossen werden.

Beiden sei an dieser Stelle nochmals herzlich für alles gedankt.

Den Informations-Hintergrund für das Thema: „Die Geburt im Knien bei den Zulu-Frauen Südafrikas“ lieferte eine umfangreiche Befragung ortsansässiger, geburtserfahrener Zulu-Frauen.

### **Befragungsergebnisse**

Um zur filmischen Dokumentation der „Geburt im Knien“ einschlägige Informationen über das „ortsübliche“ Verhalten und Brauchtum vor, während und nach der Geburt eines Kindes aus „erster Hand“ zu bekommen, befragte ich 5 europäisch ausgebildete Zulu-Hebammen und 28 geburtserfahrene Zulu-Frauen des Drakensberge-Distriktes Emmaus (ein Hospital der Berliner Mission in Natal, Republik Südafrika).

Die 33 Frauen hatten insgesamt 170 Kinder zur Welt gebracht. Im einzelnen gebaren sie:

1 × 1 Kind	5 × 6 Kinder
0 × 2 Kinder	2 × 7 Kinder
1 × 3 Kinder	3 × 8 Kinder
7 × 4 Kinder	3 × 9 Kinder
6 × 5 Kinder	1 × 13 Kinder

Der Tabus wegen geben Bantu-Frauen in ihrem eigenen Lebensbereich, dem Kral, einem Mann — auch wenn er Arzt ist — keine Auskunft über das Geburtsgeschehen. Deshalb befragte ich, in Küche und Wäsche-rei des Hospitals beschäftigte Zulu-Frauen auf „neutralem Boden“, im Gästezimmer des Krankenhauses, während ihres Dienstes.

Als Dolmetscherinnen fungierten europäisch ausgebildete Zulu-Hebammen, die allein in der Lage sind, die medizinischen Fachausdrücke in sinngemäßes Zulu zu übertragen und auch die Antworten, dank ihrer Fachkenntnisse, sachgerecht in Englisch wiederzugeben.

Für das Ergebnis der Exploration war sicher nicht ohne Belang, daß ich den Frauen seit Jahren bekannt und durch den für sie zuständigen Headman (Unterhauptling) namens XIMBA, ausgewiesen und autorisiert war. (Dennoch gaben sie in seiner Gegenwart keine Antworten.)

Vor jeder „Fragestunde“ erklärte die europäische Oberschwester des Hospitals — sie besaß das uneingeschränkte Vertrauen der Zulu-Frauen — was und warum wir es zu wissen begehrten.

Meistens antwortete nicht jede Frau für sich auf die Fragen. Vielmehr besprachen sie sich untereinander, wobei die älteste unter ihnen oder eine besonders intelligente, Wortführerin wurde. Auf nicht wenige Fragen gaben sie unterschiedliche Antworten.

Hier die Fragen und Antworten:

1. *Woran erkennt die Zulu-Frau, daß sie schwanger ist?*

Nach dem Ausbleiben der Monatsregel hofft sie. Nach dem Ausbleiben der zweiten ist sie hinreichend sicher. Verspürt sie die ersten Kindsbewegungen (etwa ab 4. Monat), besteht kein Zweifel mehr.

2. *Wie wird der Termin berechnet?*

Nach Luna-Monaten. Ein Lunamond = 4 Mondviertel. Mithin wird die Geburt nach 10 Lunamonaten = 40 Mondviertel erwartet.

3. *Ab wann nimmt man die „stammesübliche“ magische Medizin?*

Da man erst nach dem Ausbleiben der zweiten Regel glaubt, hinreichend sicher zu sein, meist nach dem dritten Monat. Ab 7. Monat nimmt man dann eine „stärkere“ Medizin. Häufig wird diese aber erst mit dem Einsetzen der Eröffnungswehen geschluckt.

4. *Woraus besteht die Medizin?*

Die Frau des Headman XIMBA brachte mir Proben der Bestandteile der „Schwangerenmedizin“ und überreichte mir eine vom Headman handschriftlich verfaßte Anleitung zu deren Präparation: Eine bestimmte Wurzel (ich bekam einige Proben davon) wird kleingeschnitten und dreimal aufgekocht. Schäumt der Absud dabei auf, wird der Schaum mit kaltem Wasser mehrmals niedergebracht.

Von dieser Medizin nimmt die Schwangere ab 3./4. Monat täglich einen Löffel. (Preis pro Coca-Cola-Flasche: 50 c.)

Kommt die Frau in die Wehen, nimmt sie, zu deren Anregung, eine stärkere Medizin. Das Rezept für dieses Gebräu ist heute — nach Aussage des Headman — nur noch älteren Witchdoktoren bekannt. Seine Ingredienzien sind: die Wurzeln eines bestimmten Strauches; getrocknete Pferde-Plazenta; getrocknete Schlange! Die drei Substanzen werden auf einem Maisstein gepulvert und mehrmals aufgekocht. Der Zulu-name dieser Medizin lautet: *Imbhelethisane*.

Um die Austreibungswehen anzuregen, wird die Medizin auch auf den schwangeren Leib gestrichen.

Rezept für „Schwangerenmedizin“

ipelekesana ibembelela yolube  
nozangumu nobokana lohlala  
emazini nomukhlambo wehasini  
okusho ukuthi lemithi inoce  
nto nama umtswana emilele  
iyakazi ukuthi imilekule  
aphume masiyane yona  
mithi yokuhlentisa ngesizulu  
isihlambazo umar ekhulele  
uyasiphuzisa ukosikazi uma  
ekhulele uma esemthile  
amuphuzise umtswana angama  
lawo umu ndanbuluka

5. Werden Fruchtbarkeits-Symbole zelebriert?

Antwort: einstimmig Nein.

6. Was tut die Schwangere, um sich und ihr werdendes Kind vor dem Einfluß böser Geister (*Tokoloshe*<sup>1</sup> und *Mkovu*) zu schützen?

Die meisten der befragten Frauen behaupten zunächst, nichts Besonderes zu tun. Auf gezielte Fragen geben sie jedoch zu, daß die Land-Bevölkerung noch fest an den negativen Einfluß der beiden „Sendboten“ der Witches glaubt.

Auf nachdrückliches Insistieren berichten einige ältere Frauen, man hole — um sich vor bösen Geistern zu schützen — einen Zauberer in den Kral. Der bringe Steine vom Flußufer und verstecke sie im Kral- oder Viehkral-Zaun als Abwehrzauber. Auch würde eine bestimmte Zaubermedizin verbrannt, deren Rauch *Tokoloshe* zurückhalte.

Auf meine Entgegnung, *Tokoloshe* sei doch ein guter Geist, erwidert eine alte Frau zögernd, ich hätte schon recht. Der böse Geist sei *Mkovu*! Auf meine Frage, ob sie etwas über diesen bösen Geist wisse, antwortet sie: Die Hexen hätten eine Leiche wieder ausgegraben und zum Leben erweckt. Diesem Wesen hätten sie die Zunge abgeschnitten, mit einem

<sup>1</sup> Englische Schreibweise.

Speer gestochen und seinen Kopf mit einem Nagel gegen den Körper genagelt. So wäre *Mkovu* klein geworden und gehe ganz krumm. Heute fürchte man jedoch die beiden Hexenbegleiter und Übelbringer nicht mehr so wie früher. Da beide nur Kindern sichtbar wären, wüßten Erwachsene und ältere Jugendliche ohnehin nicht mehr allzuviel von ihnen.

7. *Welche Bedeutung hat der Grasring, den die Mutter am Halse trägt und den man später dem Neugeborenen umhängt?*

Er soll erst von der Mutter, dann von dem Neugeborenen Böses abhalten, da er eine Zaubermedizin enthalte. Zwei der befragten Frauen antworten, der Grasring soll das Zahnen des Kindes günstig beeinflussen.

8. *In welcher Hütte wird entbunden?*

Die erste Frau entbindet in der Hütte der Schwiegermutter. Hat der Mann mehrere Frauen, entbinden diese in ihren eigenen Hütten. Schläft die Frau — wie neuerlich oft der Fall — in der Hütte des Mannes, muß der die Hütte räumen. Er schläft dann in der Hütte seines Vaters.

9. *Gibt es in der Hütte eine bestimmte Stelle, an der die Geburt stattfinden soll?*

Nach Aussage der meisten Frauen: Ja.

Die Geburt soll — vom Innern der Hütte aus gesehen — links vom Eingang stattfinden. Die helfende Frau assistiert von rechts.

10. *Was tun die Frauen, wenn sie die ersten Wehen verspüren?*

Sie laufen ein wenig spazieren. Andere verrichten anstrengende Arbeiten wie Waschen oder Maisreiben.

11. *Was tun sie, wenn die Wehen an Zahl und Intensität zunehmen?*

Sie rufen ihre Schwiegermutter herbei. Höflicherweise sagen sie, sie fühlten sich nicht wohl. Sie möge kommen, um ihnen zu helfen.

12. *Gibt es eine Art professioneller Hebammen?*

Alle sagen: Nein.

Es sei immer die Schwiegermutter oder, wenn sie nicht mehr lebe, eine ältere, geburtserfahrene Frau aus dem eigenen Kral oder der Nachbarschaft.

13. *Wer assistiert der Schwiegermutter?*

Eine ältere erfahrene Frau aus der eigenen Familie oder der weiteren Verwandtschaft.

14. *Was tut die Assistentin?*

Sie nimmt der Frau das Kopftuch ab und bindet es über den graviden Leib, um damit bei den Austreibungswehen wie auch bei der Lösung und Ausstoßung der Plazenta wirkungsvoll nach unten massieren und kneten zu können. In den Wehenpausen stützt sie den Rücken der Kreißenden.

15. *Was tun die Frauen während der Eröffnungswehen?*

Die meisten Frauen verhalten sich wie bei 10. angegeben. Einige geben an, sie ruhten auf der Seite oder auf dem Rücken liegend.

16. *Wird das Schamhaar abrasiert?*

Alle sagen: Nein.

17. *Welche Position nehmen die Frauen ein, wenn sie „Austreibungswehen“ verspüren?*

Ohne Ausnahme: die kniende Position. Das sei schon immer so gewesen. Sitzen oder Liegen wäre unbekannt.

Nur eine alte Frau unter den Befragten meint, daß sich bei schwierigen Geburten besonders korpulente Frauen manchmal doch legten. Auf insistierendes Fragen bekräftigen alle Frauen noch einmal nachdrücklich, daß Liegen oder Sitzen der Geburt nicht förderlich sei und deshalb im Kral, d.h. bei „Hausentbindungen“, nicht praktiziert würden. Einige Frauen machen die kniende Haltung temperamentvoll vor, während eine andere die Hände korbartig wie zum „Empfang“ des Kindes zwischen die gespreizten Oberschenkel der Darstellerin hält.

18. *Wie lange bleiben sie in dieser Position?*

Während des ganzen Geburtsvorganges bis zum Austreiben der Nachgeburt.

19. *Was tun sie in den Wehenpausen?*

Sie bleiben kniend, beugen den Oberkörper nach vorn und stützen sich mit beiden Händen entweder auf dem Fußboden oder auf den Oberschenkeln ab. Schwerere Frauen setzen sich im Knien zurück auf die Fersen. Einige setzen sich aus der knienden Position heraus seitlich auf den Fußboden nieder, sich zugleich mit einer Hand darauf abstützend. Manchmal unterstützt sie dabei die Schwiegermutter oder die Assistentin von rückwärts.

20. *Wird die Kreißende zu spezieller Atemtechnik angehalten?*

Alle sagen: Nein.

21. *Gibt es während der Austreibungswehen irgendein Zeremoniell?*

Nein. Die „Schwiegermutter-Hebamme“ fordert die Kreißende lediglich auf, sich dabei an dem, eigens für die Geburt in der Hüttenkuppel aufgehängten, aus Gras geflochtenen Seil festzuhalten und kräftig zu pressen.

22. *Wird dabei irgendeine Art von Gebet zelebriert?*

Einige ältere Frauen sagen, ein alter Mann gehe im Kral herum und bitte die Ahnengeister, zu helfen.



### 23. *Was tut man gegen den Schmerz?*

Nichts! Die Schwiegermutter sagt, man muß unter Schmerzen gebären. Gemäß einer alten Sitte darf die Gebärende keinen Schmerz äußern. Tut sie es trotzdem, wird sie — meist mit der flachen Hand — heftig auf den Mund geschlagen.

Im Nongoma-Distrikt schlägt man Frauen, die schreien oder wehklagen, nach Aussagen einer alten, erfahrenen, deutschen Hebammen-Oberschwester, oft den Mund mit Stöcken blutig.

Eine etwa 75 Jahre alte Frau berichtet: Die Frauen dürfen deshalb nicht klagen oder Schmerzen äußern, weil die Männer im Kral nicht hören sollen, was in der Geburtshütte vor sich geht.

### 24. *Was geschieht bei schwierigen Geburten?*

Einige Frauen sagen, die Schwiegermutter führe die Hand in die Scheide ein, um die Lage des Kindes festzustellen. Wenn die Schulter „vorliege“, würde die Gebärende aufgehoben und so lange nach „rückwärts“ geschüttelt, bis die Schulter zurückfalle und der Kopf einträte!

Zwei Frauen erklären: Erfahrene Schwiegermütter könnten eine schwierige Geburtslage intravaginal korrigieren. Fünf Frauen geben an, man stelle in solchem Falle (vermutlich bei einer Steißlage) die Kreißende auf den Kopf und schüttele sie lange und kräftig, um eine „Änderung“ der Geburtslage zu erreichen. Mehrere der Befragten hätten das an sich selbst erlebt und danach eine „reguläre“ Geburt gehabt.

Drei Frauen berichten und demonstrieren eine andere Technik: Die „Hebamme“ kniet sich hinter die Gebärende und preßt ihr Knie, auf das sie zur Polsterung ein ringförmig gefaltetes Tuch gelegt hat, energisch gegen deren Damm. Dabei zieht sie die Schwangere stark nach rückwärts, während sie ihrerseits von der Assistentin im Rücken gestützt wird. Gleichzeitig massiert man mit einem unter dem Leib gebundenen Tuch kopfwärts.

### 25. *Gibt es eine Art operativer Geburtshilfe?*

Gelegentlich schneidet man mit einem „rasiermesserscharfen“, kurzen Schilf- oder Grashalm, manchmal auch mit einer Glasscherbe oder einem alten Messer, den Damm ein.

### 26. *Was tut man unmittelbar nach der Geburt eines Kindes?*

Die „Hebamme-Schwiegermutter“ reinigt den Mund des Neugeborenen mit einem Finger.

### 27. *Was geschieht mit dem Kind weiter?*

Es wird in der Regel zwischen den Beinen der Mutter niedergelegt und bleibt dort, bis die Plazenta ausgestoßen ist. Gelegentlich wird es sofort abgenabelt, trockengewischt, mit Öl eingerieben und — in Tücher gehüllt — zur Seite gelegt.

In diesem Falle bekommt es zuvor einen Löffel der früher erwähnten Schwangeren-Zaubermedizin eingeflößt. Verweigert es ihn, gilt es als verhext und wird dann zur „Entzauberung“ kopfüber im Rauch bestimmter, brennender Kräuter geschwenkt. Diese Maßnahme soll auch helfen, wenn das Kind nicht spontan schreit. (Eine andere Methode besteht darin, es zu erschrecken, indem man die Mais-Mahlsteine geräuschvoll aneinanderschlägt.

28. *Wann wird das Neugeborene abgenabelt?*

In der Regel nach dem Ausstoßen der Plazenta.

29. *Was tut man, um das Lösen und Ausstoßen der Plazenta zu beschleunigen?*

Man fordert die Frau auf, energisch und wiederholt in eine Kalebasse (heute meist eine Flasche) zu blasen, während die helfenden Frauen den Leib entweder mit den Händen oder mit dem früher erwähnten, über dem Bauch gebundenen Kopftuch, nach unten massieren. (Eine Art CREDÉscher Handgriff.)

Hilft das nicht, gehen die Geburtshelfer-Frauen vor die Hütte und schlagen oder trommeln heftig auf die Hüttenwand. Dabei rufen sie laut: „woya, voya, woasa, woasa“, was soviel wie „Plazenta komm“ bedeutet.

Eine der Frauen berichtet, man gebe der Mutter ein rohes Ei zu essen. Das beschleunige das Ausstoßen der Nachgeburt.

30. *Wie wird abgenabelt?*

Man nimmt zuerst „Maß“, indem man die Nabelschnur über das Knie des Neugeborenen streckt. Dann bindet man sie über und unter dem Knie ab und durchschneidet sie über der Mitte der Patella.

31. *Wird geprüft, ob die Plazenta vollständig ist?*

Einige Frauen meinen: Nein.

Die dolmetschende Hebamme ergänzt, das könnte mangels Wissen um diese Dinge auch nicht erwartet werden. Die Majorität der Befragten jedoch antwortet: Man prüfe, ob die „Membrane“ intakt sei.

32. *Was geschieht mit der Nachgeburt?*

Sie werde zunächst zur Seite gelegt und drei Tage in der Hütte verborgen gehalten. Am Abend des 3. Tages „beerdigt“ sie die Schwiegermutter, evtl. gemeinsam mit der Mutter der Niedergekommenen, während der Dunkelheit an einer bestimmten Stelle der Hütte. Dies muß in aller Heimlichkeit geschehen, damit die bösen Geister keinen Einfluß darauf nehmen können.

Nach anderen Aussagen vergräbt man die Nachgeburt bei Nacht im Uferschlamm eines Flusses oder versenkt sie in tieferes Wasser. Wird die

Plazenta dort von Krebsen gefressen, so sei das ein Zeichen dafür, daß das Kind legitim ist.

Obwohl gerade die Nachgeburt und ihr heimlicher Beerdigungsort für die Zulu von großer mystischer Bedeutung sind, verlangen auffälligerweise im Hospital gebärende Frauen nicht nach ihrer Plazenta.

### 33. *Wo bleiben Mutter und Kind unmittelbar nach der Geburt?*

Die Mehrheit der Frauen sagt aus: Die Mutter ginge mit ihrem Kind zunächst in die Hütte der Schwiegermutter, wo sie einige Zeit bliebe. In der Zwischenzeit werde die Geburtshütte nach dem Beerdigen der Plazenta gereinigt, der Boden mit frischem Kuhdung „imprägniert“.

Andere Frauen erklären: Habe die Frau in der Hütte ihrer Schwiegermutter entbunden, so ginge sie in die Hütte ihres Mannes, nachdem dieser in die Hütte seines Vaters umgezogen sei.

### 34. *Gewährt man der Mutter eine gewisse Ruhezeit während des „Wochenbettes“?*

Nicht im eigentlichen Sinne. Das Wochenbett ist unbekannt. Dadurch aber, daß die Frau bis zum Abfallen der Nabelschnurreste streng verborgen entweder in ihrer eigenen Hütte oder in der ihrer Schwiegermutter bleiben muß, beschränkt sich ihre Tätigkeit zwangsläufig auf „Innendienst“. Die Frauen nehmen somit unmittelbar nach der Geburt wieder ihre übliche Tätigkeit wahr.

### 35. *Bereitet man der Mutter ein besonderes Lager?*

Man bringt frischen Sand in die Hütte, auf dem sie, da er sich der Körperform gut anschmiegt, unter Zwischenlage einer Decke besser liege, als auf dem harten Lehm Boden.

### 36. *Was geschieht mit den abfallenden Nabelschnur-Resten?*

Man vergräbt sie dort, wo die Plazenta beerdigt wurde oder verbrennt sie. Auch diese Prozedur wird von der Schwiegermutter durchgeführt. Die Generalreinigung der Hütte erfolgt im übrigen erst nach dem Abfallen der Nabelschnur-Reste.

### 37. *Wann darf der Vater sein neugeborenes Kind erstmals sehen?*

Nach Aussagen aller Frauen: Erst, wenn die Nabelschnur-Reste abgefallen sind, die Hütte gereinigt und neu mit Kuhdung „imprägniert“ wurde. Das ist in der Regel nach 6—10 Tagen der Fall.

Sind diese Bedingungen erfüllt, wickelt die Mutter ihr Kind vollständig in Decken ein, so daß nur sein Gesicht zu sehen ist, und legt es, also „verpackt“, auf die Hüttenschwelle. Aus der Hütte heraus ruft dann die Schwiegermutter: Es wurde ein Junge (Mädchen) geboren!

Es heißt ...! Während es der Vater vor der Hütte betrachtet und der Mutter dankt, daß sie ihm ein Kind geschenkt habe, bleibt sie im Innern der Hütte seinem Blicke verborgen.

38. *Wer bestimmt und gibt dem Kinde den Namen?*

Hier gehen die Meinungen auseinander. An erster Stelle wird der Schwiegervater genannt. Wenn er nicht mehr lebt, fällt das Amt der Schwiegermutter zu. Sind beide tot, tritt der Vater der Kindsmutter an ihre Stelle. Beim ersten Kind gibt die Schwiegermutter den ersten Namen, der Schwiegervater den zweiten. Der erste und zweite Name sind Zulu-Namen. Der dritte, er wird meist beim Schuleintritt gegeben, ist ein europäischer Name.

Eine Frau berichtet, die Schwiegermutter fordere den Kindsvater auf, den ersten Namen zu geben, während sie den zweiten nenne. Zwei Frauen meinen, der erste Name sei vom Vater des Kindes zu geben und wenn der nicht anwesend wäre, von der Mutter. Eine Frau führt an, daß die Schwiegermutter den Namen zu bestimmen habe, da sie ja die Geburt geleitet hätte.

39. *Gibt es bei der ersten Begegnung zwischen Vater und Kind ein besonderes Zeremoniell?*

Man schlachtet zur Feier des Tages eine Ziege, manchmal auch einen Ochsen. Davon bekommt der Vater als „Ehrenportion“ einen Halsstreifen des Tieres. Andere Frauen sagen, diese Sitte, die ursprünglich die Regel gewesen wäre, sterbe langsam aus.

Eine alte Frau berichtet, in ihrem Clan würde das neugeborene Kind in das Fell des geschlachteten Tieres eingewickelt, wobei die Bein-Fellstreifen über Brust und Bauch zusammengeknüpft würden.

40. *Wie lange wird das Kind gestillt?*

Auch auf diese Frage gibt es sehr unterschiedliche Antworten. Die älteren unter den Frauen — sie stellen die Mehrheit dar — sagen spontan: Bis das Kind laufen kann. Und das wäre in der Regel ein Zeitraum von  $1\frac{1}{2}$  bis 2 Jahren und darüber. Die jüngeren Frauen meinen: 6 Monate, andere 1 Jahr und wenig darüber.

41. *Wie ernährt die Mutter ihr Kind, wenn sie unfähig ist, es zu stillen?*

Sie zerquetscht halbweichgekochte Maiskörner zwischen den Mahlsteinen zu Brei und verdünnt ihn mit Wasser oder „Maltabella“. Gereicht wird diese Mixtur heutzutage meist in der Flasche. Früher bot man sie in der hohlen Hand dar und hielt dem Säugling — damit er daraus trinke — rhythmisch die Nase zu. Andere geben nur mit Wasser verdünntes „Maltabella“.

42. *Wann darf der Kindsvater seiner Frau wieder beiwohnen?*

Alle älteren Frauen sagen hierzu: Ursprünglich wäre die Frau während der gesamten Stillzeit — also durchschnittlich 2 Jahre — sexuell tabu gewesen. Erst in neuerer Zeit, in der unter dem Einfluß der Mission und der Kirchen, aber auch durch den sehr hohen Brautpreis, die Einehe zunähme, wäre die sexuelle Karenzzeit in der Regel nur etwa 6 Monate.

43. *Wer gibt dem Ehemann die Erlaubnis, mit seiner Frau wieder zu verkehren?*

Seine Mutter, mithin die Schwiegermutter seiner Frau.

### Medizinischer Kommentar

H. KIRCHHOFF, Göttingen

Betrachtet man Skulpturen aus der Prähistorie oder auch frühe bildliche Geburtsdarstellungen aus Ägypten, Indien, Mesopotamien, Griechenland und vielen anderen Ländern der ganzen Welt oder liest man in alten Bibelstellen über den Ablauf einer Geburt oder auch Berichte von Forschungsreisenden in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts zu diesem Thema oder nimmt man die vielfältigen Geburtsabbildungen der Künstler des Mittelalters zur Hand, so ist es eindrucksvoll und überraschend, daß die Gebärende überwiegend, wenn nicht sogar ausschließlich, in sitzender oder hockender oder stehender Position dargestellt wird.

Diese in der Kunstgeschichte, aber auch in der Medizingeschichte stets zitierte und als Normalhaltung angesehene Körperstellung der kreißenden Frau wird auch heute noch als die übliche Geburtsposition bei den Naturvölkern beobachtet.

Manche ehemaligen Berichte und Abbildungen von Geburten, z. B. bei afrikanischen Völkern, wie sie auch der englische Mediziner FELKIN [3] in seiner Marburger Doktorarbeit im Jahre 1885 auf Grund einer langen Forschungsreise durch Afrika schildert, erscheinen dem heutigen Betrachter als grausam und quälerisch. Sicherlich hat es sich damals bei diesen Formen von Geburten um Ausnahmen gehandelt, so z. B., wenn eine Frau an den Händen am Baum hochgezogen wurde oder andere groteske Stellungen einnimmt. Trotzdem erscheint der Rückschluß erlaubt, daß man sich immer schon von einer vertikalen, senkrechten Haltung des weiblichen Körpers für den Geburtsablauf einen besonders günstigen Ausgang versprach. Die hockende und mehr noch die sitzende Haltung war und ist für viele Naturvölker die Methode der Wahl, während die Geburt im Liegen im Bett zur Seltenheit gehört. Ein jüngst erschienener Bericht bestätigt dies; БОГНА [1], der 26000 Geburten bei Bantu-Frauen selbst miterlebte, berichtet, daß die Entbindung dort ausschließlich in Hockstellung vor sich geht.

Zur Unterstützung für die Kreißende stehen entweder Hilfspersonen zur Verfügung, auf die sie sich lehnen kann, oder, wie es im Film später zu sehen ist, hält sich die Gebärende an einem von der Decke herunterhängenden Strick fest.

Eine wesentliche Erleichterung für die kreißende Frau selbst — und auch für den Geburtsvorgang? — bedeutet im Vergleich zum Stehen oder Hocken oder Knien die sitzende Entbindungsform. Aus dem primitiven, aus einfachen Ziegeln errichteten „Gebärsitz“ im alten Ägypten, entwickelte sich, vornehmlich in Europa, schon im frühen Mittelalter der auch heute immer wieder in wellenförmiger Begeisterung und Leidenschaft propagierte „Gebärstuhl“. Er fand verschiedene Varianten vom eleganten, hübsch verzierten Modell bis zum einfachen Holzstuhl, der der Gemeinde gehörte und zur Entbindung ausgeliehen wurde. Diese Stühle waren relativ niedrig gebaut, damit die Hebamme sich davorhocken konnte. Die Lehne, die zuerst feststand, wurde aber schon 1679 von dem holländischen Arzt DEVENTER als verstellbar konstruiert, damit die Kreißende in den Wehenpausen liegend ausruhen konnte; also ein Vorgänger der heutigen Kombination: Entbindungsstuhl und -bett (unter anderem propagiert von EHRSTRÖM [2], MANSTEIN und KELLER [6] u. a.).

Große Verbreitung fand und findet auch heute noch der sog. „lebende Gebärstuhl“, auch die „Schoßentbindung“ genannt. Die Kreißende sitzt hierbei auf dem Schoß einer Hilfshebamme oder auf dem des Ehemannes, der auf diese Weise direkt an der Geburt beteiligt wird. An dieser Stelle darf eine skurrile, etwas lustige Episode nicht verschwiegen werden, die in der wohl umfassendsten und auch jetzt noch sehr lesenswerten Monografie von H. H. PLOSS, 1872, mit dem Titel: „Lage und Stellung der Frau während der Geburt bei verschiedenen Völkern“ erwähnt wird:

„Ein Mann im Dorf war dafür bekannt, daß er einen glänzenden Gebärstuhl abgab. Es war im Dorf bekannt, daß die Geburt viel leichter vonstatten ging, wenn die Frau mit ausgespreizten Schenkeln auf dem Schoß dieses Mannes saß. Er hatte den Ruf, daß kein Weib im Dorf mehr ohne ihn entbinden wollte. Er wurde aber überdrüssig und sagte: „Ei, da hätte ich viel zu tun, wenn ich jedem Narren sitzen müßte, der auf mir kälbern möchte!“ — So erfand er den Gebärstuhl.

Weitere sehr eindrucksvolle Beispiele und Kommentare zu dem immer wieder aus der Vergessenheit hervorgeholten Thema „Gebärstuhl“ findet man bereits in dem bekannten Buch von EUCHARIUS RÖSSLIN: „Der teutschen Frauen Rosengarten“ (1547) und später mit wissenschaftlicher Untermauerung bei dem Kasseler Geburtshelfer STEIN und vor allen Dingen bei dem Göttinger Gynäkologen BENJAMIN OSIANDER, der von 1792—1822 in Göttingen die Universitäts-Frauenklinik leitete.

Schon diese wenigen skizzenhaft vorgetragenen, historischen Fakten über die Körperhaltung der Frau während des Geburtsaktes mit dem Ergebnis, daß nicht nur bei den Völkern der ersten Hochkulturen und später im europäischen Mittelalter, sondern auch heute noch bei dem allergrößten Teil der Naturvölker die vertikale Stellung die übliche Entbindungsform darstellt, macht das wissenschaftliche Interesse für dieses praktisch ohne Zweifel so wichtige geburtshilfliche Problem verständlich.

Bisher blieb es unbeantwortet, ob die Kreißende rein instinktiv — intuitiv —, anders ausgedrückt „triebhaft“, diese vertikale Körperhaltung selbst wählt oder ob sich aus der Erfahrung heraus diese hockende, kniende, stehende und sitzende Stellung als optimal für den Geburtsablauf in jeder Beziehung als besonders günstig bewährte und daher von Generation zu Generation weiterempfahlen und so zur Gewohnheit, zum Gebrauch und zur Vorschrift wurde. Für die Deutung einer unwillkürlichen Triebhandlung in Analogie zur „Defäkationshaltung“ sprechen die Berichte über Geburten bei Frauen, die von Wehen überrascht wurden und den Geburtsakt ohne Hilfe allein absolvierten. Stets nehmen diese Frauen die Hocker- oder Kniestellung ein, sicherlich weil sie das Gefühl und die anatomischen Gegebenheiten dazu zwingen, ohne sich über den Sinn dieser Haltung jemals klar gewesen zu sein. Andererseits gelang es bei einem Experiment, das schon 1862 in Berlin zur Klärung dieser Frage durchgeführt wurde, trotz ausgesetzter Belohnung nicht, daß die sich freiwillig zur Verfügung gestellten Frauen ihre Geburt im Stehen durchstanden. Die europäischen Frauen sind nicht in der Lage, diese ungewöhnlich starke körperliche Belastung auszuhalten.

Unabhängig von der Frage, ob die vertikale Position unwillkürlich-instinktiv oder aus der Erfahrung heraus gewählt wird, gibt der schon eingangs zitierte PLOSS [9] einen weiteren Erklärungsversuch für das Einnehmen einer aufrechten Geburtsstellung. Diese Erklärung sei kurz erwähnt, da sie völlig moderne, erst durch die Röntgendiagnostik gesicherte Befunde anspricht. Schon 1872 beschreibt PLOSS eine für die Naturvölker nach seiner Ansicht charakteristische, nämlich längsovale — anthropoide Beckenform und diskutiert, ob nicht dieser anatomische Befund zum besseren Eintritt des Kopfes in das Becken der Frau die sitzende und hockende Stellung diktiert. Seine Überlegungen basieren auf der Kenntnis, daß Affen mit ihrem typischen längsovalen Beckeneingang stets im Sitzen entbinden. Auf Grund unserer heutigen Erkenntnis über die verschiedenen Beckentypen wissen wir, daß das längsovale Becken sehr häufig zum sog. „Hohen Geradstand“ führt.

Mit dieser geburtsmechanischen Feststellung kommen wir zum Kernpunkt und zum interessantesten Faktum des ganzen Problems der optimalen Körperhaltung der Kreißenden. Die Frage lautet: Bringt die

vertikale Gebärstellung im Vergleich zur horizontalen Lage in einem Bett Vorteile und sind diese beweisbar?

Die bisher vorliegenden bejahenden Stimmen resultieren entweder aus Einzelbeobachtungen oder basieren auf Reiseerzählungen und vornehmlich aus den bildlichen Darstellungen der Geburt, beginnend mit der Steinzeit. So weit mir bekannt ist, gibt es bisher keine systematischen und großzügigen Untersuchungen, die zwei Kollektive unter sonst gleichen Bedingungen gegenüberstellen und auswerten:

Erste Gruppe: Genaueste Beobachtungen der Geburtsverläufe unter besonderer Berücksichtigung des Geburtsmechanismus und auf den Einfluß des Kindes, auf die Frequenz der Komplikationen und über die Dauer der Geburt in der üblichen, liegenden Haltung.

Zweite Gruppe: Im Vergleich hierzu müßte eine gleichgroße Gruppe ausgewählt werden, bei der die Geburt mit Hilfe der modernen Kombinationsentbindungsbetten stattfindet, die durch Hochstellen der Rückenlehne während der Wehe aus der „horizontalen“ eine „vertikale“ Geburt ermöglichen.

Die seit vielen Jahrhunderten gesammelte Empirik mit der vertikalen Geburt mit angeblich großen Vorteilen, verpflichtet direkt den heutigen Geburtshelfer, diesen Dingen mit Intensität und Akribie nachzugehen!

Einen ersten äußerst eindrucksvollen und nachahmenswerten Schritt auf diesem Wege verdanken wir den im deutschen Schrifttum viel zu wenig zitierten Forschungen des argentinischen Kollegen F. PERUSSI [8]. PERUSSI glaubt anhand einer achtjährigen, gemeinsam mit Anatomen, Röntgenologen und Physiologen durchgeführten Studie über den Geburtsmechanismus bei vertikaler Geburt, die eminent wichtige Schlußfolgerung ziehen zu können, daß die jetzt liegende Lage der Kreißenden „unnatürlich, nutzlos, entkräftigend und unproduktiv“ sei und daß sie „die normale funktionelle Dynamik umstößt, die jeglichen physiologischen Vorgang sonst harmonisiert“ (vgl. H. GEIGER [4]).

PERUSSI empfiehlt eine Position, bei der Rumpf und Beckenkanal innerhalb eines Winkels von 45—90° auf die horizontale Ebene schwanken.

Einige markante Abweichungen gegenüber der Geburt im Liegen werden von den Befürwortern zur Begründung einer vertikalen Geburt in den Vordergrund gerückt:

1. Im Stehen, Hocken, Knien oder Sitzen kommt es zu einer besseren Akkomodation des Kopfes in den Beckeneingang mit einer frühzeitigeren, sich günstig auswirkenden Flexion des Kopfes.

2. Ferner glaubt der schwedische Gynäkologe Chr. EHRSTRÖM [2], der ein neues Kombinationsentbindungsbett mit der Möglichkeit einer bequemen Sitzhaltung der Gebärenden entwickelte, durch röntgenologische Kontrollen bewiesen zu haben, daß die sagittalen Ebenen des Geburtskanals um etwa 1,5 cm weiter werden.



3. Ein gravierendes Moment für die vorteilhaftere Vertikalentbindung wird der Schwerkraft des Uterusinhalts zugesprochen. Da bei stehender oder hockender Stellung der Geburtskanal vom Fundus uteri bis zum Beckenboden einen fast senkrechten Verlauf nimmt, so soll die Schwerkraft der Frucht nicht nur wehenverstärkend wirken, sondern auch die Muttermunderöffnung fördern und erleichtern und vor allem die Entwicklung des Kopfes um den Schambogen herum und über den Damm begünstigen.

Der dänische Forscher SUHR-JESSEN [12], der sich ebenfalls für die sitzende Entbindungshaltung einsetzt, meint, daß die Wirkung der Schwerkraft des Uterusinhalts sowohl in der Eröffnungs- und auch in der Austreibungsperiode annähernd der Kraft einer Vakuumextraktion entspricht. Einen Beweis für die Auswirkung der Schwerkraft erblicken die genannten Autoren in der Beobachtung, daß der kindliche Kopf bei vertikaler Stellung der Gebärenden in der Wehenpause nicht wieder zurückrutscht.

4. Die von PERUSSI an hunderten von Geburten in Sitzstellung beobachtete wesentliche Verkürzung der Geburt wird auch darauf zurückgeführt, daß sich der intraabdominale Druck verstärkt und bei der Austreibung die Bauchpresse vermehrt und zielstrebig in Anwendung kommt.

5. Tokographisch konnte PERUSSI bei sitzender Position eine Vermehrung des Tonus und eine Intensivierung der Gebärmutterkontraktionen beobachten.

Da bei den Naturvölkern die hockende oder kniende Position auch noch in der Nachgeburtsperiode beibehalten wird (vgl. unseren Film), so glaubt SUHR-JESSEN hieraus einen besonderen Vorteil für das Kind ableiten zu dürfen. Die Forderung nach

6. einer optimalen Blutversorgung des Kindes unter der Geburt kann in der hockenden oder stehenden Stellung besser erfüllt werden als im Liegen, „da die Placenta höher als der Kopf liegt und sich demnach besser entleeren kann“. Aus dieser Tatsache leitet SUHR-JESSEN noch einen weiteren Vorteil ab, nämlich eine wesentlich

7. geringere feto-maternale Transfusion bei stehender Haltung, da bei dieser Position das fetale Blut schwerer in den mütterlichen Kreislauf übertreten kann. Die Realisierung dieser Vermutung könnte sich möglicherweise bei der Immunisierung rh-negativer Mütter günstig auswirken.

Völlig unabhängig von diesen Berichten des dänischen Gynäkologen stellt WINDLE [13], Mitglied des Medical Center Institut of Rehabilitation, New York, bei der Besprechung der Möglichkeiten zur Vorbeugung permanenter Hirnschäden der Neugeborenen durch Asphyxie die Gebärhaltung zur Diskussion. Bei dem Gebären der Naturvölker in Hockerstellung, so sagt W., „bleibt das Kind immer

unter der Mutter und erhält den größten Teil des Blutes aus Plazenta und Nabelschnur“.

Die moderne Verhaltensforschung, das weit gefächerte und vielseitige Gebiet der Ethologie, hat uns eindringlich und beweiskräftig demonstriert, wie sehr unsere technisch eingestellte Welt verlernt hat, natürliches Verhalten und instinktivmäßiges Handeln zu erkennen, zu deuten und für unser eigenes Tun zu verwerten. Der vorliegende Film gibt nicht nur dem Ethnologen neue Einblicke in die bisher mit Tabu belegte Intimsphäre bestimmter Völkerstämme, sondern regt mit besonderem Nachdruck auch den Geburtshelfer im Zeitalter der Perinatologie an, sich erneut mit diesem immer noch nicht abgeklärten Problem der optimalen Gebärstellung mit seinem Für und Wider intensiv zu beschäftigen!

### Filmbeschreibung<sup>1</sup>

#### *Vorbereitungen zu Beginn der Austreibungsperiode bei zwei Gebärenden:*

##### *Anlegen eines Tuches und Kneten des Bauches*

Der Geburtsakt im Knien wird an zwei Beispielen demonstriert. Beide Frauen befinden sich anscheinend in der Austreibungsperiode. Bei den Zulu-Frauen kann nicht mit Sicherheit eine klare Grenze zwischen Eröffnungs- und Austreibungsperiode gezogen werden, da eine rektale oder vaginale Kontrolle über die Größe der Muttermundes nicht vorgenommen wird. — Die Hauptakteurin — die „Schwiegermutter-Hebamme“, die eine rote Perücke trägt, reibt den Leib der Kreißenden ständig mit einer „magischen Medizin“ ein, hilft aber vornehmlich durch Kneten des Bauches und vor allem durch Druck auf den Fundus uteri, ähnlich unserem Kristeller-Handgriff. Die zweite Hilfsperson unterstützt diese Tätigkeit und reibt zusätzlich den Rücken ein. Da die Geburt spontan nicht zu Ende zu gehen scheint, wird die Kreißende in das unmittelbar neben dem Kral liegende Hospital überführt und dort durch einen Arzt entbunden.

##### *Ablauf einer Spontangeburt im Knien*

Bei der zweiten Frau, einer Mehrgebärenden, leitet eine Eingeborenenfrau, die im Hospital eine Spezialausbildung erhalten hat, die Entbindung. Auch hier die gleichen Hilfsmaßnahmen. Diesmal wird der Leib

---

<sup>1</sup> Die *Kursiv*-Überschriften entsprechen den Zwischentiteln im Film. — Eine englische Übersetzung der in Zulu-Sprache geführten Gespräche während der Geburt befindet sich im Archiv des Instituts für den Wissenschaftlichen Film.

mittels Gras mit der „magischen Medizin“ benetzt. Ständiges Auffordern zum Mitpressen.

Sehr eindrucksvoll ist das häufige Aufrichten der Kreißenden bei den Preßwehen. Durch Ziehen an dem von der Decke herunterhängenden Strick richtet sie den Oberkörper auf, so daß der Geburtskanal dadurch einen fast geraden Verlauf nimmt. In den Wehenpausen bleibt die Kreißende in ihrer Kniehaltung, aber etwas gebückt und entspannt; manchmal stützt sie die Hände auf die Oberschenkel auf oder aber sogar auf den Erdboden der Hütte, legt sich aber nicht hin.

Die Geburt des Kindes erfolgt in typischer Hinterhauptslage. Das Kind erscheint zuerst etwas asphyktisch. Die „Hebamme“ wischt mit ihrem Finger den Mund des Kindes aus. — Die Kreißende verharrt weiter in der Kniestellung und preßt nun die Plazenta heraus, und zwar interessanterweise, indem sie in eine Coca-Cola-Flasche (früher Kalebasse) hineinbläst! Eine Kontrolle der Plazenta erfolgt nicht. Die Nabelschnur wird mit einem scharfen Grashalm durchtrennt.

### Literatur

(Das Schrifttum ist sehr umfassend, es werden nur einige wichtige Literaturstellen angeschlossen.)

- [1] BOTH, M. Chr.: South African Journ. of Obstet. a. Gynäcology 1968 (ref.: Selecta Nr. 9, 1973).
- [2] EHRSTRÖM, Chr.: Recip Reflex 13, 1972.
- [3] FELKIN, R. W.: Inaug.-Dissertation, Marburg 1885.
- [4] GEIGER, H.: Zbl. Gynäk. 86 (1964), 1973. Zbl. Gynäk. 88 (1966), 229.
- [5] HELLMANN, R.: Selecta 1965.
- [6] MANSTEIN, B., u. H. KELLER: Zbl. Gynäk. 90 (1968), 1432.
- [7] MILDNER, Th.: Süddtsch. Hebammen-Zeitg., 1965, 202.
- [8] PERUSSI, F.: Sem. med. (Buenos Aires) 20 (1964), 829.
- [9] PLOSS, H.: „Lage und Stellung der Frau während der Geburt“ Monographie. Veit u. Comp., Leipzig 1872.
- [10] RIMBACH, A.: Inaug. Dissertation Jena, 1958.
- [11] STADLBAUER, F.: Gebfra 19 (1959), 342.
- [12] SUHR-JESSEN, O.: Nordisk. Medicin 86 (1971), 1078.
- [13] WINDLE, W. F.: Scientific American 221 (1969), 76.

---

### Angaben zum Film

Das Filmdokument wurde 1975 veröffentlicht und ist zur Auswertung in Forschung und Hochschulunterricht bestimmt. Tonfilm, 16 mm, farbig, 198 m, 18 min (Vorführgeschw. 24 B/s).

Die Aufnahmen entstanden im Jahre 1973. Veröffentlichung aus dem Institut für den Wissenschaftlichen Film, Göttingen, Dr. K.-H. HÖFLING, der Universität Kiel, Prof. Dr. H. UHLIG, und der Universitäts-Frauenklinik, Göttingen, Prof. Dr. H. KIRCHHOFF. Aufnahme: C. GOEMANN, Prof. Dr. H. UHLIG; Schnitt: C. GOEMANN; Ton: C. OTTE.

### **Inhalt des Films**

Der Film zeigt bei zwei Zulu-Frauen das Gebären in kniender Haltung. Es sollen die Vor- und Nachteile dieser Methode demonstriert werden, vor allem soll die filmische Registrierung ergeben, ob der Geburtsverlauf für Mutter und Kind im Knien günstiger ist als in liegender Position.

### **Summary of the Film**

The film shows two Zulu women in the kneeling attitude during labour. It is intended to demonstrate the advantages and disadvantages of the method, especially whether the progress of labour in the kneeling position is more favourable for mother and child than lying down.

### **Résumé du Film**

Le film montre chez deux femmes Zoulous l'accouchement en position à genoux. Par ailleurs, ce film a pour objet de montrer les avantages et les inconvénients de cette méthode et surtout il doit ressortir de l'enregistrement cinématographique si l'accouchement à genoux est plus avantageux que dans la position couchée pour la mère et l'enfant.