

Zeitschrift:	Schweizer Hebamme : officielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici
Herausgeber:	Schweizerischer Hebammenverband
Band:	92 (1994)
Heft:	7-8
Artikel:	Begegnung mit europäischen Werten steigern Geburtenziffern
Autor:	[s.n.]
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-950438

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 23.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Wöche wurden bewusst nur wenige prioritäre Punkte behandelt, die Botschaften wurden auch immer wieder mit verschiedenen Mitteln wiederholt. Da in jedem Dorf zuerst die individuelle Situation in einem Besuch ermittelt worden war, hatte jeder Kursort auch ein eigenes «Curriculum», angepasst an die Bedürfnisse.

Keine der Teilnehmerinnen pflegte vorsorgliche Schwangerschaftsuntersuchungen vorzunehmen. Wir übten deshalb die Palpation, diskutierten Ernährungsempfehlungen (nur, in gewissen Dörfern herrschte schon damals Hunger; dort erübrigten sich dann die meisten Ratschläge) und besprachen die wichtigsten Komplikationen der Schwangerschaft und mögliche Interventionen. Bei einer Untersuchung in einem der Dörfer stellte sich heraus, dass nur 34% der Frauen im fortpflanzungsfähigen Alter je eine Tetanusimmunisierung gehabt hatten. Diese Impfungen dürften noch auf die Vorkriegszeit zurückgehen. Heute gibt es in den abgelegeneren Dörfern schon lange keine Impfungen mehr. Transportmittel gibt es keine, Kühlschränke auch nicht.

Nach Angaben der Frauen soll zum Beispiel in Lopith etwa jedes dritte Neugeborene an Tetanus sterben. Dies ist nicht nur Folge der mangelnden Impfungen, sondern geht vor allem auf die Hygiene bei der Geburt zurück.

Die meisten Frauen gebären direkt auf den Erdboden, oft auch auf dem Feld. Zum Durchschneiden der Nabelschnur werden meist Gräser, seltener Messer, Bambus und in einem Dorf nahe der Grenze gelegentlich auch Rasierklingen aus Uganda verwendet. In einem Dorf ist es zudem Sitte, mit der Messerscheide vor Durchschneiden der Nabelschnur in allen vier Himmelsrichtungen rituell auf den Boden zu klopfen.

Da ein Glaube besteht, dass Tetanus via Luft in die Nabelschnur eindringen könne, wird diese meist mit Erde, Kuhmist, Russ oder Asche beschmiert und abgedichtet.

Unter solchen Umständen ist, in Anbetracht, dass auch das einfachste Material fehlte, guter Rat teuer. Impfungen konnten auch wir keine mitbringen. Glücklicherweise schneidet jedoch auch das verwendete Gras nach dem Abkochen bestens. So war eine der Hauptbotschaften, die Schneidinstrumente vorgängig abzuko-



chen. Händewaschen mit Wasser (Seife gibt es nicht), Reinigen der Gebärstätte (die meisten Frauen gebären hockend) und Unterlage eines sauberen Tuches gehörten zu den weiteren Ratschlägen.

Eine der grössten Schwierigkeiten war, dass es keine Weiterweisungsmöglichkeit bei Komplikationen gab. Wie gesagt, es fehlte jeder motorisierte Transport. Nur in der Hauptstadt, Torit, gab es einen sudanesischen Arzt, der auch operierte (mit Unterstützung des IKRK), doch Torit war zum Beispiel vom vorher erwähnten Lopith nur in drei Tagesmärschen über die Berge zu erreichen.

Es bliebe natürlich noch viel zu berichten. Sicher ist es fraglich, inwieweit diese kurzen Kontakte eine Veränderung

einleiten konnten. Eine kontinuierliche Supervision und Betreuung wäre geplant gewesen. Inwiefern werden dies nun unsere einheimischen Ausbildnerinnen weiterführen? Werden sie nicht zu beschäftigt sein, das Überleben ihrer eigenen Familie zu sichern? Da schon damals in der Trockenzeit die Regierungstruppen vorstießen, mussten wir kurz vor Einnahme der Stadt Torit im Mai 1992 evakuieren und das Projekt beenden. Das Gefühl, so viele Freunde und Kolleginnen zurückgelassen zu haben, und das Ahnen, was mit ihnen in der Zwischenzeit passiert sein könnte, belastet sehr.

Für uns war das Projekt unter diesen Umständen medizinisch und entwicklungstechnisch gesehen sicher kein Erfolg. Andererseits gaben uns die Sudanesen immer wieder zu verstehen, wie wichtig für sie unsere Präsenz sei. Unsere Präsenz, die ihnen wenigstens die Gewissheit gab, dass wir das Gesehene als Zeugen nach aussen tragen würden.

Und in dieser Hinsicht, denke ich, war der Einsatz sinnvoll. Zu oft verpassen wir Ärzte meiner Meinung nach die Gelegenheit, Zeugen für erlebte Menschenrechtsverletzungen zu sein.

Das ist zwar nicht unsere Hauptaufgabe. Doch kann man nur durch Aufrütteln der öffentlichen Meinung auf eine politische Lösung hinarbeiten.

Ein Ende des Krieges, wäre die wichtigste therapeutische Massnahme für das Südsudanesische Volk. □

Wandel des Bevölkerungsverhaltens: die kulturelle Dimension

Begegnung mit europäischen Werten steigerte Geburtenziffern

Aus «Partnerschaft» Nr. 136, Mai 1994, Helvetas, St. Moritzstr. 15, Postfach, 8042 Zürich

Wenn jetzt Europäer von südlichen Bevölkerungen eine Verringerung des Bevölkerungswachstums verlangen, darf nicht vergessen werden, dass in deren Kulturen oft gerade unter europäischem Einfluss traditionelle Werte weichen mussten, welche jahrhundertelang für eine Stabilisierung der Bevölkerungsentwicklungen gesorgt hatten.

Die Ursache für das erschreckende Wachstum der Weltbevölkerung wird meistens darin gesehen, dass die medizinische Versorgung der Bevölkerung verbessert wurde. Die Übernahme der europäischen Schulmedizin in den Entwicklungsländern spielt zweifelsohne eine wichtige Rolle für die Bevölkerungsentwicklung. Allerdings ist dies weniger

auf die tatsächliche Verbesserung von Gesundheit und Hygiene zurückzuführen. Vielmehr wird traditionelles medizinisches Wissen verdrängt, das in den meisten Kulturen auch Kenntnisse über Empfängnisverhütung einschloss.

Traditionelle Verhütungsmittel für Frau und Mann verschwinden

Die Bevölkerungsweise war bei den meisten Kulturen, bevor sie mit den Europäern Kontakt hatten, stabil. Oft kannten sie Verhütungsmittel nicht nur für die Frau, sondern auch für den Mann. Die Anwendung dieses Wissens ist unter europäischem Einfluss stark zurückgegangen. In einigen Kulturen ist das Wissen sogar bereits ausgestorben. Dabei spielten Missionare und neue Werte, die Verhütungsmittel verboten, eine Rolle. Hinzu kam vor allem der Prestigeverlust der traditionellen «Ärzte». Die sogenannten «Medizinfrauen und -männer», die das Wissen über die einheimischen Verhütungsmittel bewahrten, wurden von Schulmedizin, Mission und Verwaltung diskreditiert und oft auch verfolgt. Sie verloren an Einfluss und bekamen auch keine Schülerinnen und Schüler mehr, an die sie ihr Wissen weitergeben konnten.

Heiratsalter sinkt unter europäischem Einfluss

Entgegen landläufigen Meinungen ist das Heiratsalter in traditionellen Kulturen ziemlich hoch und beträgt zum Beispiel für Afrika im Durchschnitt etwa 22 Jahre. Das steht im Zusammenhang mit dem Brautpreis. Dieser wurde nur bezahlt, wenn sich die Verwandten der «Reife» des Brautpaars für eine stabile Ehe sicher waren. Der Brautpreis diente vornehmlich zur Sicherung der Stellung der Frau, falls sich der Mann von ihr trennen wollte. Falsch verstandene Emanzipationsvorstellungen nach europäischem Vorbild haben jedoch zu einer Geringschätzung des Brautpreises geführt. In einigen Ländern ist er sogar verboten worden. Hinzu kommt, dass es jungen Leuten unter den Bedingungen der Geldwirtschaft und neuer Verdienstmöglichkeiten leichter fällt, auch ohne Einverständnis der Verwandten zu heiraten. Der europäische Einfluss bewirkt daher meist eine Herabsetzung des Heiratsalters. Das trägt – bei meist gleichbleibender oder sogar

sinkender Fruchtbarkeit der Frauen – zu einer Erhöhung der Geburtenziffern bei.

Geschlechtsverkehr-Tabu nach Geburt ausser Kraft

Eingeschränkt wurden die Geburtenziffern in traditionellen Kulturen auch durch das früher praktisch weltweit drei bis vier Jahre geltende Verbot des Geschlechtsverkehrs nach einer Geburt. Damit wird eine drei- bis vierjährige Stillperiode gewährleistet. Denn bei einer Schwangerschaft, die auch während des Stillens möglich ist (wenn auch weniger wahrscheinlich), müsste abgestillt werden. Unter traditionellen Bedingungen überlebt jedoch ein Kind unter drei bis vier Jahren ohne Muttermilch nicht mit Sicherheit. Während dieses «Post-partum-Tabus» (Verbot des Geschlechtsverkehrs) wird entweder Abstinenz geübt, was in polygamen Kulturen zumindest für den Mann nicht zu Problemen zu führen scheint. Sonst werden Verhütungsmittel beim Mann (I) eingesetzt. Das Post-partum-Tabu ist heutzutage weltweit im Schwinden

begriffen, nachdem vielerorts Milchpulver eingeführt wurde und weil polygame Ehen verpönt werden.

Traditionelles Medizinwesen wieder aufwerten!

Neben den bisherigen, oft nur allzu eurozentrisch orientierten Massnahmen zur Verringerung der angestiegenen Geburtenziffern sind zusätzliche Vorkehrungen nötig: Ethnologische und kulturokologische Forschung müsste vermehrt feststellen, wo und in welchem Umfang noch traditionelles Wissen um Verhütungsmittel (auch für den Mann!) vorhanden ist. Dasselbe gilt für noch existierende traditionelle Werte in bezug auf Heiratsalter und Post-partum-Tabu. Schliesslich müssen Strategien entwickelt werden, wie das traditionelle Medizinwesen und die auf die Bevölkerungsweise bezogenen Normen und Werte wiederbelebt werden könnten.

Dr. Rupert Moser, Privatdozent für Ethnologie und Afrikanistik an der Universität Bern

Ein Tag in einem westafrikanischen Spital

Conakry, Guinea. Im Verlauf eines mehrwöchigen Aufenthaltes in Guinea hatte ich die Gelegenheit, Einblick in die Abteilung des Donka-Spitals zu gewinnen.

Die folgende Aufzeichnung ist das Resultat aus unsystematischen Beobachtungen, subjektiven Eindrücken und Gesprächen mit dem dort arbeitenden Personal. Ich verbrachte insgesamt eine Arbeitswoche in Donka. Diese kurze Zeit war für mich sehr eindrücklich, deshalb schreibe ich diesen Bericht, wenn er auch unvollständig und unwissenschaftlich ist.



Die Maternité von Donka.

Die Maternité von Donka umfasst fünf Abteilungen: Gebärabteilung, Intensivüberwachung für Neugeborene, eine stationäre Abteilung für Schwangere, ein geburtshilfliches Ambulatorium und eine Wochenbettstation (nur für Risikopatientinnen). Mein Besuch beschränkte sich auf den Gebärsaal, wo pro Jahr ungefähr 2500 Geburten gezählt werden. Als Gasthebamme zugelassen wurde ich über Gespräche mit dem stellvertretenden Chefarzt. Der Empfang war herzlich, und alle Hebammen, Ärztinnen, Ärzte, Studentinnen und Studenten, die ich dort traf, waren sehr offen für Austauschgespräche.

Dienstbeginn ist um 9.00 Uhr morgens. Am Übergaberapport sind etwa 20 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen anwesend. Die Nachthebamme und die Nachärztin rapportieren über das Geschehene, die Studenten werden befragt. Auch ich werde miteinbezogen