

## **Publikumsgespräch** zum Film **“Sister”**

mit **Regisseurin Brenda Davis, Kamerafrau** und **Co-Produzentin Alexandra Swati Guild** und **Hebamme Christine Rebstock**

**Irene Jung:** Herzlich Willkommen zum 11. Filmfest FrauenWelten von TERRE DES FEMMES und zum Fokus Menschenrecht gewaltfreie Geburt - ein Plädoyer für die Hebammenkunst. Sie sehen nun “Sister” von Brenda Davis, ein Film, der uns besonders am Herzen liegt. Warum? Weil wir in diesem Fokus besonders auf eine akute gesellschafts- und berufspolitische Situation hinweisen, nämlich die Gefahr des Aussterbens der Hausgeburtsilfe in Deutschland.

Jedoch ist uns genauso bedeutungsvoll, auf die Situation von Millionen von Müttern und Babys in Ländern der Dritten Welt hinzuweisen, und dafür ist der Film “Sister” enorm wichtig. Denn wenn wir hier Kaiserschnittraten von über 30% zu beklagen haben, wir behaupten einmal, dass vielleicht 29% davon nicht unbedingt nötig wären, dann können wir uns andererseits nicht darüber freuen, dass in Afrika die Kaiserschnittrate bei 0,2% liegt. Denn das bedeutet dass hunderttausende von Frauen jährlich bei der Geburt sterben müssen, dass sie keinen Zugang zu grundlegendsten Notfallmaßnahmen haben.

Und nun freue ich mich besonders, dass die Regisseurin des Films Brenda Davis zu uns gekommen ist, und ebenso die Kamerafrau und Co-Produzentin Alexandra Swati Guild. Dabei muss ich besonders erwähnen, dass beide sich ihr Flugticket selbst bezahlt haben, um von New York hierher zu kommen, da wir nicht die Mittel dazu hatten. Also ein herzliches Willkommen und danke für die große Bereitschaft (Applaus). Ich wollte nur kurz vor dem Film fragen, was Sie denn motiviert hat, diesen Film zu machen?

**Brenda Davis:** Vielen Dank Ihnen, dass Sie gekommen sind, um unser Work in Progress zu sehen. Es ist für uns auch sehr aufregend, dass wir hier sein können.

Es gibt viele verschiedene Dinge, die mich für diesen Film inspiriert haben. Ich habe eine Kindheitserinnerung, die mein ganzes Leben lang sehr stark in mir nachgewirkt hat: ein Grab im ländlichen Kanada, wo meine Großmutter ihre drei Babys begraben hatte, die tot zur Welt kamen.

Dann habe ich 2008 in Göteborg in Schweden einen speziellen Kurs für Beschäftigte im Basisgesundheitswesen aus Asien und Afrika dokumentiert, in dem diese ein intensives Training bekamen für konkrete Nothilfsmaßnahmen bei Geburten. Und bei diesem Kurs traf ich einen von den beeindruckenden Gesundheitsaktivisten\*, der dann in meinem Film begleitet wird.

**Irene Jung:** Soviel dazu, wie Du zum Thema gekommen bist. Nachher können wir noch darüber reden, was Du für Erfahrungen gemacht hast in dem Prozess, diesen Film zu schaffen. Ich wollte Dich jedoch noch fragen, ob Du den ZuschauerInnen etwas auf den Weg geben willst, bevor sie den Film sehen.

**Brenda Davis:** Ich denke, es wäre schön, wenn Ihr den Film mit offenen Herzen sehen würdet, und danach können wir mehr darüber reden.

### ***Filmvorführung, danach Gespräch mit dem Publikum***

**Irene Jung:** Ja, ganz herzlichen Dank für diesen Film, der wirklich sehr berührend ist für uns und der auch ein wenig Einblick gibt in das Leben von Frauen, Babys und Akteuren im Gesundheitssystem in einer ganz anderen Welt als der unseren! Ich wollte dich nun fragen: Du hast eine Idee entwickelt für diesen Film, dann hast Du gefilmt, und dann hast Du es sich ein halbes Jahr setzen lassen. Als Du den Film weiterentwickelt hast von deiner ursprünglichen Idee bis hin zum fertigen Film: hat sich da irgendwas verändert in Deiner Sichtweise des Problems?

**Brenda Davis:** Ich habe den Film über drei Jahre zusammen mit Swati gefilmt und einer der Ziele dieses Films war, keine Erzählstimme zu benutzen, sondern die Gesundheitsaktivisten für sich selbst sprechen zu lassen. Und dabei hat sich mit der Zeit das Wissen bei uns entwickelt, dass es eigentlich sehr viele Gemeinsamkeiten zwischen den verschiedenen Orten gibt. Es wird zwar da eine Methode benutzt und dort eine andere, aber die Ursachen sind überall ähnlich: Die Motivation für das Training, das die Gesundheitsaktivisten bekommen, die Notwendigkeit, dass Frauen Bildung erhalten, Zugang zu sauberem Wasser, zu Strom, zu Straßen und Transportmöglichkeiten.

**Irene Jung:** Was war denn euer Ziel? Wozu wolltet ihr diesen Film einsetzen?

**Brenda Davis:** Eines unserer Ziele war, die Menschen zu informieren, wie enorm viele Frauen und Babys dabei jährlich sterben, dass es ein globales Problem ist und zugleich das Millennium Entwicklungsziel, bei dem es am wenigsten Verbesserungen gegeben hat.

**Irene Jung:** ... in Bezug auf die Müttersterblichkeit.

**Brenda Davis:** Und die Idee, dass Frauen Menschen sind, dass, wenn sie jedoch nur als Zahlen behandelt werden, dies zu einer großen Krise führt.

**Irene Jung:** Und wie wollt ihr in Zukunft versuchen, diesen Film einzusetzen?

**Brenda Davis:** Also dies ist noch nicht die Endversion des Films. Es werden noch Ton, Farbe und Musik bearbeitet. Unser Ziel danach ist, ihn auf verschiedenen Festivals zu zeigen und ein Unterstützungs-Netzwerk aufzubauen. Und bezüglich der Motivation von aktivem Engagement: Der Film wird am Freitag in Addis Abeba, Äthiopien, gezeigt auf einer UNO-Veranstaltung zu Menschenrechten von Frauen, die 16 Tage lang für AktivistInnen veranstaltet wird - unsere Teilnahme dort kam übrigens durch die Vermittlung des Filmfestes FrauenWelten zustande.

**Irene Jung:** ... eine UN Frauenveranstaltung für die Millenniumsziele. Und Du wirst Goitem (der Gesundheitsaktivist aus Äthiopien im Film) sehen...

**Brenda Davis:** Ja, Goitem wird bei der Vorführung dabei sein. Und das ist wirklich wichtig für ihn, für die Menschen, die im Gesundheitswesen arbeiten, dass sie eine Rückmeldung dazu bekommen, was für eine enorm wichtige Arbeit sie machen. Sie sind so leidenschaftlich! Also für Goitem gibt es nichts Wichtigeres als die Gesundheit der Frauen und sie zu betreuen. Er und die anderen verbringen ihre gesamte Zeit, ihre vielen Stunden damit, die Frauen zu betreuen.

**Irene Jung:** Wir sind wirklich sehr glücklich darüber, dass Du es doch noch geschafft hast, diese Reise machen und den Film dort zu zeigen zu können! Und dann möchte ich noch an Christine Rebstock weitergeben, die Hebamme, die lange Jahre in Afrika gelebt hat und möchte sie fragen, wie sie es in ihrer Zeit wahrgenommen hat, als sie dort für die gleichen Ziele gearbeitet hat. Wie war diese Arbeit damals für Dich?

**Christine Rebstock:** Also ich habe sechs Jahre in verschiedenen afrikanischen Ländern gearbeitet. Vier Jahre lang im Südsudan, ein Jahr in Somalia und ein einhalb Jahre in Angola. Das waren alles Länder, entweder im Krieg oder nach Kriegereignissen mit einer zerstörten Infrastruktur. Und ich war sehr betroffen von dem Film, ich habe ihn gestern zum ersten Mal gesehen und finde die dargestellte Situation ganz, ganz realistisch. Und das war mir immer auch ein großes Anliegen, vor allem die hohe Müttersterblichkeit. Die Mutter, die stirbt, hinterlässt ja meistens eine Familie mit mehreren kleinen Kindern und daraus entsteht eine ganz große Not.

**Irene Jung:** Und Du hast dort auch Fortbildungen gemacht?

**Christine Rebstock:** Ja, ich habe im Sudan hauptsächlich, aber teilweise auch in Angola, Schulungen gemacht, für die traditionellen Hebammen, das sind die Frauen, wie Madame Bwa, die die Kunst des Entbindens von ihren Müttern oder anderen weisen Frauen gelernt haben und sie oft an ihre Töchter weitergeben. Viele dieser Frauen haben nie die Möglichkeit gehabt, eine Schule zu besuchen oder Bildung zu erlangen. Sie arbeiten aus ihrer Erfahrung heraus. Und so arbeitete ich daran, diesen Frauen die Möglichkeit einer Schulung zu geben. Für viele habe ich ein Bilderbuch erstellt, das war ihr Nachschlagewerk, und das war für viele der Frauen ein Höhepunkt ihres Lebens. Ich habe die Frauen hinterher auch betreut und viele haben zu mir gesagt: "Seitdem wir diese Schulung hatten (oft waren das nur zwei Wochen), erleben wir, dass weniger Frauen und Kinder sterben, denn früher konnten wir nur zuschauen, und heute wissen wir, was wir machen müssen."

**Irene Jung:** Das ist ja wirklich erfreulich, dass das möglich ist. Gestern hast du uns aber auch erklärt, dass es durchaus auch Gegenwind gibt für so eine Art von Arbeit, ausgerechnet und unglaublicherweise von der WHO. Vielleicht kannst Du das nochmal erklären.

**Christine Rebstock:** Eines der Millennium Ziele, an sich ein sehr gutes Ziel, ist, dass jede Frau mit qualifiziertem Gesundheitspersonal entbinden darf. Die Umsetzung dieses Ziels kann von Land zu Land ganz unterschiedlich aussehen. Denn viele Frauen entbinden zu Hause, wie wir in dem Film auch gesehen haben. In Angola war die Situation, dass die Hilfsorganisationen plötzlich die traditionellen Hebammen nicht mehr schulen durften, denn die haben keine formale Ausbildung und sollten deshalb Frauen nicht mehr entbinden. Aber gleichzeitig wurden noch

keine Strukturen geschaffen, wo Frauen hingehen können, um qualifiziert zu entbinden und so hat das wirklich viele, viele Frauen vor ein großes Dilemma gestellt. Und anstatt besser versorgt zu sein, waren sie sogar noch weniger gut versorgt.

**Irene Jung:** Weil praktisch den traditionellen Hebammen verboten wurde, zu entbinden.

**Christine Rebstock:** Genau. Was sie natürlich nicht gemacht haben, sie haben die Frauen weiterhin entbunden. Aber sie haben die Schulungen nicht mehr bekommen, die eigentlich geplant waren und sie haben keine Ausrüstung bekommen, um wirklich hygienisch einwandfrei den Frauen beistehen zu können. Und das war dann natürlich eine ganz große Not.

**Zuschauer:** ...die haben dann, nach unserem Vorstellungsdenken, eigentlich illegal entbunden?

**Christine Rebstock:** Ja, sozusagen.

**Zuschauer:** Haben sich in die Illegalität begeben...

**Christine Rebstock:** Ja.

**Zuschauer:** Und Sanktionen, gab's die?

**Christine Rebstock:** Wenig, weil in den abgelegenen Gebieten diese Botschaft oft nicht einmal zu den traditionellen Hebammen vorgedrungen ist, wohl aber zu den Hilfsorganisationen, die sie nicht mehr schulen und ausrüsten dürfen.

**Zuschauer:** Diese Hilfsorganisationen arbeiteten im Prinzip dann dagegen, sozusagen...

**Christine Rebstock:** Nein, sie arbeiten nicht dagegen, sie hätten sie gern weitergeschult und ausgerüstet, aber sie durften nicht.

**Zuschauer:** Und haben Sie trotzdem weitergeschult?

**Christine Rebstock:** Ich habe das Problem ein wenig anders gelöst. Ich habe versucht, einen kleinen Ausweg zu finden. Wir hatten pro Woche 15 Minuten Radio-Zeit für Frauengesundheit, im lokalen Radiosender für den Distrikt, und ich habe beschlossen, warum nicht den traditionellen Hebammen Schulungskurse übers Radio auszustrahlen, für alle. Nicht für die traditionellen Hebammen, sondern einfach für die breite Bevölkerung. Um wenigstens ein klein bisschen Wissen noch zu vermitteln. Das ist natürlich auch nicht ausreichend, aber es war ein Anfang.

**Zuschauer:** Haben Sie danach Reaktionen gehabt von offiziellen Stellen? Denn die haben das ja auch gehört.

**Christine Rebstock:** Nein. Überhaupt nicht. Das wurde nicht realisiert.

**Zuschauer:** Das wurde nicht realisiert. Gut, das war ja ein Glück, dann.

**Christine Rebstock:** Das war einfach eine allgemeine breite Schulung. Aber für mich war es spezifisch für die traditionellen Hebammen gedacht und ich habe gehofft, sie hören gut zu.

**Zuschauer:** Also eindrücklich war bei all diesen Hebammen, diesen traditionellen Hebammen: die haben ja eine extreme Ruhe und In Sich Geschlossenheit ausgestrahlt. Die ruhten total in sich selbst. Total... Das fand ich schon sehr stark.

**Christine Rebstock:** Ja, das stimmt, wobei: manche traditionelle Hebammen sind wirklich aktiv, wissen viel, wie Madame Bwa, es gibt aber auch traditionelle Hebammen, die der Frau einfach nur beistehen und eigentlich praktisch nichts machen außer zu beten, also da gibt es die ganze Spannbreite.

**Irene Jung:** Wobei wir auch in einem der Filme am Sonntag gesehen haben, dass Beten oder Meditieren auch bestimmte Hilfen sein können, weil die psychischen Kräfte auch stark auf den Körper einwirken. Gibt es aus dem Publikum weitere Kommentare oder Fragen?

**Zuschauerin:** Ich hab eine Frage zur dokumentarischen Arbeit. Wie haben Sie das empfunden,

wenn Sie dort vielleicht mit einem Auto vor Ort waren, in dem Sie die Kamera transportiert haben, und die Frau dann ein Auto gebraucht hat. Haben Sie dann gewartet bis aus der Gemeinde ein Auto kam, oder haben Sie gesagt: "Nehmen Sie unser Auto"; also in wie weit haben Sie eingegriffen, in das was passiert ist, oder nicht?

**Brenda Davis:** Also wir haben dort auch viel Zeit verbracht ohne Kameras, haben uns mit der Umgebung vertraut gemacht. Und so haben uns die Frauen kennen gelernt und auch Vertrauen gefasst. Natürlich gab es auch Notfälle, wo wir zugegen waren. Ein Beispiel ist der Vorfall in Kambodscha, wo die Frau mit dem Lastwagen zum Krankenhaus gebracht wurde: wir sind in der Tat von diesem Lastwagen mitgenommen worden. Das bedeutet, die Entscheidung über den Lastwagen lag nicht in unseren Händen, sondern wir sind einfach mit aufgestiegen auf den Laster, der sie mitnahm.

Wenn wir mit den Frauen arbeiten, geschieht das auch in sehr intimmem Blickkontakt mit allen im Raum. Es hört sich vielleicht nach einem Klischee an, aber wir wollen auf eine Art und einer bestimmten Frequenz Liebe über die Kamera senden und sehr achtungsvoll mit den Frauen umgehen, denn mit der Kamera erzählen wir die Geschichte der Frauen. Also wenn jemand zum Beispiel sein Gesicht versteckte, haben wir sie nie gefilmt. Das haben wir im Prozess des Filmens gelernt.

**Irene Jung:** Gibt es noch weitere Fragen oder Kommentare, auch von Brenda?

**Brenda Davis:** Ja, noch etwas, worüber ich viel nachdenke. Ich habe irgendwie angefangen, über den Film so wie über einen Kriegsfilm zu denken. Wie schon gesagt wurde: viele dieser Situationen entstehen aus Kriegs- oder Nachkriegssituationen. Also ein Kriegsfilm über Gewalt an Frauen, Gewalt, die sie nur aufgrund ihres Status als Frauen erleiden...

**Zuschauerin:** Mich würde noch interessieren, was den traditionellen Hebammen hauptsächlich vermittelt wird, weil die eben nicht die ganzen Mittel haben, die wir hier haben. Was vermittelt man denen also hauptsächlich, was sie an Prävention oder eben an Notfallmanagement machen können? Was dort natürlich sehr anders sein wird als hier bei uns...

**Christine Rebstock:** Also ganz wichtig ist in den Ländern zum einen guter Hygiene-Unterricht. Denn viele Frauen sterben an Infektionen, und Neugeborene ebenso, an Neugeborenen-Infektionen und häufig auch an Tetanus. Und dann habe ich zuerst einmal Kenntnisse über die normale Schwangerschaft und die komplizierte Schwangerschaft vermittelt. Komplikationen in der Schwangerschaft und wie sie damit umgehen können, was sie erkennen müssen und welche Frauen sie weiterschicken müssen in ein Gesundheitszentrum.

Genauso die normale Geburt und wie Risikofaktoren frühzeitig entdeckt werden können. Und wie sie mit Notfällen in der Geburtshilfe umgehen können. Wir wissen ja alle, dass vor allem starke Blutungen während und nach der Geburt des Kindes Todesursache Nummer 1 unter der Geburt sind; wie sie also mit diesen Blutungen umgehen können und die Frau irgendwo hinbringen, wo sie mehr Hilfe bekommt. Und dann natürlich das Wochenbett. Komplikationen im Wochenbett und wie sie die frühzeitig erkennen und behandeln. Das sind die Hauptdinge, die ich gelehrt habe.

**Zuschauer:** Was war denn Ihr Eindruck bzgl. der Medikamente? Waren genügend da? Oder Spenderblut oder gibt es da Mangelerscheinungen?

**Christine Rebstock:** Also traditionelle Hebammen tragen keine Medikamente bei sich...

**Zuschauer:** Nein, das meinte ich nicht, ich meinte prinzipiell, auch in der nächsten Anlauf-Station...

**Christine Rebstock:** In Angola haben wir gleichzeitig eine Frauenklinik unterstützt. Das war in einer Provinz, von der Größe her halb so groß wie Deutschland, die einzige Frauenklinik. Nachdem die Hilfsorganisation langsam abgezogen ist, gab es wenig Medikamente. Die Menschen haben dann die Medikamente auf dem Markt gekauft.

Blutkonserven, ein Labor gab es. Blutkonserven wurden auch bereit gestellt. Die Verwandten konnten spenden. Oder wer keine Verwandte hatte zu spenden, konnte Blut kaufen, dann hat die Armee gespendet. Eine Konserve kostete dort 100 Dollar, das konnte sich selten jemand wirklich leisten.

**Zuschauerin:** Ja, also ganz herzlichen Dank für den Film. Thank you very much for the film.

**Brenda Davis:** Thank you for coming.

**Zuschauerin:** Ich würde gern fragen, was Ihr nach euren Dreharbeiten mitgenommen habt - was man tun kann oder was getan wird, ganz unabhängig von dem Film: was machen die Hilfsorganisationen, was kann man vielleicht sogar von hier aus in Angriff nehmen?

**Brenda Davis:** Also eines unserer Hauptziele war, das Bewusstsein über das Problem zu schärfen, das Wissen darüber möglichst weit zu verbreiten. Es wäre großartig, wenn es vielleicht eine Studentenbewegung und Kampagnen dazu geben würde.

Wir werden in Zukunft auf unserer Homepage auch Wege aufzeigen, wie man die spezifischen Projekte unterstützen kann. Und dann gibt es ja größere Organisationen wie die White Ribbon Alliance und UNFPA die viele Projekte unterstützen; die UNICEF unterstützt eine Menge an Projekten für eine sichere Mutterschaft in Kambodscha, überall in Afrika. So werden wir auf unserer Homepage dann auch diese Links haben, damit Sie die nötigen Informationen bekommen, wenn Sie spenden wollen.

Also die Homepage wird Februar oder März 2012 aktiv sein und es ist [www.sisterdocumentary.com](http://www.sisterdocumentary.com).

**Irene Jung:** Gibt es noch weitere Kommentare oder Fragen....

**Brunhild Schmid** (Hebamme): Ich vielleicht... Also ich habe keine Frage, möchte aber einfach meinen Dank ausdrücken für diesen Film! Und ich finde es ist sehr spürbar, diese Achtsamkeit oder diese Liebe, wie da gefilmt wurde. Was mich wirklich besonders berührt bei diesem Filmfest, da wir ja die ganzen Tage auch sehr damit beschäftigt waren mit unserer hohen Kaiserschnitttrate, mit unseren hohen Interventionsraten in Deutschland: der Bezug zwischen dem, was unsere Themen sind als Hebammen, die wir hier arbeiten und den Kolleginnen aus Ländern dieser Art! Wie krank unsere Gesellschaft ist und diese Spannung wird dadurch nochmal so deutlich aufgezeigt...

**Irene Jung:** Ja, ich habe auch gesagt, das ist eigentlich ein beeindruckendes Beispiel von ungleicher Verteilung auf der Welt, so wie es auch in einem anderen Bezug der Fall ist: wir haben eine Milliarde Hungernde auf der Welt, wir haben eineinhalb Milliarden Übergewichtige auf der Welt. Wir schmeißen hier so viel Essen weg – mit dem Essen, glaube ich, könnten wir drei Mal die Hungernden auf der Welt ernähren! Und gerade so ist es auch mit der Geburtshilfe... Die weltweite Verteilung ist ein Riesenproblem und das drückt sich genauso in der Frage der Geburtshilfe und der Hilfe aus, die Müttern und Babies zugute kommt.

**Zuschauer:** Nun aktuell, wenn man das Wegschmeißen anspricht, dann ist ja ganz aktuell, dass jetzt für 130 Millionen Schweinegrippe-Impfstoffe vernichtet wurden, nur als kurzer Kommentar.

**Brunhild Schmid:** Ja, und woran ich auch denken musste: ich war schon im Amazonas Gebiet bei einem Indianerstamm, der noch sehr traditionell lebt. Das sind gesunde Menschen, gesunde Frauen und sie haben ganz wenig Probleme geburtshilflich, eigentlich haben sie geburtshilflich überhaupt keine Probleme; aber das ist ein kleiner Stamm, der nicht konfrontiert ist mit einer Kriegssituation und es sind einfach gesunde Menschen...

**Irene Jung:** Und relativ isoliert wahrscheinlich.

**Brunhild Schmid:** Relativ isoliert und ohne große medizinische Versorgung; das ist zwar auch ein Problem, aber geburtshilflich haben die kein Problem. Denn wenn eine Bevölkerung gesund und gut ernährt ist, dann ist das nicht wirklich ein großes Problem.

**Irene Jung:** Ja, ich habe mich auch immer gefragt: was wäre denn wohl eine realistische und notwendige Kaiserschnitttrate? Wir haben Beispiele von Professor Rockenschaub in Wien, von Ina May Gaskin, der alternativen Nobelpreisträgerin, und verschiedenen anderen: die haben alle etwas über 1 % an Kaiserschnitten. Aber wir wissen ebenso, dass hier wie in allen industrialisierten Ländern es vor einem Jahrhundert auch viel mehr Notsituationen gab – als die Leute viel schlechter ernährt waren, es viel schlechtere hygienische Verhältnisse gab und insofern nehmen wir an, dass in afrikanischen Ländern auch nicht mit einer Kaiserschnitttrate von 1% auszukommen wäre, weil sie dort eben so schlecht ernährt sind, verschiedene Probleme mit Hygiene haben u.a.m. Deshalb müsste die notwendige Kaiserschnitttrate sicher höher als bei

uns ausfallen, und wie gesagt, 0,2% drückt dann aus, dass dort viele Frauen und auch Babys sterben müssen.

**Christine Rebstock:** Ich denke, man muss bei einem Volk auch betrachten, was es durchgemacht hat. Selbst wenn die Frauen heute eventuell gut ernährt sind, waren sie vielleicht in ihrer Kindheit durch eine Kriegssituation oder Dürresituation chronisch unterernährt und konnten sich körperlich nicht so entwickeln, wie das unter guten Verhältnissen der Fall gewesen wäre, was natürlich auch wieder die Risiken in die Höhe treibt.

**Irene Jung:** Hier ist noch eine Wortmeldung.

**Hedwig von Knorre** (Hebamme): Ja, jetzt wurde schon mehrfach erwähnt, dass das in Nachkriegssituationen gedreht wurde und diesen Zusammenhang, diesen sehr großen Zusammenhang zwischen Krieg und Gewalt gegen Frauen in jeder Form bis zum Punkt, dass so viele von ihnen bei Geburten sterben – diese großen Zusammenhänge finde ich sehr wichtig zu sehen. Man spricht ja heute auch über die transgenerationalen Traumatisierungen durch Kriege und ich fand, als ich die Gesichter angeschaut habe, dass die alle traumatisiert aussahen. Und es wurde ihnen ja sehr erschwert bis unmöglich gemacht, das Kind gleich nach der Geburt wirklich warm zu sich zu nehmen mit all dem nötigen Bonding, was bei uns inzwischen thematisiert wird, nachdem wir so einen langen Weg hinter uns haben, auf dem wir versuchten, uns weiterentwickeln zu können. Das ist bei denen alles noch so fremd, denn sie sind alle noch so in der Vereinzelung verhaftet, die Traumatisierungen mit sich bringen. Und diese Aspekte finde ich zusätzlich zu den medizinischen auch noch wichtig.

**Brenda Davis:** Da bin ich absolut mit einverstanden! In Kambodscha ist der Genozid gerade mal 20 Jahre her und es gibt enorm viel Arbeit zu tun. Und es wird viel Arbeit gemacht, in Sachen Infrastruktur und Bildung aber es bleibt noch viel zu tun! Auch in Äthiopien mit dem Hunger und dem Zivilkrieg in den 80iger und 90iger Jahren.

**Irene Jung:** Da gibt es noch eine Frage.

**Zuschauerin:** Ja, mir ist aufgefallen die Distanz zwischen den Neugeborenen und der Mutter,

was ja in einem Notfallmoment erst mal nicht so wichtig erscheint, aber ich würde euch gerne fragen, wart Ihr auch mal bei einer Geburt dabei, die zu Hause stattgefunden hat, war es da anders?

**Brenda Davis:** Also wir haben keine Hausgeburten gefilmt, wir haben aber einige Geburten in den Geburtszentren gefilmt. Und wir haben dabei auch Bonding gesehen, auch bei einigen der Gesundheitsaktivisten, die wir begleiteten. Aber wir haben ja dann für den Film nur diese drei Gesundheitsaktivisten ausgewählt um eine durchgehende Geschichte erzählen zu können.

Also vielleicht haben Sie bemerkt, der Gesundheitsaktivist benutzt das Wort "salvage" also das Leben von Mutter und Baby "zu retten", und daran wird auch deutlich, was für eine Notfallsituation das ist: wenn die Frau und das Kind noch zu Hause im Dorf wären, wären sie tot. Auch wenn das Baby vielleicht geboren würde, die Leute im Dorf wüssten nicht, wie man es wiederbeleben könnte. Deshalb sprechen wir von kriegsähnlichen traumatischen Situationen, es sind krasse Realitäten.

**Irene Jung:** Wenn jetzt keine weiteren dringenden Fragen offen sind, würde ich hier das Gespräch beenden und Ihnen ganz herzlich danken, dass Sie gekommen sind und teilgenommen haben am Film und am Gespräch. Ganz besonderen Dank an Brenda und Alexandra dafür, dass sie zu uns gekommen sind und diese Tage mit uns verbringen, ebenso an Christine, dass sie uns zur Seite gestanden hat mit ihren Erfahrungen, die sie in Afrika gesammelt hat.

\* "Gesundheitsaktivist" soll eine Funktion beschreiben von Beschäftigten im Gesundheitswesen, die normalerweise keine Ärzte sind, jedoch für Notfallmaßnahmen spezifisch geschult worden sind, so dass sie einige ärztliche Funktionen wie chirurgische Eingriffe bei Kaiserschnittgeburten kompetent durchführen können. Der Begriff soll auch beschreiben, wie sehr diese Personen sich einem kampagnenähnlichen Engagement für das gesunde Überleben von Müttern und Babys verhaftet fühlen.