

Die Vertikale als optimale Gebärhaltung. Liselotte Kuntner zum 70. Geburtstag

WULF SCHIEFENHÖVEL

Zusammenfassung Das in 2.000 Jahren abendländischer Philosophie immer wieder neu formulierte Konzept des Menschen als biologisches Mängelwesen, das zur Bewältigung des Seins der Kultur als Krücke bedarf, ist nach wie vor wirksam, auch und gerade in der Medizin. Das Gebären wird trotz gegenteiliger Bekundungen meist nicht als primär natürlicher, im Verlauf einer langen Evolution optimierter Vorgang angesehen, sondern als interventionsbedürftig. Besonders deutlich wird diese Position in der rezenten und dramatischen Zunahme des „Wunschkaiserschnitts“ als Lifestyle Entscheidung. Und doch haben Liselotte Kuntners zahlreiche Arbeiten zur Geburt stets die Eigensteuerung dieses faszinierenden Vorgangs betont. Sie ist eine der Protagonistinnen der Vertikalen als der natürlichen Gebärhaltung und hat mit dem von ihr maßgeblich entwickelten Maia-Geburtshocker die Praxis in unseren Kliniken und Gebärhäusern wesentlich mitgestaltet.

The Vertical Position as Perfect Birthing Position. The 70th Birthday of Liselotte Kuntner

Abstract The concept of humans as biologically defective beings, who need, to master life, culture as a crutch, has been repeatedly formulated in occidental philosophy since 2,000 years. It is still influential, also, and especially so, in medicine. Giving birth is, despite common statements, not generally seen as a natural process which has been optimized during hominid evolution, but as needy of intervention. This position becomes particularly obvious in the recent drive towards elective caesarean section as a life-style decision. However, Liselotte Kuntner's numerous publications about birthing have always stressed the self-regulation of this most fascinating event. She is one of the main scholars stressing that vertical birthing postures are the most natural positions. To a considerable degree Kuntner has helped to shape the practices of birth in hospitals and birthing homes through the Maia Stool co-developed by her.

Keyword (Schlagwörter) birth (Geburt) – vertical birthing positions (vertikale Gebärhaltungen) – evolutionary biology (Evolutionsbiologie) – adaptations (Anpassungen) – elective caesarean section (Wunschkaiserschnitt) – co-sleep – SIDS, Sudden Infant Death Syndrome (plötzlicher Kindstod)

Einführung

Die Geburt, insbesondere beim Menschen, ist ein hoch komplexer Vorgang. Wie andere wesentliche Prozesse im Reich des Lebendigen, beeinflusst sie unmittelbar die Existenz sowie die somatische und psychomentele Gesundheit der Nachkommen: die „Währung des Lebens“. Die Geburt wurde in den vielen Millionen Jahren der Entwicklungsgeschichte des Menschen so perfekt, wie es der Evolution möglich war, an die sie konstituierenden besonderen Bedingungen angepaßt.

Diese Überzeugung steht in klarem Gegensatz zu einem philosophisch-anthropologischen Konzept, dass die westlichen Kulturen, und damit auch die Geburtshilfe, sehr stark beeinflusst hat: das Bild des Menschen als Mängelwesen (Schiefenhövel 2003). Trotz der klaren Defizite dieses Konzepts wirkt es weiter. Mittlerweile beschert es uns, nach dem Motto „Technik ist besser als Natur“, den Wunschkai-



Liselotte Kuntner

serschnitt (vgl. DELIUS & KNEUPER 2004) und den Kampf gegen den gemeinsamen Schlaf von Mutter und Kind (s.u.).

Liselotte KUNTNERs Arbeiten waren stets frei von dieser Vorstellung, dass *Homo sapiens* eine Fehlkonstruktion sei und zum Überleben der Krücke der Kultur und ihrer Erfindungen bedürfe, etwa einer generellen invasiven obstetrischen Technik. Sie hat das Gebären als einen zutiefst natürlichen Vorgang gesehen, für den gerade auch beim Menschen eine ganze Reihe sinnvoller Anpassungen festgestellt werden können. Sie hat somit ihre weit hin beachteten medizinhistorischen, ethnomedizinischen und physiotherapeutischen Ansätze auch auf einen evolutionsbiologischen Grund gestellt (KUNTNER 2004). Dieser Beitrag behandelt vor allem jene Aspekte des Gebärverhaltens, die mit den phylogenetisch entstandenen besonderen Bedingungen der menschlichen Geburt in Zusammenhang stehen.

Bipedie und großer Kopf: Zwei Grundprobleme der menschlichen Geburt

Die menschliche Geburt ist deutlich komplizierter als die Geburt bei Tieren, und zwar hauptsächlich aus zwei Gründen: der im Verlauf der Hominisation entstandenen Zweibeinigkeit und des für Primaten, relativ zur Körpergröße gesehen, ungewöhnlich großen Gehirns.

Infolge der Bipedie lastet das ganze Gewicht auf unserem Becken und wird nicht auf zwei Trage-Elemente verteilt, wie es bei fast allen vierbeinigen Tieren der Fall ist. Die Konsequenz dieses konstruktiven Wandels ist, daß das menschliche Becken stabiler, starrer und verwindungssteifer ist als bei den Tieren, weil es in der Lage sein muß, 100% des Körpergewichtes tragen und bewegen zu können – noch dazu, beim Laufen, Springen und Hüpfen, auf einem Bein.

Interessanterweise ist die Evolution nicht den Weg einer deutlichen Vergrößerung des Beckenkanals gegangen. Man könnte sich vorstellen, dass nur ein Zentimeter mehr an der engsten Stelle (*Conjugata vera*) und den anderen für die Geburtshilfe wichtigen Beckenmaßen das Gebärproblem für die *Homo sapiens* Frauen leicht hätten lösen können. Ein paläoanthropologischer Vergleich zeigt, dass ein solcher wesentlicher Skeletumbau nicht stattgefunden

hat. Die Zeitgenossinnen der „Venus von Willendorf“ hatten kein breiteres Becken als ihre Vorläuferinnen, die ungefähr 100.000 Jahre vor ihnen gelebt haben, sie hatten vielmehr einen Körperbau wie heutige Frauen in Hamburg oder München - von denen ja auch einige etwas akzentuiertere geschlechtstypische Fettanlagerungen im Bereich von Hüfte und Gesäß aufweisen.

Offenbar war ein deutlich breiteres Becken funktional nicht mit den Lebensbedingungen vereinbar, unter denen die frühen Menschenfrauen lebten, nämlich als Sammlerinnen, die pro Tag bis zu 20 und 30 km zurücklegen mussten. Ihr sehr effizienter zweibeiniger Gang war, so kann man schließen, nicht mit einem breiteren Beckengürtel zu bewerkstelligen. Möglicherweise haben auch Mechanismen der sexuellen Selektion eine Rolle gespielt: Vielleicht mochten Steinzeitmänner schlankere Frauen lieber als solche mit super-size Becken.

Auch der menschliche Damm, das Perineum, muss widerstandsfähiger sein als das unserer Verwandten im Tierreich, weil es den sicheren Verschluss des Beckenausgangs zu leisten hat. Sonst könnte es bei der hohen Gewichtssäule zum Prolaps des abdominalen Inhalts kommen, insbesondere von Blase und Uterus. - Das mit der Bipedie verknüpfte statisch-konstruktive Grundproblem entstand bereits bei *Homo erectus*, also vor ungefähr 2 Millionen Jahren.

Nach dieser Phase unserer Stammesgeschichte begann die enorme Größenzunahme des Gehirns und damit des Schädels. Menschen müssen, dass ist offenbar im Verlauf der Menschwerdung eine unveränderbare Grundbedingung gewesen, als Babys mit sehr großen Köpfen geboren werden, um später als Erwachsene all die mentalen und emotionalen Leistungen vollbringen zu können, derer unsere Spezies fähig ist.

Eine clevere Idee ist jene, die bei den Beuteltieren zur evolutionären Entfaltung kam: als winziger Embryo geboren werden und den Rest der Fetalzeit im Beutel verbringen, angedockt an die mütterlichen Brust. Der Schritt zurück in diese elegante Lösung war der Gattung *Homo* versperrt, die Entwicklung der Säugetiere war bereits lange vor dem Erscheinen besonders leistungsfähiger Gehirne in Richtung Placentalia (*Eutheria*) gegangen.

Die Natur hat die beiden das menschliche Gebären schwierig machenden und in ihrer Auswirkung beträchtlichen Grundprobleme, eben jene, die sich

aus der Bipedie und dem großen Schädel ergeben, auf vielfältige und sehr ingenieure Art und Weise gelöst. Dazu zählen folgende spezielle Anpassungen, die sich bei Menschenfrauen und ihren Neugeborenen ergeben haben:

- Lockerung der Symphyse (das einzige nicht-knöcherner, sondern als Faserverbindung realisierte Konstruktionselement im Beckenring) und der Iliosakralgelenke in der letzten Phase der Schwangerschaft; auf diese Weise erweitert sich der knöcherner Geburtskanal um ca. 6 - 9 mm (LIERSE 1988)
- Weitere Raumvergrößerungen im knöchernen Becken durch Winkelverstellungen einzelner Elemente (Nickbewegungen, vgl. TANZBERGER 2004)
- Verschieblichkeit der Schädelplatten wegen der erst später erfolgenden Verknöcherung der Suturen und der offenen sechs Fontanellen
- Physiologische Frühgeburtlichkeit – wohl eine der klügsten Erfindungen der Natur bei der Hervorbringung des Menschen

Bei Tieren, auch bei den infrahumanen Primaten, erfolgt die Geburt, wenn die fetale Wachstumsrate des Gehirns abflacht. Beim Menschen steigt diese Kurve bis etwa zum 21. Monat steil an; jetzt erst wäre der „richtige“ Zeitpunkt für das Gebären. Doch dann würde kein Neugeborenes mehr durch den Beckenkanal passen. Die Evolution hatte eine intelligente Lösung parat: die physiologische Frühgeburtlichkeit, von Adolf PORTMANN zum ersten Mal formuliert (1941) – einem Landsmann von Lilo Kuntner aus dem für die Geschichte der Wissenschaft fruchtbaren Dreiländereck um Basel. Das Prinzip beinhaltet den biologische Befehl: „Werde nach neun und nicht nach einundzwanzig Monaten geboren!“ Dieses typische Merkmal des menschlichen Säuglings hat eine wichtige Konsequenz jenseits der geburtshilflichen Aspekte: Die physiologische Frühgeburtlichkeit macht das Menschenkind zum ausgeprägten sekundären Nesthocker. Die elterliche, insbesondere die mütterliche Fürsorge um das so unreife und verletzte Neugeborene muss besonders intensiv sein. In der emotionalen Sicherheit des engen Körperkontaktes erfährt der menschliche Tragling (HASSENSTEIN 1973) die notwendigen komplexen Stimuli, mit denen er als „bester Lerner der Welt“ sein Gehirn füttern muss. So, sich immer dort befindend, wo die Mutter und andere Menschen sind, kann er die Kultur, in der er auf-

wächst, verinnerlichen. – Ohne die anatomischen Gebärprobleme wären wir wohl nie richtige Menschen geworden.

Beiträge Lilo Kuntners zur Diskussion um die menschliche Geburt

Am 8.12. 1978, einem Tag mit „Blitzzeit“ (vgl. KUNTNER 2002: 77) und komplett zusammengebrochenem Verkehr, hielt Liselotte Kuntner bei der IV. Internationalen Fachkonferenz der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin im Tagungsraum des damals noch als akademische Einrichtung voll funktionierenden Instituts für den Wissenschaftlichen Film in Göttingen einen Vortrag zum Thema „Über die Lage und Stellung der Frau während der Geburt bei verschiedenen Völkern“ (KUNTNER 1983). Für viele von uns ethnomedizinisch Arbeitenden war das die erste Begegnung mit ihr. Heinz Kirchhoff, derjenige unter den deutschen Geburtshelfern, der sich der Diskussion um die optimale Gebärposition geöffnet und sie wesentlich mitbestimmt hatte (KIRCHHOFF 1977, 1979; vgl. SCHIEFENHÖVEL 1985) hielt den Festvortrag „Die gebärende Frau. Ein historischer Überblick“ (Zusammenfassung in KIRCHHOFF 1983). Er hatte in den Jahren zuvor auch die exemplarische Sammlung zum Themenfeld Muttergottheiten, Schwangerschaft und Geburt erstellt. Sie wurde später der Öffentlichkeit zugänglich gemacht und ist heute im Foyer der Universitätsfrauenklinik in Göttingen ausgestellt. Es waren, so kann man aus der Rückschau sagen, und so hat es Lilo Kuntner empfunden (KUNTNER 2002), charismatische drei Tage, die Folgen gehabt haben: den in dritter Auflage vorliegenden und immer noch nachgefragten *curare*-Sonderband 1 bzw. 8 (SCHIEFENHÖVEL & SICH 1983, 1986; bzw. SCHIEFENHÖVEL, SICH & GOTTSCHALK-BATSCHKUS 1995) und viele nachhaltige Querverbindungen zwischen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern.

In ihrem 1985 erschienen Buch „Die Gebärhaltung der Frau. Schwangerschaft und Geburt aus geschichtlicher, völkerkundlicher und medizinischer Sicht“ führte Lilo KUNTNER verschiedene Aspekte zusammen und legt einen mit vielen Illustrationen angereicherten Band vor, der nicht nur anatomisch-obstetrische Betrachtungen enthält, sondern das Gebären in einen entwicklungspsychologischen und evolutionsmedizinischen Zusammenhang stellt, in-

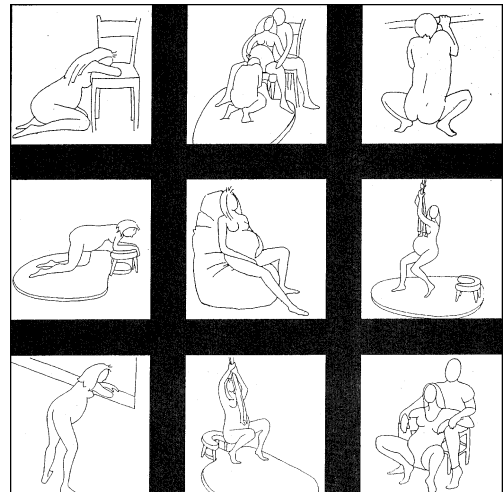
dem sie z.B. fordert: „Die natürliche und seelische Einheit von Mutter und Kind ist unmittelbar nach der Geburt durch gemeinsame Unterbringung in einem Zimmer zu gewährleisten, wie auch durch frühes Stillen und Stillen nach Bedarf.“ (op.cit.: 200-201).

NARROLL (1961), ATWOOD (1976), KIRCHHOFF (1977), ROBERTS (1980) und andere hatten darauf hingewiesen, dass die Vertikale die in den Kulturen der Welt am weitesten verbreitete, ja in traditionellen Kulturen fast ausnahmslos gewählte Gebärposition ist. Natürliches Gebären ist durch zwei wesentlich Konstituenten gekennzeichnet: 1. die Vertikale und 2. die soziale Einbettung des Geburtsgeschehens. Unsere eigenen Arbeiten bei den Eipo (SCHIEFENHÖVEL 1980, 1983, 1988, SCHIEFENHÖVEL G. & W. 1978) bestätigen diese Einschätzung.

In der nach wie vor andauernden Diskussion um optimale Formen des Gebärens hat die Klinikgeburtshilfe, sowohl im deutschen Sprachraum als auch in den westeuropäischen und nordamerikanischen Ländern, wichtige evolutionäre Elemente inzwischen aufgenommen und teilweise umgesetzt (vgl. ELDERING & GUTKE 1995, SCHIEFENHÖVEL & SCHIEFENHÖVEL-BARTHEL 1999). Zusammen mit Blanca Landheer und Louise Daemen entwickelte Lilo Kuntner den „Maia“-Gebärhocker (KUNTNER 1991), der mittlerweile in vielen Gebärräumen Europas zu finden ist und im Deutschen Hygiene Museum in Dresden¹ einen festen Platz hat².

In einer rezenten Publikation (2004: 180-181) fasst Lilo Kuntner die Vorteile der vertikalen Gebärhaltung so zusammen:

- Streckung des Geburtskanals (Tiefertreten des Köpfchens wird erleichtert), Erweiterung seines sagittalen Durchmessers um 1,5 cm, des Beckeneingangs um 0,5, des Beckenausgangs um 1,5 cm; optimale Beweglichkeit des Beckens
- gutes Zusammenspiel von beckenaußwärts treibender Muskelkraft und Schwerkraft; erleichterte Muttermundöffnung; Eröffnungsperiode und Gesamtdauer der Geburt werden verkürzt
- Uteruskontraktionen sind stärker, regelmäßiger und häufiger; Wehen können durch Umhergehen und Wechseln der Körperposition besser verarbeitet werden; Schmerzempfindungen werden durch Verhaltensänderungen gemindert
- Bessere Entspannung in den Wehenpausen (weniger Medikamente erforderlich)



Maia-Gebärhocker

oben: Der Maia-Hocker ist bei Hausgeburten gut einsetzbar. Man beachte auch den dazugehörigen Seilzopf mit dem Knoten, an dem die Gebärende sich festhalten kann.

unten: Illustration aus einem Prospekt für den Hocker.

- physiologische Dehnung des Beckenbodens (weniger Dammrisse bzw. Indikationen für Episiotomie)
- die Gebärenden können aktiv und leistungsfähig sein; gute Kontrolle über ihren Körper, Bauchpresse effektiver
- Vena-cava-Kompressionssyndrom wird verhindert (durch nach vorne geneigte, abgestützte Körperhaltung)
- Atmung der Gebärenden wird verbessert (Erhöhung des Lungenvolumens um 10%, Kreislaufstörungen seltener, bessere Durchblutung der Plazenta, fetal distress wird verhindert/bessere Aggar-Werte)
- Ausschüttung von Prostazyklin und Endorphin wird begünstigt
- Körperkontakt mit helfenden Personen leichter und intensiver, dadurch Ausschüttung von Endorphin und Oxytozin
- Erleichterung des ersten visuellen Kontaktes mit dem Kind und damit des Bonding.

Besonders hat mir immer Lilos Argument eingeleuchtet, daß aus Gründen der Sensomotorik die Vertikale die Position für aktives Gestalten unserer körperlichen Haltungen und Bewegungen ist, nur in aufrechter Haltung können wir uns „vom Körper aus orientieren“ (KUNTNER 2004: 176). Die Horizontale dagegen ist die Lage für Passivität, und gerade die können die Gebärenden nicht gebrauchen. Es sei denn, wie es ja vielfach und verständlicherweise geschieht, sie hätten beim Betreten der Klinik die Kontrolle über ihren Körper abgegeben – weil sie sich wegen der so empfundenen Gefährlichkeit des Geburtsgeschehens in die Hände von Fachleuten begeben möchten. Die „entbinden“ dann ihre Kinder.

Carlos MENDEZ-BAUER, einer der Vertreter der spanisch-südamerikanischen Schule der Obstetrik, die in den 70er und 80er Jahren bahnbrechende Untersuchungen zur Effizienz der Uteruskontraktionen durchführten und diese in „Madrid-“ und „Montevideo-Einheiten“ maßen, war einer der Vortragenden bei der Tagung in Göttingen (MENDEZ-BAUER *et al.* 1983). Hier wurden, im Gefolge von CALDEIRO-BARCIA *et al.* (1960), sorgfältig erhobene Daten präsentiert, die die Vorteile vertikaler Gebärpositionen und insbesondere den Wechsel zwischen ihnen klar belegten. Die klassische Geburtshilfe hat jedoch kaum Notiz davon genommen. Lilo KUNTNER lenkt in ihren Arbeiten das Augenmerk auf die Un-

tersuchungen und die Dokumentation des brasilianischen Arzt M. PACIORNIK (vgl. PACIORNIK & PACIORNIK, Film/Video), doch auch er ist, soweit ich es überblicke, von der klassischen Geburtshilfe wenig rezipiert worden.

Lilo Kuntners Arbeiten hingegen haben weite Beachtung gefunden. Es dürfte wenig deutschsprachige und europäische Hebammen geben, die ihre Untersuchungen und ihre Botschaft nicht kennen. Ein vom Bund der deutschen und von jenem der schweizerischen Hebammen herausgegebenes Falblatt zum Gebärverhalten der Frau ist in etliche Sprachen übersetzt worden.

Schlußbetrachtung

Seit kurzem gibt es eine teilweise martialisch geführte Diskussion um den sogenannten „co-sleep“. In den Niederlanden werden TV-Spots ausgestrahlt, die in ernstem Ton vor den tödlichen Folgen des gemeinsamen Schlafs von Mutter und Baby warnen, weil einige Untersuchungen (vgl. CARPENTER *et al.* 2004) eine Korrelation von „bedding-in“ und plötzlichem Kindstod (SIDS) gefunden haben. Die natürlichste nächtliche Säuglingsfürsorge wird diskreditiert, weil es vorkommt, dass Babys plötzlich sterben, wenn Erwachsene mit ihnen im Bett liegen. In die Stichproben werden allerdings nicht nur Mütter einbezogen, die ohne Zweifel aufgrund biopsychischen, evolutionär gewordenen „Tunings“ mit einem geschärften Sensorium auf das normal geborene nun neben ihnen schlafende und wiederholt an der Brust trinkende oder nuckelnde Kind eingestellt sind. Es ist hier nicht der Ort, auf diese Problematik und ihre Handhabung durch Mediziner und Epidemiologen auf der einen sowie durch Hebammen, Stillberaterinnen und Schlafforscher auf der anderen Seite einzugehen.

Die fatalen Konsequenzen der Bauchlage, die noch bis vor einem Jahrzehnt als besonders fortschrittlich gepriesen und von Müttern in der ganzen entwickelten Welt angewendet wurde – sogar von Maori Müttern in Neuseeland, wo besonders hohe Prävalenzraten an SIDS zu verzeichnen waren – ist heute als eine Ursache für den plötzlichen Kindstod erkannt worden: als Irrtum der Pädiatrie - wo wir doch meinen, unsere wichtigen Entscheidungen für die Gesundheit unserer Kinder und unserer selbst auf randomisierte kontrollierte Doppelblindstudien

gründen zu können, die durchaus in anderem Zusammenhang ihre Berechtigung haben. Alle Babys kamen schnell wieder in die Rückenlage, wie wir sie in fast allen traditionellen Kulturen finden. Doch die zweite Hälfte der jetzt noch immer zu beklagenden SIDS-Fälle ist immer noch nicht wirklich erklärt. Vorläufig verbietet man den Müttern den gemeinsamen Schlaf mit ihrem Kind. Der, so die evolutionsmedizinisch gut begründete Annahme, wahrscheinlich ganz im Gegenteil Säuglinge vor dem „Krip-pentod“ (welch symbolischer Terminus!) retten kann.

Zum selben Zeitpunkt bereiten die Geburtshelfer sich darauf vor, den Großteil der Gebärenden mittels Kaiserschnitt zu entbinden. Die entsprechende Life-style Entscheidung wird den Schwangeren mit Hinweis auf drohende Inkontinenz und andere schreckliche Folgen der vaginalen Geburt nahegelegt. Moden ziehen ihre Sinuskurven im Verlauf der kulturellen Evolution, bisweilen kehren sie aber nicht, wenigstens für Augenblicke, in die vernünftige, aber flüchtige Mittellage zurück, sondern schlagen Volten und erreichen dann Points-of-no-return. Ein solcher Punkt scheint mir seit einigen Jahren erreicht. Wenn Frauen aus Angst um eine „ausgeleitete Scheide“ (so eine typische Argumentation) die Sectio wählen, in offensichtlicher Unkenntnis der erstaunlichen Kontraktionskraft der organischen Vaginalmanschette, werden bald kaum mehr Hebammen, Ärztinnen und Ärzte da sein, die wissen, wie man eine halbwegs natürliche Geburt leitet. Dann, dem Vorbild der Life-style Ikonen aus der Glamourwelt folgend, wird der Siegeszug der Techno-Obstetrik vollkommen sein und vaginale Geburten werden nur mehr bei Hausgeburten in einigen isolierten Gebieten auf dieser Welt stattfinden, wo die Erste Welt noch keinen Zugang gefunden hat. In allen Krankenhäusern Ost- und West-Neuguineas ist jetzt bereits die Rückenlage als obsoletes Exportgut der neue schlechte Standard geworden. Und so ist es in anderen Teilen der Welt³.

Es ist Zeit, die Irrtümer des Zeitgeistes zu benennen und die Entwicklung umzudrehen. Lilo KUNTNER hat das Ihre dazu beigetragen, die Vertikale als natürliche und selbstverständliche Gebärhaltung durchzusetzen. Es ist ihr wie allen anderen, die daran beteiligt waren, bisher nur mit mäßigem Erfolg gelungen. Das liegt am Modencharakter kultureller Entwicklungen, die eben oft nicht einsichtsbetont, sondern irrational erfolgen. Möglicherweise, und

auch nur dann, wenn der Wunschkaiserschnitt nicht Standard wird, besinnen sich Medizin und Gesellschaft und wählen für das Gebären jene Positionen, die die Evolution dafür vorgesehen hat. Im Gegensatz zur Hausgeburt, die ja deutlich unter einem Prozentpunkt liegt in Deutschland, aber eine durchaus verantwortbare Weise des Gebärens ist (SACK 1990), könnte die Vertikale den Durchbruch und ihren Weg in alle Kliniken der Welt vielleicht doch noch schaffen.

Zuvor jedoch muss das Staunen vor dem Wunder des organischen Lebens, seinen evolutionär bestens ausgetesteten filigranen Steuerungsmechanismen endokrinologischer, biochemischer, physiologischer, neuroanatomischer und biopsychologischer Natur wieder Einzug halten in Medizin und Krankenhäuser. Lilo KUNTNER hat dafür gearbeitet und, wie die Rezeption ihrer Publikationen und Vorträge zeigt, viele Hebammen und Schwangere überzeugt. Jetzt geht es darum, jene zu erreichen, die dem natürlichen Gebären noch skeptisch gegenüber stehen, und darum, ihnen verständlich zu machen, daß der zentralste Vorgang menschlichen Werdens dann am ungefährlichsten bleibt und sich am besten entfaltet, wenn er seiner evolutionären Natürlichkeit überlassen bleibt. Es war eine konsequente Geste, daß die Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin Liselotte Kuntner auf ihrer 20. Mitgliederversammlung anlässlich der 18. Fachkonferenz Ethnomedizin in der Ayurveda-Klinik am 19.10.2005 in Kassel zu ihrem Ehrenmitglied ernannt hat.

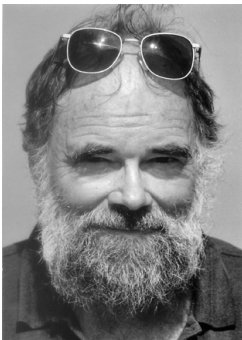
Anmerkungen

1. Anlässlich der 17. Fachkonferenz Ethnomedizin vom 3.-5. 12. 2004 im Deutschen Hygienemuseum Dresden referierte L. Kuntner zum Thema „Medizin-Transfer am Objekt: Der Maia-Gebärhocker (Exponat in der ständigen Ausstellung des DHMD)“.
2. Meine Doktorandin Ursula HELLE hat in ihrer Untersuchung zeigen können (1999), daß die durch diesen Hocker ermöglichte Gebärhaltung eine Reihe von wichtigen Vorteilen erbringt.
3. L. Kuntner berichtete an ihrem Einführungsreferat „Gebärhaltung im Wandel – am Beispiel von Geburt und Nachgeburt. Ethnomedizinische Perspektiven“ auf der 17. Fachkonferenz Ethnomedizin in Heidelberg vom 12.-14. 12.2003, dass im Sénégäl eine Gesetzesvorlage vorbereitet werden soll, nach der Geburtsstellungen nur in Rückenlage durchgeführt werden dürften.

Literatur

- ATWOOD R.J. 1980. Positions d'accouchement et compartements s'y rattachant. In Rapoport D. (Ed). *Corps de Mère corps d'enfant*. Paris: Editions Stock: 73-124
- CALDEYRO-BARCIA R., NORIEGA-GUERRA, F., CIBILES L., ALVAREZ H., POSEIRO J.J., POSE S.V., SICA-BLANCO, Y., MENDEZ-BAUER C., FIELITZ C., CONZALEZ-PANIZZA H. 1960. Effect of position changes on the intensity and frequency of uterine contraction during labor. *American Journal of obstetrics and gynaecology* 80,2: 284-290
- CARPENTER R.G., IRGENS L.M., BLAIR P.S., ENGLAND P.D., FLEMING P., HUBER J., JORCH G. & SCHREUDER P. 2004. Sudden infant death in 20 regions of Europe: case control study. *Lancet* 363: 185-191
- DELIUS M. & KNEUPER E. 2004. Medical Anthropology in Europa. *curare* 27, 1+2: 101-114
- ELDERING G. & GUTKE A. 1973. Entwicklung der alternativen Geburtshilfe am Beispiel der Frauenklinik Bensberg. In *Alternativen der klinischen Geburtshilfe*. München: Mar-seille.
- HASSENSTEIN B. (Hg) 1973 u. weitere Aufl. *Die Verhaltensbiologie des Kindes*. München: Piper
- HELLE U. 1999. *Vergleichende Untersuchung von Geburten auf dem Maia Hocker und im Gebärbett*. Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung
- KIRCHHOFF H. 1977. The woman's posture during birth - from Prehistoric times to the present. *Organorama* 14: 11-19.
- 1979. Die Gebärhaltung der Frau von der Prähistorie bis auf den heutigen Tag. *Gynäkologische Praxis* 3: 203-223
- 1983. Die Geburt in senkrechter Körperhaltung - kulturhistorische Anmerkungen und mögliche geburtshilfliche Vorteile. In SCHIEFENHÖVEL W. & SICH D. (Hg), a.a.O.: 93-94
- KUNTNER L. 1978. Über die Lage und Stellung der Frau während der Geburt bei verschiedenen Völkern und mögliche Anwendungen in der modernen Geburtsmedizin. *Krankengymnastik* 30: 51-64
- 1983. Die Gebärhaltung der Frau. In SCHIEFENHÖVEL, W. & SICH D. (Hg), a.a.O.: 81-92
- 1985, 4. Aufl. 1994. *Die Gebärhaltung der Frau. Schwangerschaft und Geburt aus geschichtlicher, völkerkundlicher und medizinischer Sicht*. München: Marseille
- 1991(2). *Neue Erkenntnisse und Ansichten über die Gebärhaltung. Der Gebärhocker Maia*. München: Marseille
- 1995. Geburtshilfe außerhalb des Krankenhauses in traditionellen Gesellschaften. In SCHIEFENHÖVEL, W. SICH, D & GOTTSCHALK-BATSCHKUS, CH. (Hg). *Gebären – ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege*. (curare-Sonderband 8). Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung: 127-138
- 1997. Frauengesundheit und Geburtssysteme. In GOTTSCHALK-BATSCHKUS, CH., SCHULER, J. & IDING D. (Hg) *Frauen und Gesundheit. Ethnomedizinische Perspektiven*. (curare Sonderband 11). Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung
- 1997. Geburt und Mutterschaft in verschiedenen Kulturen. In ALBRECHT-ENGEL I. (Hg). *In Wellen zur Welt. Traditionelles Wissen über Schwangerschaft und Geburt*. Stuttgart + NaturaMed Neckarsulm: Hampf.
- 2000. Geburt und Mutterschaft im Kulturvergleich. In *Gebärhaltungen im Wandel. Kulturhistorische Perspektiven und neue Zielsetzungen*. (Faltblätter). Marburg: Jonas Verlag
- 2002. Aufzeichnungen über die Gebärhaltung der Frau. *curare* 25, 1+2: 67-73 (reprint aus *curare* 3,2(1980) 89-96).
- 2002. Ergänzungen zu „Aufzeichnungen über die Gebärhaltung der Frau“. *curare* 25, 1+2: 75-77.
- 2004. Das Gebärverhalten der Frau - Ethnomedizinische Betrachtungen. In TANZBERGER R. et al. (Hg), a.a.O.: 174-182
- LIERSE W., STEGNER H.E., LASSRICH M.A. & RICHTER E. 1988. Becken in der Schwangerschaft und das Neugeborene. Band 2, Teil 8B. In LANZ T.V. & WACHSMUTH W. (Hg). *Praktische Anatomie. Ein Lehr- und Hilfsbuch der anatomischen Grundlagen ärztlichen Handelns*. Heidelberg: Springer.
- MENDEZ-BAUER, C., ARRAYO, J., ROBERTS, J. 1983. Vorteile und Nachteile verschiedener mütterlicher Stellungen während der Geburt. In SCHIEFENHÖVEL W. & SICH D. (Hg), a.a.O.: 77-80
- NAROLL F., NAROLL R. FORREST H.H. 1961. Position of women in childbirth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 76,4: 706-715.
- PACIORNIK C. & PACIORNIK M. (o.J.). *Birth in the Squatting Position*. Boston, Mass.: Polymorph Films.
- PORTMANN A. 1941. Die Tragezeiten der Primaten und die Dauer der Schwangerschaft beim Menschen: Ein Problem der vergleichenden Biologie. *Revue Suisse de Zoologie* 48:511-518
- ROBERTS J.E. 1980. A perspective of maternal position during labor. *Journal of Perinatal Medicine* 8: 255-264
- SACK A. 1990. *Verlauf von 855 Hausgeburten im Münchner Raum von 1981 bis 1987*. Dissertation, Medizinische Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität zu München
- Schiefenhövel, W. 1980. "Primitive" Childbirth—Anachronism or Challenge to "Modern" Obstetrics? In BALLABRIGA A. & GALLART A. (Eds.) *Proceedings of the 7th European Congress of Perinatal Medicine, Barcelona*: 40-49
- 1983. Geburten bei den Eipo. In SCHIEFENHÖVEL W. & SICH D. (Hg), a.a.O.: 41-56
- 1988. *Geburtsverhalten und reproduktive Strategien der Eipo – Ergebnisse humanethologischer und ethnomedizinischer Untersuchungen im zentralen Bergland von Irian Jaya (West-Neuguinea), Indonesien*. Berlin: Reimer.
- 1985. Heinz Kirchhoff zum 80. Geburtstag. *curare* 8,4: 260.
- 2003. Mängelwesen Homo sapiens? – Vom Menschenbild in Anthropologie und Medizin. In HINTERHUBER H., HEUSER M. P. & MEISE U. (Hrsg.). *Bilder des Menschen. Das Menschenbild der Psychiatrie, der Medizin, der Religion und Künste, der Kultur- und Sozialwissenschaften*. Innsbruck: Verlag Integrative Psychiatrie: 141-146
- 2004. Human Birth: Evolutionary and Crosscultural Perspectives. *Lide mesta/Urban People* (revue pro antropologii, etnologii a etologii komunikace, Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, Praha) 14,2: 57-72
- SCHIEFENHÖVEL G. & SCHIEFENHÖVEL W. 1978. Eipo, Irian Jaya (West-Neuguinea). Vorgänge bei der Geburt eines Mädchens und Änderung der Infantizid-Absicht. Begleitpublikation zu Film HF 70 des Humanethologischen Filmarchivs der Max-Planck-Gesellschaft. *Homo* 29,2: 121-138
- SCHIEFENHÖVEL W. & SCHIEFENHÖVEL-BARTHEL S. 1999. Das menschliche Leben zwischen Werden und Vergehen. In BROCKHAUS-REDAKTION (Hg). *Brockhaus Mensch, Natur, Technik. Phänomen Mensch*. Leipzig u. Mannheim: R.A. Brockhaus: 23-91
- SCHIEFENHÖVEL W. & SICH D. (Hg) 1983. *Die Geburt aus ethnomedizinischer Sicht. Beiträge und Nachträge zur IV. internationalen Fachkonferenz der Arbeitsgemeinschaft*

- Ethnomedizin über traditionelle Gynäkologie und Geburtshilfe.* (curare Sonderband 1/1985). Braunschweig, Wiesbaden: Vieweg
- SCHIEFENHÖVEL W., SICH D & GOTTSCHALK-BATSCHKUS CH. (Hg) 1995. *Gebären – ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege.* (curare Sonderband 8). Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- TANZBERGER R. 2004. Beckenboden und Beckenring in der Schwangerschaft und unter der Geburt. In TANZBERGER *et al.*(Hg), a.a.O.: 182-192
- TANZBERGER R., KUHN A. & MÖBS G. 2004. *Der Beckenboden – Funktion, Anpassung und Therapie. Das Tanzberger Konzept.* München/Jena: Urban & Fischer.



Wulf Schiefenhövel, Jg.1943, Prof. Dr. med., Leiter der Gruppe Humanethologie am Max-Planck-Institut in Andechs. Regelmäßige Lehrtätigkeit (Humanethologie, Ethnomedizin, evolutionäre Medizin) an den Universitäten München, Innsbruck, Bukarest, Debrecen und Groningen. Thematische Schwerpunkte: Sexualität und Reproduktion, Geburt, frühe Kindheit, nonverbale Kommunikation, Aggression und Aggressionskontrolle, Ethnobotanik und kognitive Anthropologie. Fellow der Wissenschaftskollegs in Berlin, Budapest und Bielefeld (ZfF), Vizepräsident der Gesellschaft für Anthropologie (GfA) und der International Society for Human Ethology (ISHE), Mitbegründer des Humanwissenschaftlichen Zentrums der Universität München. War von 1975 - 1986 erster Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin. Er führt seit 1965 Feldforschungen in Ost- und West-Neuguinea (Eipo) durch.

Humanethologie, MPI, Von-der-Tann-Str. 3, 82346 Andechs
e-mail: schiefen@orn.mpg.de / <http://orn.mpg.de/~schiefen>