

Die gelingende Zeitlichkeit der Geburt

Tatjana Noemi Tömmel

Das Gelingen einer Geburt spielt für ein gutes Leben eine herausragende Rolle. Die Zeitlichkeit der Geburt ist dabei von vielfacher Bedeutung, und zwar sowohl im Sinne der *objektivierbaren physikalischen Zeit* als auch im Sinne des *subjektiven Zeiterlebens*. Da eine Geburt nicht nur durch ihr Ergebnis gut wird, sondern idealerweise auch einen guten Verlauf nimmt, sind zeitliche Phänomene wie Zeitpunkt, Dauer, Tempo und Frequenz wichtige Bewertungsmaßstäbe für die Qualität einer Geburt.

Ausdrücke wie *ein Kind erwarten* oder das altmodische *guter Hoffnung sein* zeugen vom zukunfts- und zielorientierten Charakter der Schwangerschaft. Ist die Schwangerschaft als eine (normalerweise) etwa neunmonatige *rite de passage* oder Übergangszeit anzusehen, in der häufig die körperliche Umstellung und Entwicklung durch eine leibseelische Vorbereitung auf den neuen Lebensabschnitt begleitet wird (Langer 2016, S. 1115), so ist die Geburt das Ereignis, in dem dieser lange Prozess kulminiert. Die Geburt selbst ist ein komplexer physiologischer Prozess, in dem das Kind aus dem Uterus ausgetrieben wird (Chalubinski 2016, S. 664). Sie ist also nicht nur der *Moment*, in dem das Kind den mütterlichen Leib verlässt, sondern umfasst den ganzen Vorgang vom Beginn der Eröffnungswehen

(oder dem Springen der Fruchtblase) bis zur Nachgeburt, dem Ausstoß der Plazenta.

Obwohl Geburten grundsätzlich als physiologische, nicht pathologische, Vorgänge angesehen werden müssen, sind sie mit gesundheitlichen Risiken verbunden und werden in der westlichen Welt heute fast immer medizinisch überwacht. Zeitliche Parameter spielen sowohl für die medizinische Beurteilung als auch für das subjektive Geburtserleben eine wichtige Rolle: Handelt es sich um eine Frühgeburt, bei der das Kind noch nicht optimal entwickelt ist? Fühlt sich die werdende Mutter reif für ihre neue Rolle? Verläuft die Geburt ungewöhnlich schnell oder schreitet nur langsam fort? Fühlt sich die Gebärende durch Interventionen aus dem Rhythmus gebracht? Ist sie durch eine lang andauernde Geburt so erschöpft, dass sie keine Bindung zu ihrem Kind aufbauen kann?

Die medizinische Perspektive auf die Geburt deckt sich dabei nicht notwendigerweise mit dem individuellen Erleben der Gebärenden, sondern kann in einem Spannungsverhältnis zu diesem stehen, da sich die Maßstäbe, was eine gute Geburt auszeichnet, unterscheiden können. Da geburtshelferische Interventionen häufig das Zeitmanagement der Geburt betreffen, zeigt sich dies auch in unterschiedlichen Auffassungen darüber, wie sehr die Eigenzeitlichkeit der Geburt zu respektieren oder zu manipulieren ist. In den letzten Jahren ist dieser Aspekt der Zeitlichkeit innerhalb der Ethik der Geburtshilfe vermehrt beachtet wor-

T. Tömmel (✉)
Technische Universität Berlin, Berlin, Deutschland
E-Mail: t.toemmel@tu-berlin.de

den (White 2016, S. 72–86; de Matos et al. 2021, S. 241–259).

Im Folgenden wird zunächst ein Überblick über objektiv messbare Zeitparameter der Geburt und medizinische Normwerte gegeben. Anschließend wird die biografische Bedeutung der Geburt sowie die subjektive Zeitwahrnehmung unter der Geburt und ihr Verhältnis zur Bewertung des Geburtserlebens diskutiert.

Zeitpunkt, Dauer und Tempo der Geburt: Medizinische Norm- und Grenzwerte

Die Zeit, die das Kind im Mutterleib verbleiben soll, ist nach zwei Seiten begrenzt: Frühgeburten sind ebenso mit erhöhter Morbidität und Mortalität belastet wie Überschreitungen oder Übertragungen des Geburtstermins (Hopp und Kalache 2016, S. 797). Dasselbe gilt für verlangsamte wie für überschnelle Geburten, die beide mit gesundheitlichen Risiken für Mutter und Kind verbunden sind (Chalubinski 2016, S. 665). So zeichnen sich gute Geburten bei aller Individualität auch durch ihre *gute Zeitlichkeit* aus.

Eine Schwangerschaft dauert im Durchschnitt 266 Tage oder 38 Wochen ab der Empfängnis (*post conceptionem*), kann aber auch etwas länger oder erheblich kürzer sein im Falle einer Frühgeburt. Da in der Regel der Tag der Konzeption nicht bekannt ist, wird die Schwangerschaftsdauer meistens mit 40 Wochen angegeben, gerechnet ab dem ersten Tag der letzten Menstruation (*post menstruationem*). Da die Zykluslänge von Frau zu Frau schwankt, ist die Berechnung allerdings nicht genau und kann zu falschen Festlegungen und in der Folge zu Zugzwängen führen (White 2016, S. 74). Eine „normale Geburt“ ist unter anderem dadurch definiert, dass das Kind spontan zwischen der vollendeten 37. und 42. Schwangerschaftswoche geboren wird (WHO 1996). Eine *Termingeburt* findet somit also innerhalb von drei Wochen vor oder zwei Wochen nach dem errechneten Geburtstermin statt; jenseits dieser Zeiträume handelt es sich um Normabweichungen, die nicht nur statistisch auffällig sind, sondern auch mit medizinischen Risiken korrelieren.

Findet die Geburt vor der 37. Woche statt, handelt es sich um eine Frühgeburt. Dabei gilt ein Gestationsalter zwischen der 23. und 24. Schwangerschaftswoche (SSW) als Grenze der extrauterinen Lebensfähigkeit, auch wenn es Fälle gibt, in denen auch früher geborene Kinder überlebt haben (Helmer und Schneider 2016, S. 258).

Wird der errechnete (und idealerweise per Ultraschall im 1. Trimenon überprüfte) Geburtstermin (40+0 SSW *post menstruationem*) überschritten, spricht man bis zum Ende der 41. SSW von einer „Terminüberschreitung“, danach von einer „Übertragung“ (Weiss et al. 2016, S. 767). Dauert die Schwangerschaft länger als gewöhnlich, sind Mutter und Geburtshelfer*innen vor die Frage gestellt, ob die Geburt eingeleitet werden oder ob weiter abgewartet und der Fetus überwacht werden soll. Da ab einer Schwangerschaftsdauer von 294 Tagen das Risiko für den Fetus steil ansteigt, werden Übertragungen heute fast immer vermieden (Weiss et al. 2016, S. 767).

Dauer und Phasen der Geburt: Der *Geburtsbeginn* ist definiert durch eine „regelmäßige, schmerzhaft, anhaltende und zervixwirksame Wehentätigkeit“ (Chalubinski 2016, S. 668). In der Praxis lässt sich der Beginn einer Geburt schwerlich exakt angeben, weil „der Übergang von Schwangerschafts- zu Geburtswehen oft fließend erfolgt“ (Chalubinski 2016, S. 668). Sie wird unterteilt in die *Eröffnungsperiode*, die vom Wehenbeginn bis zur vollständigen Eröffnung des Muttermundes reicht (Chalubinski 2016, S. 668), und die *Austreibungsperiode*, die mit der vollständigen Eröffnung des Muttermundes beginnt und mit dem Austritt des Kindes endet. Hierbei werden die „frühe Austreibungsperiode“ und die „Pressphase“ voneinander unterschieden (Chalubinski 2016, S. 669).

Auch wenn sich die normale *Dauer* einer Geburt nicht präzise angeben lässt, weil sie auch in Normalfällen eine sehr hohe Streuung aufweist (Chalubinski 2016, S. 664–665), nimmt bei deutlichen Abweichungen vom Durchschnitt die Wahrscheinlichkeit der mütterlichen und kindlichen Gefährdungen zu. Bei einer ersten Geburt dauert die Eröffnungsperiode im Durchschnitt knapp acht Stunden, gilt aber erst bei über 17,5 h

Dauer als verzögert. Die mittlere Dauer der Austreibungsperiode liegt bei einer Stunde. Bei Mehrgebärenden dauert die Eröffnungsphase durchschnittlich etwa fünfeinhalb Stunden, die Austreibung etwa 20 min. Da die Pressperiode eine hohe Belastung für Mutter und Kind darstellt, sollte diese bei „Erstgebärenden 30 min, bei der Mehrgebärenden 20 min nicht überschreiten“ (Chalubinski 2016, S. 668). Sowohl verlangsamte als auch überschnelle Geburten können mit gesundheitlichen Risiken für Mutter und Kind verbunden sein (Hopp und Kalache 2016, S. 797). Durch ein Missverhältnis zwischen Schädel und Becken, durch Wehenschwäche oder durch die Auswirkungen einer Periduralanästhesie kommt es bei einigen Geburten zum *Geburtsstillstand*, der mit einer deutlich erhöhten Rate an vaginaloperativen Entbindungen und Kaiserschnitten einhergeht (Chalubinski 2016, S. 669). Dabei beeinflussen auch emotionale Faktoren wie Angst und Stress den Verlauf der Geburt, da diese eine „ β -adrenerge wehenhemmende Wirkung haben und die Geburtsdauer prolongieren“ (Chalubinski 2016, S. 678). Die Vermeidung bzw. Linderung von Angst und Stress durch eine auf die Bedürfnisse der Gebärenden abgestimmte Geburtsbegleitung sowie die Optimierung der Analgesie – weder zu viel noch zu wenig – sind entscheidende Maßnahmen, um die Geburtsdauer zu optimieren.

Dauert eine Geburt zu lang, kann dies zu Hypoxämie und Azidämie auf Seiten des Kindes, also zu Sauerstoffmangel und zu einem zu sauren Ph-Wert des Blutes führen. Diese Gefahren lassen sich durch Mikroblutgasanalyse und Auffälligkeiten im Kardiogramm allerdings frühzeitig erkennen und durch eine operative Geburtsbeendigung vermeiden (Chalubinski 2016, S. 663). Doch nicht nur für das Kind, sondern auch für die Mutter ist eine überlange Geburtsdauer problematisch. So können protrahierte Verläufe zu extremer Erschöpfung führen, die in der Zeit nach der Geburt den Bindungsaufbau und die Rekonvaleszenz der Gebärenden erschweren. Hier gilt es, nicht nur die physische, sondern auch die psychische mütterliche Folgemorbidität ernst zu nehmen (Chalubinski 2016, S. 678).

Da auch sehr schnelle Geburtsverläufe (die manchmal als *Sturzgeburten* bezeichnet werden,

obwohl diese den tatsächlichen Fall des Kindes meinen) mit größeren gesundheitlichen Risiken für Mutter und Kind einhergehen, sollten Geburten eine Gesamtdauer von drei Stunden nicht unterschreiten (Hopp und Kalache 2016, S. 797).

Eingriffe in die spontane Zeitlichkeit der Geburt

Da sowohl der *Zeitpunkt* als auch der zeitliche *Verlauf* einer Geburt Wohlbefinden und Gesundheit von Mutter und Kind erheblich beeinflussen können, kommt dem geburtshelferischen Personal die Verantwortung zu, diese zu überwachen und gegebenenfalls zu manipulieren.

Wie mit den Kontingenzen des Geburtsgeschehens umzugehen sei, wird allerdings unterschiedlich beantwortet. Die Auffassung darüber, wie stark in die spontane Zeitlichkeit der Geburt eingegriffen werden sollte, ist nicht zuletzt historisch variabel. Ein mittlerweile obsoletes, extremes Beispiel ist die sogenannte *programmierte Geburt* der 1970er-Jahre. Dabei wurde durch Eröffnung der Fruchtblase und Dauerinfusion von wehenfördernden Mitteln die Geburt zu einem geplanten Termin provoziert. Dies geschah zum Teil aus der Überlegung, dass Geburten zwei bis drei Wochen vor dem errechneten Termin durch die kleineren Kinder leichter vonstattengehen würden. Allerdings gibt es Hinweise, dass Einleitungen ohne medizinische Indikation über das gesamte 20. Jahrhundert durchgeführt wurden, weil dies offenbar für die Freizeitgestaltung der Ärzte attraktiv war (David und Ebert 2020, S. 358).

Eine vor allem seit den 1990er-Jahren kontrovers diskutierte Möglichkeit, den Zeitpunkt der Geburt festzulegen, ist der sogenannte Wunschkaiserschnitt (Bockenheimer-Lucius 2002; Markus 2006). Seit den 1970er-Jahren ist die Rate der (primären und sekundären) Kaiserschnitte in Deutschland von etwa 5 % auf 30 % deutlich angestiegen, was sowohl mit der verbesserten Operationstechnik und Anästhesie als auch mit einem gesteigerten Bedürfnis nach Sicherheit sowie der Angst vor rechtlichen Konsequenzen zusammenhängt (Schneider et al. 2016, S. 865–866). Obwohl elektive Kaiserschnitte heute mit

einer sehr geringen Komplikationsrate verbunden sind, bedarf es gerade im Hinblick auf eine Folgeschwangerschaft einer sorgfältigen Abwägung und Aufklärung über Risiken und Chancen einer medizinisch nicht indizierten *Sectio caesarea* (Schneider et al. 2016, S. 865).

Gängige Methoden, den Beginn einer vaginalen Geburt hervorzurufen, sind Geburtseinleitungen durch mechanische Mittel oder wehenfördernde Medikamente. Vaginaloperative Verfahren, welche die Geburt schneller beenden, kommen in der Austreibungsphase zum Einsatz (Hopp und Kalache 2016, S. 814). Der zunehmende Einsatz dieser Eingriffe ist allerdings nicht unumstritten. Wie bereits erwähnt, können medizinische Interventionen die physiologische Dynamik der Geburt empfindlich stören, wenn sie mit Angst, Stress oder Schmerzen für die Mutter verbunden sind. Präventiv bedeutsam für einen optimalen Geburtsfortschritt ist dagegen eine permanente persönliche Betreuung durch eine Begleitperson (Hopp und Kalache 2016, S. 787). Jede medikamentöse Geburtseinleitung bringt dagegen die Gefahr einer Überstimulation der Gebärmutter mit Wehenstürmen oder Dauerkontraktionen mit sich und kann schlimmstenfalls zu einer vorzeitigen Plazentaablösung oder Uterusruptur führen, die eine akute Lebensgefahr für Mutter und Kind darstellen (Weiss et al. 2016, S. 751).

Hebammen und Geburtshelfer*innen müssen also die Gratwanderung meistern, einen prinzipiell natürlichen Vorgang zu begleiten, ohne unnötig und störend einzugreifen, Fehlentwicklungen und Risiken aber rechtzeitig zu erkennen und bei Gefahr für Mutter und Kind umgehend und gezielt zu intervenieren. Das richtige *Timing* ist vor allem in Notfallsituationen entscheidend. So sollen von der Entscheidung zur Notsectio bis zur Entbindung des Kindes (sogenannte „Entscheidungs-Entbindungs-Zeit“ (E-E-Zeit) höchstens 20 min vergehen (Heller et al. 2017, S. 589).

Als Qualitätskriterium der Geburtshilfe gilt heute nicht mehr allein die maternale und perinatale Mortalität und Morbidität, sondern auch das subjektive Wohlbefinden und die Zufriedenheit der Mutter (Chalubinski 2016, S. 664). So legte die WHO in Weiterentwicklung ihrer Definition

der normalen Geburt (WHO 1996) in jüngerer Zeit den Schwerpunkt auf die Bedeutung einer „positiven Geburtserfahrung“ (WHO 1918). Im Folgenden soll daher das subjektive Zeiterleben und die biografische Bedeutung der Geburt für die Betroffenen im Vordergrund stehen.

Die Geburt als transformatives Ereignis und Krise

Geburten gelten aus mehreren Gründen als „zentrales Lebensereignis“ (Langer 2016, S. 1115): Mit der Geburt eines jeden Kindes tritt ein völlig neues Wesen in die Welt; die menschliche Geburt ist insofern eine Erfahrung des Neubeginns (s. Kap. ► „Gebürtlichkeit, Verantwortung und Zeitlichkeit“) und der „Erneuerung der Zeit“ (Machado 2010, S. 70). Damit stellt sie eine bedeutsame Zäsur in der Lebensgeschichte der unmittelbar beteiligten Personen dar. Vor allem, wenn das erste Kind zur Welt kommt, beginnt für die Eltern ein neuer Lebensabschnitt, der durch *Generativität* (s. Kap. ► „Generativität“) gekennzeichnet ist. Für das Neugeborene selbst beginnt mit der Geburt zwar nicht das Leben selbst, aber die Auflösung der organischen Einheit mit der Mutter begründet einen völlig neuen rechtlichen, ethischen und sozialen Status. Charakteristisch ist zweitens, dass dieser biografische Wandel zwar durch den Prozess der Schwangerschaft langsam vorbereitet, aber durch ein Ereignis von transformativem Charakter vollendet wird, in dem sich die Existenz der beteiligten Personen innerhalb weniger Stunden fundamental verändert. In der Forschung wird vor allem die Bedeutung der Geburt für die narrative Identität der Mutter hervorgehoben (van der Waal und van Nistelrooji 2022, S. 1193). Laut einer qualitativen Interviewstudie wünschen sich Gebärende, dass dieses individuell bedeutsame Ereignis von Hebammen, Ärzt*innen und anderen Pflegekräften als wichtiger Übergangsritus zur Mutterschaft anerkannt werde (Buchanan et al. 2022, S. 254). Die *Qualität* des Geburtserlebnisses ist bedeutsam für das Gelingen dieses Transformationsprozess: So erhöht eine als traumatisch erlebte Geburt das Risiko von Angst, Depressionen und posttraumatischen

Belastungsstörungen, die sowohl die mütterliche Gesundheit gefährden als auch einen langfristigen Einfluss auf die Mutter-Kind-Bindung sowie die Paarbeziehung haben können (Ertan et al. 2021, S. 2).

Die *Antizipation* der mit Elternschaft verbundenen Selbsttransformation kann erwünscht oder auch gefürchtet sein (Young 2005, S. 55; De Beauvoir 1956, S. 485; Rich 1976, S. 166–167), vor allem, wenn die werdenden Eltern sich für ihre neue Rolle nicht reif fühlen. Narrative Geburtsberichte lassen darauf schließen, dass viele Frauen ambivalente oder negative Gefühle gegenüber der Geburt haben, was zum Teil auf eine „Kultur der Angst“ rund um die Geburt zurückzuführen sei (Buchanan et al. 2022, S. 254). Adrienne Rich nennt die Erwartung maximaler Schmerzen als wichtigsten Auslöser dieser Angst (Rich 1976, S. 164–166). Nach Tanja Staehlers Heidegger-scher Lesart sind Geburten mit einem Gefühl des „Unheimlichen“ und der radikalen Einsamkeit verbunden, das aus dem Geworfensein in eine unausweichliche Grenzsituation herrühre (Staehler 2016, S. 371): Das bevorstehende Ereignis wird mit Sicherheit eintreten, aber sowohl der Verlauf der Geburt – wann, wo, wie und mit wem sie stattfinden wird – als auch ihr Ausgang sind unvorhersehbar und entziehen sich der Kontrolle (Staehler 2016, S. 372–373).

Das subjektive Zeiterleben unter der Geburt wurde vor allem innerhalb der phänomenologisch geprägten Tradition thematisiert. Laut Iris Marion Young, die die Schwangerschaft als kreativen Prozess bezeichnet (Young 2005, S. 54), gebe es während der Wehen kein Gefühl von Wachstum und Veränderung, sondern nur den Stillstand der Zeit. Es gebe keine Intention, keine Aktivität, nur den Willen durchzuhalten (Young 2005, S. 55). In ähnlicher Weise stellt Staehler fest, dass der Geburtsprozess eine Erfahrung radikaler Passivität und des Wartens sei (Staehler 2016, S. 371). Oft wird das Ende der Schmerzen ersehnt (Machado 2010, S. 69). Andere Autor*innen beschreiben Geburten dagegen als schöpferischen Prozess (dazu Tömmel 2024, S. 5).

Während die Empfindungen und Bewertungen von Geburtserfahrungen im Detail sehr unterschiedlich sind, scheint es eine weitgehende Über-

einstimmung darüber zu geben, dass eine Geburt den Rahmen der Alltagserfahrungen in jeder Hinsicht sprengt. Sie ist ein psycho-physischer Ausnahmezustand, „eine Krise“ (De Beauvoir 1956, S. 485) oder „Grenzsituation“ (Staehler 2016, S. 371). Trigg (2021, S. 629) weist darauf hin, dass Geburten einen in vielerlei Hinsicht mit einer irreduziblen Alterität konfrontierten, die sich grundsätzlich dagegen sträube, zu einem alltäglichen Ereignis domestiziert zu werden. Die Gründe dafür sind sowohl physischer als auch psychischer oder existenzieller Natur: Geburten sind im Allgemeinen mit dramatischen körperlichen Empfindungen verbunden (Rich 1976, S. 157). Die mit ihr einhergehenden „starken, unwillkürlichen Kontraktionen“ können den Eindruck erwecken, von einer fremden Macht „besessen zu sein“ (Rich 1976, S. 162). Während viele Frauen die Geburt deshalb als eine schockierende Erfahrung beschreiben, die ihnen die Möglichkeit der Kontrolle und der selbstbestimmten Handlungsfähigkeit nimmt (Young 2005, S. 55; De Beauvoir 1956, S. 485), erleben andere sie als eine Macht von geradezu erhabenem Charakter (Lundgren 2011, S. 122).

Die Eigenzeitlichkeit der Geburt und die Ethik der Geburtshilfe

Von Seiten der Medizinethik wurde in den letzten Jahren vermehrt darauf hingewiesen, dass Geburten kritische Ereignisse sind, die sowohl beglückend als auch traumatisierend sein können (Leinweber et al. 2022, S. 363). Traumatische oder gewaltsame Geburten zeichnen sich unter anderem durch eine *misslingende Zeitlichkeit* aus, das heißt durch ein Missverhältnis zwischen der Wehenfrequenz, dem Zeitpunkt oder der Dauer der Geburt und der verleiblichten Subjektivität der Gebärenden. Dies kann sowohl durch den leiblichen Prozess selbst geschehen, wenn beispielsweise anatomische Missverhältnisse zu einem Geburtsstillstand führen oder umgekehrt eine überschnelle Geburt die Mutter leiblich und seelisch überfordert, aber auch durch Eingriffe von Seiten der Geburtshelfenden ausgelöst werden, wenn diese die physiologische Vorgänge so beschleunigen

gen, dass die Gebärende sich nicht an die Frequenz oder Intensität der Wehen anpassen kann.

Viele Autor*innen haben darauf hingewiesen, dass Krankenhäuser als Institution ökonomischen und rechtlichen Zwängen unterliegen, die sich auch in Zeitvorgaben äußerten. So würden aus Effizienzgründen oder Personalmangel Interventionen begünstigt, welche die physiologische Zeitlichkeit von Geburten störten, beispielsweise durch Einleitungen, Periduralanästhesien, Amniotomien oder wehenfördernde Infusionen (White 2016, S. 72–86).

Die individuellen Präferenzen von Gebärenden stehen oft im Widerspruch zu dem medizinischen Zeitmanagement der Geburt. Um Eingriffen wie Einleitungen zu entgehen, versuchen viele Frauen zum Beispiel, den Geburtsbeginn durch eigene Mittel wie Treppensteigen, Koitus, scharfe Speisen oder ähnliches auszulösen. Diese selbstbestimmten Handlungen zeigen einerseits die grundsätzliche *Compliance* der Frauen mit den geburtshelferischen Zeitvorgaben, andererseits aber auch den Willen, die Hoheit über den eigenen Körper nicht aufzugeben (White 2016, S. 79).

Da die Beschleunigung des Geburtsprozesses oft als grenzüberschreitend, schmerzhaft und gewaltsam wahrgenommen wird, kann sie sich negativ auf das subjektive Geburtserleben und auch die narrative Identitätstransformation der Gebärenden auswirken. So berichten Frauen, die einen Kaiserschnitt hatten, dass ihr Kind geboren wurde, sie aber nicht das Gefühl hätten, ihr Kind zur Welt gebracht zu haben (vgl. Machado 2010, S. 70). Eine Missachtung des natürlichen Rhythmus der Geburt durch unnötige oder schädliche Interventionen kann den Gebärenden das Gefühl geben, vom eigenen Leib und sich selbst entfremdet zu sein und wie ein Ding behandelt zu werden. Cohen Shabot (2016, S. 235) beschreibt diese Erfahrung als Verwandlung von einem *Leib* in einen *Körper*, das heißt von einem mit Freiheit und Transzendenz begabten Subjekt in ein passives Objekt ohne Handlungsfähigkeit.

Vor diesem Hintergrund gilt für viele Kritiker*innen die Achtung vor der Eigenzeitlichkeit der Geburt als ein integraler Bestandteil ihrer Humanisierung (Machado 2010, S. 68). Dazu gehöre auch, dass die Geburt als Teil einer *Geschichte*

wahrgenommen werde, das heißt als ein Prozess, der persönliche und familiäre Erfahrungen miteinander verbinde und zur Entwicklung der mütterlichen und väterlichen Identität beitrage. Da keine Geschichte ohne Zeit möglich sei, impliziere die Humanisierung der Geburt deshalb, ihrem zeitlichen Aspekt besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Ist die Zeit der Geburt stattdessen von externalen Faktoren wie der ärztlichen oder institutionellen Terminplanung bestimmt, werde der Geburtsrhythmus der Mutter-Kind-Dyade so unterbrochen, dass dies nicht nur den physiologischen Vorgang stören, sondern auch die werdenden Eltern emotional stark belasten könne (de Matos et al. 2021, S. 250).

Eine gute Geburt als Teil eines guten Lebens erfordert daher einen achtsamen Umgang mit ihrer Zeitlichkeit. Die gelingende Zeitlichkeit der Geburt besteht dabei nicht in einer Idealisierung ihrer Eigenzeitlichkeit, sondern in einer ausgewogenen Perspektive, welche die physiologische Dynamik, medizinische Erfordernisse und mütterliche Präferenzen gleichermaßen im Blick hält.

Literatur

- Bockenheimer-Lucius, Gisela. 2002. Zwischen „natürlicher Geburt“ und „Wunschsectio“ – zum Problem der Selbstbestimmtheit in der Geburtshilfe. *Ethik in der Medizin* 14:186–200.
- Buchanan, Kate, Elizabeth Newnham, Deborah Ireson, Clare Davison, und Sara Bayes. 2022. Does midwifery-led care demonstrate care ethics: A template analysis. *Nurs Ethics* 29:245–257.
- Chalubinski, Kinga Maria. 2016. Normale Geburt. In *Die Geburtshilfe*, Hrsg. Henning Schneider, Peter Husslein, und Karl-Theo M. Schneider, 5. Aufl., 663–686. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Cohen Shabot, Sara. 2016. Making loud bodies“feminine”: A feminist-phenomenological analysis of obstetric violence. *Hum Stud* 39:231–247.
- David, Matthias, und Andreas D. Ebert. 2020. Die „programmierte Geburt“ – Traum oder Albtraum? *Geburtshilfe Frauenheilkd* 80(04): 358–361. <https://doi.org/10.1055/a-1107-1937>.
- De Beauvoir, Simone. 1956. *The second sex*. London: Jonathan Cape.
- De Matos, Mariana Gouvêa, Andrea Seixas Magalhães, Mayla Cosmo, und Terezinha Féres-Carneiro. 2021. The childbirth environment and parenthood: Time, pain, and subjective constitution. *Trends in Psychol*

- 29:241–259. <https://doi.org/10.1007/s43076-020-00045-z>.
- Ertan, Deniz, Coraline Hingray, Elena Burlacu, Aude Sterlé, und Wissam El-Hage. 2021. Post-traumatic stress disorder following childbirth. *BMC Psychiatry* 21(1):155. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03158-6>.
- Heller, Günther, Erik Bauer, Stefanie Schill, Teresa Thomas, Frank Louwen, Friedrich Wolff, Björn Misselwitz, Stephan Schmidt, und Christof Veit. 2017. Decision-to-delivery time and perinatal complications in emergency cesarean section. *Dtsch Arztebl Int* 114:589–596. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0589>.
- Helmer, Hanns, und Henning Schneider. 2016. Frühgeburt: Pränatale und interpartale Aspekte. In *Die Geburtshilfe*, Hrsg. Henning Schneider, Peter Husslein, und Karl-Theo M. Schneider, 5. Aufl., 257–306. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Hopp, Hartmut, und Karim Kalache. 2016. Pathologische Geburt und vaginaloperative Entbindung. In *Die Geburtshilfe*, Hrsg. Henning Schneider, Peter Husslein, und Karl-Theo M. Schneider, 5. Aufl., 783–838. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Langer, Martin. 2016. Psychosomatik in der Geburtshilfe. In *Die Geburtshilfe*, Hrsg. Henning Schneider, Peter Husslein, und Karl-Theo M. Schneider, 5. Aufl., 1115–1132. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Leinweber, Julia, Yvonne Fontein-Kuipers, Sigfridur Inga Karlsdottir, Anette Ekström-Bergström, Christina Nilsson, Claire Stramrood, und Gill Thomson. 2022. Developing a woman-centered, inclusive definition of positive childbirth experiences: A discussion paper. *Birth* 49(4): 687–696.
- Lundgren, Ingela. 2011. The meaning of giving birth from a long-term perspective for childbearing women. In *Qualitative research in midwifery and childbirth phenomenological approaches*, Hrsg. Gill Thomson, Fiona Dykes, und Soo Downe, 115–130. New York: Routledge.
- Machado, Silvia de Ambrosio Pinheiro. 2010. Time and parting: Substances of childbirth humanization. *Tempus – Actas De Saúde Coletiva* 4(4): 67–77. <https://doi.org/10.18569/tempus.v4i4.835>.
- Markus, Nora. 2006. *Die Zulässigkeit der Sectio auf Wunsch. Eine medizinethische, ethische und rechtliche Betrachtung*. Frankfurt a. M.: Peter Lang.
- Rich, Adrienne. 1976. *Of woman born: Motherhood as experience and institution*. New York: Norton.
- Schneider, Henning, Julian Marschalek, und Peter Husslein. 2016. Sectio caesarea. In *Die Geburtshilfe*, Hrsg. Henning Schneider, Peter Husslein, und Karl-Theo M. Schneider, 5. Aufl., 865–882. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Staehler, Tanja. 2016. Passivity, being-with and being-there: care during birth. *Medicine, Health Care and Philosophy* 19(3): 371–379.
- Tömmel, Tatjana Noemi. 2024. From a phenomenology of birth towards an ethics of obstetric care. *Clinical Ethics*: 1–15. <https://doi.org/10.1177/14777509241233155>.
- Trigg, Dylan. 2021. “It happens, but I’m not there”: On the phenomenology of childbirth. *Hum Stud* 44:615–633.
- Van der Waal, Rodante, und Inge van Nistelrooij. 2022. Reimagining relationality for reproductive care: Understanding obstetric violence as “separation”. *Nurs Ethics* 29:1186–1197.
- Weiss, Erich, Harald Abele, und Henning Schneider. 2016. Terminüberschreitung und Übertragung der Schwangerschaft. In *Die Geburtshilfe*, Hrsg. Henning Schneider, Peter Husslein, und Karl-Theo M. Schneider, 5. Aufl., 767–781. Berlin/Heidelberg: Springer.
- White, Joanna. 2016. „But isn’t it the baby that decides when it will be born?“. Temporality and women’s embodied experiences of giving birth. *Cambridge Journal of Anthropology* 34(1): 72–86.
- World Health Organization. 1918. *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241550215>. Zugegriffen am 11.10.2024.
- World Health Organization. 1996. *Care in normal birth: A practical guide*. Report of a Technical Working Group. Publication no. WHO/FRH/MSM/96.24.
- Young, Iris Marion. 2005. *On Female Body Experience: “Throwing Like a Girl” and Other Essays*. Oxford/New York: Oxford University Press.