

Be-Up: Geburt aktiv – Elke Mattern



be-up

„Wir wissen, dass Bewegung und ein Wechsel zwischen Stehen, Sitzen oder Knien während der Wehen gut ist, um das Kind natürlich, das heißt ohne Kaiserschnitt, zur Welt zu bringen. Auch Ablenkung und Entspannung können bei der Verarbeitung der Wehen helfen. Wir wissen aber nicht, wie ein Gebärraum eingerichtet sein muss, um den natürlichen Verlauf der Geburt besser zu unterstützen“, erklärte die stellvertretende Projektleitung Prof. Dr. Rainhild Schäfers von der Hochschule für Gesundheit (HSG) Bochum nach dem ersten Jahr der Studie.
Quelle: Pressemitteilung der HSG, 9. 10.2018



Seit Oktober 2017 wird in Deutschland die Studie „Be-Up: Geburt aktiv“ durchgeführt, eine klinische Studie, die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) finanziert wird. Be-Up steht für „Birth Environment – Upright Position“, frei übersetzt in etwa „Gebärraumgebung – aufrechte Haltung“. Der alternative Gebärraum mit seinen Elementen, der in der Studie eine zentrale Rolle spielt, soll der Gebärenden Bewegung während der Wehen ermöglichen, unterschiedliche aufrechte Haltungen in Eröffnungsphase (EP) und Austreibungsphase (AP), aber auch eine Möglichkeit zum Sitzen und Liegen bieten. Gleichwohl soll er ÄrztInnen und Hebammen die Begleitung der Gebärenden nicht erschweren. Ziel der Studie „Be-Up: Geburt aktiv“ ist es, die Rate vaginaler Geburten um 5%-Punkte (so die Hypothese zu der Rate vaginaler Geburten von 2016) zu erhöhen, weil wir vermuten, dass die Gestaltung des Gebärraums einen Einfluss auf den Geburtsverlauf und das Geburtserleben einer Frau hat (IQTIG 2016). In Deutschland fanden 2016 die meisten spontanen vaginalen Geburten in mütterlicher liegender Position auf dem Gebärbett (2016: 77.123 pro 100.000) statt, während nur 9.616 pro 100.000 der Frauen ihr Kind in einer aufrechten oder nicht näher bezeichneten Position zur Welt brachten (www.be-up-studie.de).

Für den wissenschaftlichen Beleg unserer Hypothese werden in der Be-Up-Studie 3.800 schwangere Frauen in der aktiven EP deutschlandweit in einer von 17 teilnehmenden Kliniken einem üblichen Gebärraum oder einem alternativen Gebärraum per Zufall zugeteilt (randomisiert). Die Evidenz für die Vorteile aufrechter Haltungen und Bewegung in der EP liefert ein Cochrane-Review (Lawrence A et al. 2013). Es beschreibt eine Verkürzung der EP um eine gute Stunde (– 1,36 Stunde, 95 % Konfidenz Intervall (KI) – 2,22 bis – 0,51; 15 Studien, 2.503 Frauen). Die Frauen bekommen seltener einen Kaiserschnitt (RR 0,71, 95% KI 0,54 bis 0,94; 14 Studien, 2.682 Frauen) und nutzen seltener eine Epidural-Anästhesie (RR 0,81, 95% KI 0,66 bis 0,99; 9 Studien, 2.107 Frauen).

Bei aufrechten Haltungen in der AP ist die Durchblutung des Uterus erhöht. Die Schwerkraft unterstützt die physiologische Einstellung des vorange-

henden Kindsteils und verstärkt reflektorisch die Effektivität der Wehen (Lawrence A 2013). Zudem scheinen Frauen insgesamt weniger Schmerz zu empfinden, fühlen sich weniger müde und sprechen anschließend eher von einem positiven Geburtserleben (Mattern E et al., 2014).

Die ÄrztInnen und Hebammen haben eine Schulung zur Durchführung einer randomisiert kontrollierten Studie (RCT) erhalten, um den ethischen und dokumentarischen Prinzipien der Durchführung nachzukommen. So ist es ethisch nicht vertretbar, der Frau etwas zu versprechen, damit sie teilnimmt. Man darf auch nicht sagen, dass der eine Raum besser ist als der andere. Denn das wissen wir ja nicht und gerade deswegen wird die Studie durchgeführt. Die ÄrztInnen und Hebammen wurden aber nicht auf die Veränderungen vorbereitet, die sich durch die Umgestaltung zum alternativen Gebärraum ergaben. Das in den meisten üblichen Gebärräumen von drei Seiten zugängliche Kreißbett ist im alternativen Gebärraum nicht vorhanden oder hinter einem Sichtschutz versteckt. Stattdessen ist der alternative Gebärraum mit einer großen Bodenmatte von 1,40 x 2 Meter ausgestattet, die für die Gebärende und eine zweite Person ausreichend Platz bietet. Darauf stehen Schaumstoffelemente, die in unterschiedlichen Kombinationen für vielfältige Positionen genutzt werden. Zwei Würfel mit ungleichen Kantenlängen können die Gebärende abstützen, ein Brückenteil kann auch als Gebärkissen dienen. Rolle und Keil sind zugleich für ein entspanntes Sitzen oder Liegen gedacht. Eine Matratze mit 40 cm Höhe soll mit der breiten Seite an der Wand stehen. Wenn der Raum es hergibt, dann sogar besser noch in einer Ecke. Somit kann sie als Rückzugsort oder zum Ausruhen dienen. Entsprechend einer britischen Leitlinie (www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations) könnte die Gebärende so während ihrer Wehen die Position einnehmen, die für sie am bequemsten ist.

Alle sieben Schaumstoffelemente sind aus sitzfestem Schaumstoff und mit weicher Polyesterwatte und Kunstleder bezogen. Die Kreißsaalteams konnten die Farben bestimmen und auch die Farben der Frotteelaken. In den meisten Kliniken

ist die Matratze zusätzlich mit Kissen und Stillkissen gemütlich hergerichtet. Ist eine Teilnehmerin in diesen alternativen Gebärraum randomisiert, dann stehen ihr alle Elemente zur freien Verfügung. Sie kann selbst bestimmen, wann sie welches nutzen möchte. Drei Beispiele zur Nutzung der Elemente finden sich auf Fotos, die wir für jede Klinik hergestellt und auf Forexplatten gedruckt an die Kreißsäle verteilt haben. In manchen Kliniken hängt im alternativen Gebärraum zusätzlich das Poster des DHV mit unterschiedlichen Darstellungen aufrechter Haltungen.

Zur Ablenkung bei der Wehenarbeit können die Frauen Filme ansehen. Dazu steht ihnen ein größerer Monitor mit BluRay-Abspielgerät zur Verfügung. Der Monitor ist so angebracht, dass er von der Bodenmatte aus gut zu sehen ist. Jede Frau kann eigene Videos oder Musik mitbringen, das BluRay-Gerät kann CDs, DVDs und BlueRays abspielen. Angeboten wird jeder Teilnehmerin eine der zwei etwa einstündigen studieneigenen BluRays mit Naturszenen. Dort wechseln sich einige Minuten eine Meeresbrandung, ein Wasserfall, eine Seenlandschaft oder Blätter im Wind ab. Bei den Naturszenen der ersten BluRay sind nur die verschiedenen Naturgeräusche zu hören, die zweite BluRay ist mit Entspannungsmusik unterlegt. Diese bzw. ganz ähnliche Filme wurden schon in einer Studie in Kanada (Hodnett ED et al. 2009) verwendet. Auch eine randomisiert kontrollierte Studie (RCT) (Aburas R 2017) beschreibt positive Effekte auf die Zufriedenheit der Frauen mit der Betreuung, je länger sie während der Wehenverarbeitung Zeit hatten, Naturszenen anzusehen, die auf eine Wand des Gebärraums projiziert wurden.

Das primäre Ergebnismaß wird durch die Hypothese der Erhöhung der Rate vaginaler Geburten um 5%-Punkte formuliert, für das die Fallzahl 3.800 errechnet wurde. Weitere Ergebnismaße sind neben der Anzahl medizinischer Interventionen, dem kritischen Ergebnismaß der Neugeborenen innerhalb des Geburtszeitraumes und höhergradigen Dammrissen die subjektive Selbstwirksamkeit der Frau (Ayerle GM et al. 2018).

Der alternative Gebärraum sollte so gestaltet sein, dass sich die Frau möglichst selbstbestimmt

Nachgefragt

Birgit Heimbach: Werden die Positionen der Frau unter der Geburt genau dokumentiert?

Elke Mattern: Es wird einmal die häufigste, zweit- und dritthäufigste mütterliche Position in der Eröffnungsphase angegeben. Die Dokumentation soll Hebammen nicht belasten.

Heimbach: Könnten aus der Studie Master- oder Doktorarbeiten entstehen?

Mattern: Die Studie entspricht höchsten Qualitätsstandards, daher wertet zunächst das Koordinierungszentrum für Klinische Studien und ein Statistiker aus. Übernehmen wir die Daten, könnten aber solche Arbeiten damit entstehen.



bewegen und auch Dinge um sie herum selbst gestalten kann. Obwohl Konzepte zur Beleuchtung in den Kreißsälen umgesetzt sind, können die wenigsten Lampen von den Gebärenden und ihren Begleitenden selbst reguliert werden. Und obwohl Wasser, Kaffee oder Tee überall verfügbar sind, können die Frauen sich oft nicht etwas zum Trinken nehmen, ohne zu fragen oder ohne, dass es extra gebracht oder geholt wird. Aus diesem Grund gehört auch eine dimmbare Stehlampe mit warmem Licht zur Ausstattung des alternativen Gebärraumes. In jedem dieser Räume befinden sich eine Kaffee-/Teemaschine für jeweils eine Portion sowie Wasserflaschen, Gläser und mindestens auch ein paar hochkalorische Müsliriegel zur freien Verfügung. Zur Wahrung der Intimsphäre hätte das Studienteam gern einen Paravent so aufgestellt, dass man von der geöffneten Tür aus nicht direkt auf Bodenmatte und Matratze sehen kann. Leider ließ sich dies aus technischen und finanziellen Gründen nicht realisieren. Vor Eintritt in den alternativen Gebärraum werden Hebammen, Ärztinnen und Ärzte aber mit einem Schild „Bitte Klopfen“ daran erinnert, die Privatsphäre der Gebärenden zu achten.

Frauen, die in einen Raum mit zentral stehendem Gebärbett gebracht werden, glauben, dass dies der Ort sei, an dem sie sich überwiegend aufhalten sollten (Mattern E et al. 2014). Dieses Bett ist in den alternativen Gebärräumen aus Platzgründen oft zusammengeschoben und mit einem senkrechten Sichtschutz (Paravent, Vorhang oder Baldachin) verdeckt. In manchen Kreißsälen befindet es sich auch nicht im Gebärraum, kann aber bei Bedarf schnell hereingefahren werden. Neben der Matratze und den Schaumstoffelementen stehen im alternativen Gebärraum zum Sitzen ein Sitzsack und zwei schlichte Stühle an einem Tisch zur Verfügung. Der Tisch ist stabil genug, um sich darauf abzustützen, die Stühle haben eine gerade Sitzfläche und können auch verkehrt herum genutzt werden, so dass die Unterarme auf der Rückenlehne abgestützt werden können. Gebärende und Begleitung haben jederzeit auch die Möglichkeit, sich an den Tisch zu setzen und mit Ärztin, Arzt oder Hebamme das weitere Vorgehen zu besprechen.

Die Einrichtung des alternativen Gebärraums beeinflusst das bewusste und unbewusste Verhalten der Personen, die sich in dem Raum aufhalten (Hammond A et al. 2014 und Foureur M et al. 2010). Nicht nur die Gebärende und deren Begleitung werden sich anders verhalten, so die

Annahme, sondern auch alle aus dem Kreißsaalteam. Mittlerweile haben die 17 Kliniken über 2.500 Frauen für die Studie rekrutiert. Das heißt, sie wurden während der Schwangerschaft über die Studie aufgeklärt, erhielten detaillierte Informationen und haben eine Einwilligungserklärung unterschrieben.

Etwa die Hälfte der Frauen wurde per Zufall (Block-Randomisation per Computer) dem alternativen oder einem der üblichen Gebärräume in den Kreißsälen zugeteilt. Gebärende mit Gestationsdiabetes mellitus (GDM), mit Hypertonie, mit Zustand nach Sectio oder anderen Mutterpasseinträgen, die die Geburt beeinflussen könnten, sind dadurch gleichermaßen auf beide Gruppen verteilt. Alle Frauen mit einer Einlingschwangerschaft im Gebärraum, bei denen das Kind mit dem Kopf nach unten liegt und bei denen eine vaginale Geburt geplant ist, können teilnehmen. Jeweils zu Beginn ist der alternative Gebärraum so ausgestaltet wie beschrieben. Wenn Ärztin, Arzt, Hebamme oder die Frau es wünschen, dann kann im Gebärraum auch eine Badewanne und auch das Gebärbett kurzfristig oder dauerhaft genutzt werden. Dies wird in der Dokumentation entsprechend angegeben. Die Dokumentation der Geburt für die Studie übernehmen die Hebammen. Ärztinnen und Ärzte vervollständigen oftmals die Papiere durch Einträge rund um die Entlassung. In manchen Kliniken kann ein Hauptteil der Dokumentation auch über die hauseigene Software ausgedruckt werden. Im klinischen Wochenbett – oder bei ambulanter Geburt auch in den ersten Tagen zu Hause – und nach drei Monaten füllen die Frauen je einen Fragebogen aus; dabei ist der 2. Fragebogen umfangreicher, da dessen Angaben einer gesundheitsökonomischen Evaluation dienen. Die Klinikdokumentation wird durch ein externes Monitoring der Be-Up-Studie validiert. Die gesamte Eingabe der Daten und auch die Rückfrage bei fehlenden oder nicht leserlichen Daten übernimmt das Koordinierungszentrum für Klinische Studien in Halle. Da nur bestimmte Sicherheitsparameter, die zum Abbruch der Studie führen könnten, von Zeit zu Zeit überprüft werden, aber keine Zwischenauswertung geplant ist, werden Ergebnisse erst nach der Rekrutierung der letzten Teilnehmerin zur Verfügung stehen. Es ist geplant, die Ergebnisse national und international breit zu publizieren. Noch fehlen 1300 Frauen. Ergebnisse wird es nächstes Jahr zwischen März und Mai geben – ohne eine weitere Corona-Welle.

Literatur

Aburas R et al.: The Influence of Nature Stimulus in Enhancing the Birth Experience. *Herd-Health Environments*

Ayerle GM et al.: Effects of the Birthing Room Environment on vaginal Births and Client-centred Outcomes for Women at Term planning a vaginal Birth: BE-UP, a multicentre randomised controlled Trial. *Trials*. 2018;19(1):641.

Be-Up: Geburt aktiv. Website der Studie. 2017. [Zugriff Mai 2020] Verfügbar unter: www.be-up-studie.de

Foureur M et al.: The Relationship between Birth Unit Design and safe, satisfying Birth: Developing a hypothetical Model. *Midwifery* 2010; 26(5):520-5

Hammond A, Foureur M, Homer CS: The Hardware and Software Implications of Hospital Birth Room Design: A Midwifery Perspective. *Midwifery* 2014;30(7):825-30.

Hodnett ED et al.: Re-Conceptualizing the Hospital Labor Room: The PLACE (Pregnant and Laboring in an Ambient Clinical Environment) Pilot Trial. *Birth*. 2009; 36(2):159-66

Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG). Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2016 – Geburtshilfe. Berlin: IQTiG Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen; 2017

Lawrence A et al.: Positions and Mobility during first Stage Labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;8: CD003934.

Mattern E, Voigt-Radloff S, Ayerle GM: Analysis of potential for Research on giving Birth in an upright Position in German Hospitals. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2014;108 Suppl 1:S20-8.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intrapartum Care for healthy Women and Babies. Clinical Guideline [CG190]. Last Update 2017, p. 1-89. [Zugriff Jul 2018] Verfügbar unter: www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations