

Anaesthesist 2010
DOI 10.1007/s00101-009-1673-2
© Springer-Verlag 2010

Redaktion
U. Kaisers, Leipzig

J. Wallenborn
Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie,
Universitätsklinikum Leipzig

Durchführung von Analgesie- und Anästhesieverfahren in der Geburtshilfe

Zweite überarbeitete Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

Im Mai 2009 wurde von den Präsidien der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) beschlossen, die Leitlinie „Durchführung von Regionalanästhesien in der Geburtshilfe“ [1] aus dem Jahr 2004 durch Empfehlungen zur „Durchführung von Analgesie- und Anästhesieverfahren in der Geburtshilfe“ [2] zu ersetzen. Der Präsidiumsbeschluss von DGAI und BDA erhebt die neuen Empfehlungen wieder in den Status einer S1-Leitlinie, woraus für den Anästhesisten eine Handlungsempfehlung mit Entscheidungsspielraum im begründeten Einzelfall erwächst.

2004 versus 2009 – Was hat sich geändert?

1. Notwendige Voruntersuchungen

Da Schwangere zunächst als gesunde Frauen angesehen werden, sind bei negativer Blutungs- und unauffälliger Schwangerschaftsanamnese keine Laboruntersuchungen erforderlich. Dies gilt nicht für

Patientinnen mit erhöhtem Risiko für eine peripartale Hämorrhagie (PPH), für die neu explizit Blutgruppenbestimmung und Kreuzblut empfohlen werden. In Kap. 9 wird umfassend auf die Besonderheiten bei PPH eingegangen.

Der spezielle Hinweis, dass die Einnahme von Acetylsalicylsäure (ASS) zur Sekundärprävention der Präeklampsie keine Kontraindikation für eine rückenmarknahe Punktion darstellt, ist in der neuen Version nicht mehr enthalten, weil zur rückenmarknahen Regionalanästhesie und Thromboembolieprophylaxe/antithrombotischen Medikation umfassend in der entsprechenden Leitlinie aus dem Jahr 2007 Stellung genommen wird [3]. Sowohl bei alleiniger Einnahme von ASS als auch bei nichtsteroidalen Antirheumatika muss weder vor noch nach Punktion/Katheterentfernung ein Zeitintervall zur Verhütung spinaler Blutungen eingehalten werden.

2. Organisatorische Voraussetzungen und Durchführung

Neu eingefügt wurde Abschn. 2.5, in dem die frühzeitige Anlage einer Epiduralanal-

gesie bei Risikokonstellationen wie Mehrlingsschwangerschaften, Präeklampsie, Adipositas per magna, erwartet schwieriger Intubation oder bestehender Antithrombotikatherapie empfohlen wird. Somit wird sichergestellt, dass gerade Risikopatientinnen mit hoher Wahrscheinlichkeit für eine sekundäre Sectio von einer Regionalanästhesie profitieren können.

Von großer organisatorischer Bedeutung ist der Hinweis zur Vereinbarung zwischen DGAI und Deutscher Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), nach der gewährleistet werden muss, dass innerhalb von 10 min ein Anästhesist im Kreißsaal zur Verfügung steht. Gegenüber der Vorversion erscheint erstmals die 10-min-Grenze als Empfehlung unserer wissenschaftlichen Fachgesellschaft.

3. Verwendete Substanzen und Applikationswege

Die Empfehlung zur Verwendung einer Kombination aus niedrig dosiertem Lokalanästhetikum und einem Opioid wird präzisiert. Leider werden nur die Konzentrationen (Sufentanil 0,5–1,0 µg/ml,

Bupivacain bis 0,125% und Ropivacain bis 0,175%) benannt. Bei so genauen Angaben hätte ein Hinweis auf das zu verwendende Volumen/Bolusinjektion (8–15 ml) die Dosierungsangabe komplettiert. In der klinischen Praxis steht Ropivacain 0,2% zur Verfügung und wird sicher auch am häufigsten eingesetzt, ohne eine Mischung mit 0,175%iger Konzentration herzustellen. Dagegen wird eindeutig zur Maximaldosis von 30 µg Sufentanil innerhalb 24 h Stellung bezogen, die nunmehr bei Bedarf überschritten werden kann.

In diesem Kapitel wird auch auf den Verzicht auf eine Testdosis eingegangen und im Gegensatz zur vorigen Version eine Erklärung hierzu abgegeben (Adrenalinabgabe kann intravasale Fehllage nicht sicher identifizieren; höherprozentige Lokalanästhetika erhöhen Rate motorischer Blockaden). Auch wenn der Verzicht auf die Testdosis somit von DGAI und BDA nunmehr legitimiert ist, sollte man sich bewusst sein, dass bei intravasaler Fehllage die Injektion eines Lokalanästhetikums schwere Herzrhythmusstörungen oder zerebrale Krampfanfälle bei der Mutter und ein „ion-trapping“ beim Fetus auslösen kann.

Wird eine Schwangere peripartal mit einem Epiduralkatheter und einem zentralen Venenkatheter ausgestattet, so sind die Zuspritzanschlüsse eindeutig zu kennzeichnen. Diese Empfehlung beruht auf Analysen des letzten Dreijahresreports „Saving Mother's Lives“ aus Großbritannien [4]. Zusätzlich sollte die Schulung des involvierten Personals nicht vergessen werden.

In diesem Kapitel der neuen Handlungsempfehlung wird außerdem eindeutig die intermittierende oder patientenkontrollierte Bolusgabe zur epiduralen Analgesie gegenüber einer kontinuierlichen Infusion bevorzugt, weil Letztere vermehrt zu motorischen Blockaden führt [5]. Somit ist in Krankenhäusern ohne eigenen Kreißaalanästhesiedienst eine Delegation weiterer Bolusapplikationen an geschultes Personal (Hebamme, Geburtshelfer) einer unkontrollierten Dauerinfusion via Perfusor vorzuziehen.

4. Delegation der Aufrechterhaltung der Analgesie

Unter Abschn. 4.2 wurde der Terminus „Narkoseprotokoll“ durch „Protokoll“ ersetzt und somit den speziellen Gegebenheiten der rückenmarknahen, geburts-hilflichen Analgesie Rechnung getragen. Der Zeitraum der unmittelbaren Überwachung wurde auf 30 min festgelegt. Neu eingefügt wurde die Empfehlung zur Nachvisite bei Patientinnen mit rückenmarknahen Regionalanalgesie- oder Anästhesieverfahren innerhalb der ersten 24 h.

5. Umhergehen unter Regionalanalgesien

Nach aktueller Empfehlung dürfen Nachinjektionen bei Regionalanalgesie nicht im Stehen erfolgen. Der alte Terminus „sollte verzichtet werden“ wurde durch den Terminus „muss unterlassen werden“ ersetzt.

6. Nahrungskarenz

Erstmals wird in den neuen Empfehlungen auf die postoperative Nahrungsaufnahme eingegangen. Bei vigilanten Patientinnen mit wiederhergestellten Schutzreflexen kann unverzüglich mit der Aufnahme kleinerer Mengen klarer Flüssigkeiten begonnen werden.

7. Anästhesieverfahren zur Sectio caesarea

Dieses Kapitel hat eine umfassende Erweiterung erfahren, indem auf die einzelnen Verfahren (Spinal-, Epidural-, kombinierte Spinal-/Epidural- und Allgemein-anästhesie), die Hypotonieprophylaxe, das Management bei Präeklampsie und auf die postoperative Überwachung eingegangen wird. Dabei werden nicht nur Empfehlungen für die Durchführung der Anästhesie, sondern auch Hinweise zu organisatorischen und strukturellen Voraussetzungen gegeben.

Aufgrund der besseren hämodynamischen Stabilität wird aktuell die Spinalanästhesie mit niedrig dosiertem Lokalanästhetikum (7,5–10 mg Bupivacain) in Kombination mit einem Opioid emp-

fohlen. Eine denkbare Kombination wäre z. B. 1 ml Sufentanil (5 µg) + 1,5 ml 0,5%iges hyperbares Bupivacain (7,5 mg), spinal verabreicht. Ergänzt durch 100 µg (0,1 ml) Morphin wird die Zeit bis zur Anforderung einer postoperativen Schmerztherapie verlängert und der Piritramidbedarf in den ersten 24 h nach der Sectio deutlich reduziert. Die Epiduralanästhesie bietet sich an, wenn bereits ein Periduralkatheter im Rahmen der geburtshilflichen Analgesie gelegt wurde und wenn eine langsamer einsetzende Sympathikolyse bei Risikoschwangeren (z. B. kardiale Vorerkrankung) gewünscht ist.

Wegen der höheren Sicherheit für Mutter und Kind sowie der bei Schwangeren sehr kurzen Anschlagszeit gilt die Spinalanästhesie durch einen erfahrenen Anästhesisten auch bei einer dringlichen oder Notfall-Sectio als geeignet. Bei Letzterer sollte dies allerdings in Absprache mit dem Geburtshelfer erfolgen und die Ursache für den Notfall (Hämorrhagie, schwere fetale Bradykardie) Berücksichtigung finden. Die schnellste Möglichkeit zur operativen Entbindung bietet weiterhin die Allgemeinanästhesie mit Notfallintubation.

In der neuen Leitlinie fest verankert ist die Empfehlung, eine Allgemein-anästhesie in der Geburtshilfe stets als „rapid sequence induction“ durchzuführen. Dies beinhaltet in Anlehnung an die Guidelines des National Institute for Health and Clinical Excellence aus Großbritannien auch die Durchführung des Krikoid-drucks [6]. Jede Klinik sollte Algorithmen für das Vorgehen bei schwierigem Atemweg ausgearbeitet und alternatives Instrumentarium zur Verfügung haben.

Die Hypotonieprophylaxe im Kreißsaal sollte neben einer 15- bis 30°-Linksseitenlage die frühe Gabe von Volumen und Vasopressoren beinhalten. Dabei sind kolloidale Lösungen geeigneter als Kristalloide (relative Risikoreduktion 0,68, 95%-Konfidenzintervall 0,52–0,89; [7]). Das Verzögern einer Regionalanästhesie zur Sectio für einen „Volumen-Preload“ ist nicht gerechtfertigt, weil die Prähydratation nicht zu einer Absenkung der Hypotonierate führt. Somit kann die Volumentherapie schon während der Punktion erfolgen. In den neuen Empfehlungen werden Phenylephrin und Cafedrin/Theod-

renalin (Akrinor®) zur Behandlung hypotoner Phasen als gut geeignet bewertet. Auf eine prophylaktische Gabe sollte zum Vermeiden einer möglichen Beeinträchtigung der uteroplazentaren Perfusion verzichtet werden. In der Praxis hat sich im hochfrequentierten Kreißsaal aber das Vorhandensein bereits aufgezogener (mit Medikament, Datum und Uhrzeit beschrifteter) Spritzen mit Akrinor® und Atropin bewährt, um in Notfallsituationen schnell reagieren zu können.

8. Erstversorgung des Neugeborenen

Während in den alten Empfehlungen lediglich mit einem Satz auf die Notwendigkeit von weiterem qualifiziertem Personal für die Versorgung des Neugeborenen hingewiesen wird, widmet sich diesem Thema in den neuen Empfehlungen ein ganzes Kapitel. Hierin wird die Zuständigkeit für die Erstversorgung des Neugeborenen klar dem Geburtshelfer zugewiesen. Wo immer möglich, sollte ein Pädiater/ Neonatologe hinzugezogen werden und bei Hochrisikoschwangeren sowie bekannten Begleiterkrankungen des zu gebärenden Kindes die frühzeitige, präpartale Verlegung in ein Perinatalzentrum erfolgen. Unabhängig von dieser klaren Regelung wird festgestellt, dass jeder Anästhesist in der Lage sein sollte, ein Neugeborenes vorübergehend zu versorgen, wobei das Wohl der Mutter nicht vernachlässigt werden darf. Um Zuständigkeitsprobleme zu vermeiden, wird weiterhin empfohlen, in Kliniken ohne pädiatrische Abteilung eine klare schriftliche Vereinbarung zwischen den Abteilungen für Anästhesiologie und Geburtshilfe zu treffen.

9. Postpartale Hämorrhagien

Peripartale Hämorrhagien sind die häufigste Ursache für schwangerschaftsbedingte Todesfälle, die auf eine mangelnde interdisziplinäre Kooperation oder das Unterschätzen einer vital bedrohlichen Situation zurückzuführen sind [4, 8]. Konsequenterweise wurden die neuen Empfehlungen um ein entsprechendes Kapitel erweitert. Bei Risikokonstellationen (Placenta praevia, Placenta accreta, vorausgegangene Uterus-

Anaesthesist 2010 DOI 10.1007/s00101-009-1673-2
© Springer-Verlag 2010

J. Wallenborn

Durchführung von Analgesie- und Anästhesieverfahren in der Geburtshilfe. Zweite überarbeitete Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

Zusammenfassung

Während Leitlinien systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über angemessene Vorgehensweisen darstellen, sollen Empfehlungen die Aufmerksamkeit der Ärzteschaft auf änderungsbedürftige und beachtenswerte Sachverhalte lenken. Diesem Anliegen werden die neuen Empfehlungen zur „Durchführung von Analgesie- und Anästhesieverfahren in der Geburtshilfe“ der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) umfas-

send gerecht. Es wurden nicht nur Überarbeitungen in Form einer Aktualisierung, sondern auch Ergänzungen in Form der neuen Kapitel „Erstversorgung von Neugeborenen“, „Postpartale Hämorrhagien“ und „Adipositas per magna“ vorgenommen. Im nachfolgenden Beitrag sollen relevante Veränderungen neu formulierter oder komplett ergänzter Abschnitte mit Konsequenzen für die klinische Praxis diskutiert werden.

Schlüsselwörter

Geburtshilfe · Analgesie · Anästhesie · S1-Leitlinie · Handlungsempfehlung

Execution of analgesia and anesthesia procedures in obstetrics. Second revised recommendations of the German Society for Anesthesiology and Intensive Care Medicine and the Professional Association of German Anesthetists in cooperation with the German Society for Gynecology and Obstetrics

Abstract

While guidelines represent systematically developed aids for decision-making on appropriate courses of action, recommendations should focus the attention of the medical profession on noteworthy circumstances which are in need of amendment. The new recommendations on the “Execution of analgesia and anesthesia procedures in obstetrics” of the German Society for Anesthesiology and Intensive Care Medicine (Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, DGAI) and the Professional Association of German Anesthetists (Berufsverband Deutscher Anästhesisten, BDA) in cooperation with the German Society for Gynecology and Obstet-

rics (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, DGGG) comprehensively fulfill these requirements. The new recommendations include not only revisions in the form of updating but also supplementations in the form of the new chapters “Initial care of newborns”, “Postpartum hemorrhaging” and “Morbid obesity”. In the following article relevant alterations to newly formulated or completely amended sections with consequences for the clinical practice will be discussed.

Keywords

Obstetrics · Analgesia · Anesthesia · S1 guideline · Procedural recommendation

atonie, bekannte Gerinnungsstörung) sollen frühzeitig großlumige Venenzugänge gelegt sowie Blutprodukte, Gerinnungsfaktoren und Antifibrinolytika bereitgestellt werden. Hieraus wird das Vorhandensein einer Blutbank und eines Notfalllabors abgeleitet. Eine oxytozinresistente Blutung muss frühzeitig mit Prostaglandinen (nach DGGG innerhalb 15–30 min) therapiert werden, die nach den neuen Empfehlungen nicht mehr intramyometrial appliziert werden sollten. Wird bei unstillbaren Blutungen eine Nothysterektomie erwogen, kann als Ultima Ratio ein Therapieversuch mit rekombinantem Faktor VIa (60–120 µg/kgKG Novoseven®) unternommen werden.

Ergänzend hierzu muss die AWMF-Leitlinie der DGGG zur „Diagnostik und Therapie peripartaler Blutungen“ empfohlen werden [9]. Diese enthält auch konkrete Dosierungsangaben und den Hinweis, dass bei Schwangeren mit massiver Blutung eine frühzeitige Fibrinogensubstitution (initial 2–4 g) essenziell und die Gabe von Heparin relativ kontraindiziert ist.

10. Adipositas per magna

Dieses Kapitel wurde neu in die Empfehlungen der Fachgesellschaften aufgenommen, weil die meisten mütterlichen Todesfälle in Großbritannien und den USA in den letzten Jahren bei adipösen Schwangeren auftraten. Es werden nochmals der Vorteil der frühzeitigen Anlage eines Epiduralkatheters und die Notwendigkeit einer sorgfältigen postoperativen Überwachung (auch nach Spinalanästhesie) betont.

11. Aufklärung in der Geburtshilfe

Erneut wird darauf hingewiesen, dass die Aufklärung über ein Regionalanalgiesieverfahren zur Entbindung möglichst bereits im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge erfolgen sollte. In der Praxis werden wir dennoch weiter gehäuft auf die aufgrund schmerzhaftester Wehentätigkeit nur eingeschränkt aufnahmefähige Schwangere treffen. Nach den neuen Empfehlungen wird die anästhesiologische Aufklärungsverpflichtung er-

leichtert, wenn durch den Geburtshelfer die medizinische Indikation für die Regionalanalogie gestellt (und dokumentiert) wurde.

Im letzten Abschnitt der neuen Empfehlungen wird noch einmal auf die Anwesenheit der werdenden Väter oder einer anderen Begleitperson auf Wunsch der Mutter eingegangen. Dieser Abschnitt deckt sich mit der ausführlicheren alten Empfehlung von DGAI, BDA und DGGG zur „Anwesenheit der Väter bei Sectio caesarea“ aus dem Jahr 1999 [10]. Alle beteiligten Disziplinen müssen mit der Präsenz der Väter im Kreißaal-OP einverstanden sein, womit die reine „Werbung zur Patientengewinnung“ einer geburtshilflichen Abteilung ohne Rücksprache mit der Anästhesiologie ausgeschlossen ist. Die Väter sollten schriftlich über das Verhalten im OP aufgeklärt werden und bestätigen, dass sie auf Aufforderung selbigen sofort verlassen und auf Haftungsansprüche bei Verletzungen infolge eines Kreislaufkollapses verzichten. Dankenswerterweise wird in den neuen Empfehlungen festgeschrieben, dass diese Aufklärung primär dem Geburtshelfer obliegt. Vom Vorliegen solch einer Aufklärung mit Haftungsfreistellung sollte sich der Anästhesist vor Einleitung der Anästhesie überzeugen, da im Ernstfall der Geburtshelfer operiert und der werdende Vater auf der „Anästhesieseite“ kollabiert.

Was zukünftig noch ergänzt werden könnte

Die neuen Empfehlungen sind deutlich ausführlicher als die alten Leitlinien aus dem Jahr 2004. Das umgearbeitete Kap. 7 „Anästhesieverfahren zur Sectio caesarea“ legt eine Umbenennung des Kap. 3 „Verwendete Substanzen und Applikationswege“ in „Analgiesieverfahren zur Entbindung“ nahe. Dies würde gleichzeitig eine Stellungnahme zu alternativen Analgiesieverfahren ermöglichen [“patient-controlled intravenous analgesia“ (PCIA) mit Remifentanyl, „single-shot spinal anesthesia“, inhalative Analgesie mit Entonox], die aktuell selbstverständlich nicht als Verfahren der ersten Wahl anzusehen sind. In Kap. 9 „Postpartale Hämorrhagien“ sind konkrete Dosisangaben wünschens-

wert. So könnte z. B. auf die Höchstdosis von 0,1 mg Methylergometrin als Uterotonikum und die in der Geburtsmedizin verbreitete rektale Gabe von 1000 µg Misoprostol („off label use“: 5 Tbl. Cyto-tec®) statt eines Sulprostonperfusors (Nalador®) hingewiesen werden. Auch wären die Therapie einer Hyperfibrinolyse mit Tranexamsäure und das empfohlene Anheben des Fibrinogenspiegels auf über 1,5 g/l erwähnenswert [9]. Künftige Empfehlungen könnten auch noch um spezielle Aspekte bei Patientinnen unter Tokolyse ergänzt werden.

Fazit für die Praxis

Die aktualisierten Empfehlungen berücksichtigen nahezu alle Aspekte der Durchführung von Analgesie- und Anästhesieverfahren in der Geburtshilfe. Bei Risikopatientinnen wird die frühzeitige Anlage einer Epiduralanalogie unabhängig von der Muttermundweite empfohlen. Als Standardverfahren zur Sectio caesarea ist die Spinalanästhesie mit niedrig dosiertem Lokalanästhetikum in Kombination mit einem Opioid anzusehen. Für die Erstversorgung des Neugeborenen und die Aufklärung der Väter im Kreißaal-OP ist der Geburtshelfer zuständig. Im Notfall sollte der Anästhesist das Neugeborene vorübergehend versorgen können und mit dem Management bei peripartaler Hämorrhagie vertraut sein.

Korrespondenzadresse

Dr. J. Wallenborn

Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, Universitätsklinikum Leipzig
Liebigstraße 20, 04103 Leipzig
Jan.wallenborn@medizin.uni-leipzig.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Gogarten W, Bürkle H, Van Aken H, Wulf H (2004) Durchführung von Regionalanästhesien in der Geburtshilfe. Überarbeitete Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. *Anaesthesiol Intensivmed* 45:151–153
2. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Berufsverband Deutscher Anästhesisten in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2009) Durchführung von Analgesie- und Anästhesieverfahren in der Geburtshilfe, 2. überarb. Empfehlungen. *Anaesthesiol Intensivmed* 50:S490–S495

3. Gogarten W, Van Aken H, Buettner J et al (2007) Rückenmarksnahe Regionalanästhesien und Thromboembolieprophylaxe/antithrombotische Medikation, 2. überarb. Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. *Anaesthesiol Intensivmed* 48:S109–S124
4. Cooper GM, McClure JH (2008) Anaesthesia chapter from *Saving Mothers' Lives*; reviewing maternal deaths to make pregnancy safer. *Br J Anaesth* 100:17–22
5. Vyver M van der, Halpern S, Joseph G (2002) Patient-controlled epidural analgesia versus continuous infusion for labour analgesia: a meta-analysis. *Br J Anaesth* 89:459–465
6. Wee MYK, Brown H, Reynolds F (2005) The National Institute of Clinical Excellence (NICE) guidelines for caesarean sections: implications for the anaesthetist. *Int J Obstet Anesth* 14:147–158
7. Cyna AM, Andrew M, Emmett RS et al (2006) Techniques for preventing hypotension during spinal anaesthesia for caesarean section. *Cochrane Rev* 4: CD002251
8. Waterstone M, Bewley S, Wolfe C (2001) Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study. *BMJ* 322:1089–1093
9. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2008) Diagnostik und Therapie peripartaler Blutungen. <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/015-063.htm>. Gesehen 10.12.2009
10. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Berufsverband Deutscher Anästhesisten sowie Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und Berufsverband der Frauenärzte (1999) Anwesenheit der Väter bei Sectio caesarea, gemeinsame Empfehlung. *Anaesthesiol Intensivmed* 40:153–154