

## Replik zu:

### Das Kind im Aufwachraum

J. Kaufmann · M. Laschat · F. Wappler

(Anästh Intensivmed 2014;55:422-435)

J. Mehler

Sehr geehrte Damen und Herren,

Es ist ohne Zweifel ein großes Verdienst der Kölner Autoren J. Kaufmann, M. Laschat und F. Wappler, mit ihrer Übersichtsarbeit in A&I „Das Kind im Aufwachraum“ [1] einen publizistisch eher vernachlässigten Ort der Kinderanästhesie in den Fokus des Interesses gerückt zu haben. Einige Bemerkungen hierzu seien jedoch erlaubt.

Mit Recht wird das Emergence Delirium (ED) als ein gravierendes Problem dargestellt. Bestürzt und schockiert berichten nicht selten Eltern darüber, wenn sie dies beim Aufwachen ihrer Kinder bereits erlebt haben, und vermuten hierbei meist eine „Unverträglichkeit der Narkose“. Sicher, die Pathogenese ist letztlich ungeklärt, und so werden verschiedene präventive Maßnahmen vorgeschlagen.

Die präoperative Gabe von Midazolam – eine der möglichen Ursachen – wird leider nicht erwähnt. Es existieren zu dieser Problematik eine Reihe von Publikationen; eine umfassende und pointiert formulierte ist die von P.A. Lönnqvist „Midazolam as premedication: Is the emperor naked or just half-dressed? [2]. Auch unsere Erfahrungen bestätigen diesen Zusammenhang. Seit mehr als zehn Jahren verzichten wir in unserem ambulanten Setting auf Midazolam, und infolge nahm die Inzidenz des ED signifikant ab.

Werden diese Publikationen und Erfahrungen i.S. eines kognitiven Bias ausgeblendet, weil man – im deutschen Krankenhausalltag – aus prozeduralen Gründen nicht auf Midazolam ver-

zichten will oder kann? Getreu dem kölschen Motto: „Wat soll dä Quatsch und hammer immer esu jemaat“.

Im weiteren Verlauf der Publikation wird ausgeführt: „Die Anwesenheit der Eltern bei der Narkoseinduktion kann die Angst dagegen nicht verlässlich reduzieren; dies wurde eindeutig und mehrfach nachgewiesen“. Diese Aussage insinuiert m.E., dass getrost auf deren Anwesenheit verzichtet werden kann. Die Literaturangabe zu diesem Statement stammt aus einer Publikation von Zeev Kain aus dem Jahr 2000! Kain hat mehr als 25 Arbeiten zu dieser Thematik publiziert. Liest man neuere Arbeiten des Autors über diese Frage, so erfährt man, dass er dieses Setting nunmehr sehr viel differenzierter beurteilt und den Eltern während der Narkoseeinleitung – bei entsprechender Vorbereitung – einen hohen Stellenwert zubilligt [3].

Zur Therapie des ED: Zunächst und unabdingbar, wie erwähnt, müssen Schmerzen ausgeschlossen bzw. therapiert werden; hierzu stehen Opiate mit schnellem Wirkeintritt (nasal oder i.v.) zur Verfügung. Dann wird vorrangig die Hinzuziehung eines Elternteils empfohlen (Warum erst jetzt?).

Alle anderen dann zur Therapie aufgeführten Substanzen sind m.E. zu lang wirksam und führen dazu, dass die Kinder noch über Stunden schläfrig und benommen sind. Somit kommt letztlich nur die Gabe von Propofol 0,5-1,0 mg/kg (ggf. repetitiv) in Frage und hat sich meiner Erfahrung nach sehr bewährt.

In Wortmeldungen und Diskussionen nach Vorträgen über diesen Komplex

zeigt sich immer wieder, dass viele Kollegen eine mehr auf die Bedürfnisse der Kinder und begleitenden Eltern abgestellte Form der Narkoseeinleitung und die Anwesenheit der Eltern im Aufwachraum für wünschenswert hielten. Die Anzahl und der Ausbildungsstand (Lehrbetrieb) der Mitarbeiter und die räumlichen Gegebenheiten ließen dies aber in der Regel nicht zu. Vielleicht sollte man dies dann so benennen und keine scheinbare (!) wissenschaftliche Evidenz bemühen. Narkoseeinleitung von Kindern unter den Augen der Eltern und deren Anwesenheit in Aufwachraum erfordert ein hohes Maß an Erfahrung, sozialer Kompetenz und Empathie. Und hier sei der Satz von Charles Coté zitiert: „Wir anästhesieren nicht nur das Kind, wir anästhesieren die ganze Familie!“.

Die DGAI – unsere Fachgesellschaft – sucht nach Zukunftsvisionen [4]. Hier ist eine! Das Aufgreifen, Lehren und die Weiterentwicklung solcher Konzepte für unser Fach – welches ja meist mit „technical high sophisticated devices“ assoziiert wird – könnte uns hiermit zu einem komplexeren Profil verhelfen.

## Literatur

1. Kaufmann J, Laschat M, Wappler F: Anästh Intensivmed 2014;55:422-435
2. Lönnqvist PA, Habre W: Midazolam as premedication: Is the emperor naked or just half-dressed. *Pediatr Anesth* 2005;15:263-265
3. Kain ZN, et al : Family-centered preparation for surgery improves perioperative outcomes in children: A randomized controlled trial. *Anesthesiology* 2007; 106:65-74

4. dgai-geschaefsstelle@dgai-ev.de:  
Erneuter Aufruf zur Teilnahme an der  
Umfrage: Zukunft des Fachgebietes  
Anästhesiologie – Ihre Vision ist gefragt!  
Jeder kann mitmachen.

**Dr. med. Joachim Mehler**

Beethovenstraße 62

53115 Bonn, Deutschland

E-Mail: a.mehler@t-online.de