

### Stellungnahme zum Leserbrief

Wir freuen uns sehr über das Interesse des geschätzten Kollegen J. Mehler an dem Thema unserer Übersichtsarbeit „Das Kind im Aufwachraum“ [1]. Wie er richtig bemerkt, erfährt der Aufwachraum oft weniger Beachtung, als ihm zukommen sollte. Dabei ist er der Spiegel der perioperativen Versorgung von Kindern und gehört in den Fokus der kideranästhesiologischen Aufmerksamkeit.

Wie der Kollege Mehler ausführt, können im Aufwachraum Symptome einer Verbesserungswürdigkeit beobachtet werden, deren Kausalität wesentlich früher angesiedelt ist. Schon der erste Kontakt mit dem Patienten und dessen Eltern im Rahmen der Aufklärung kann und sollte durch die Vermittlung von Sicherheit einen Beitrag zu einem ruhigen Aufwachverhalten leisten. Unzweifelhaft besteht ein Zusammenhang zwischen Angst und Aufregung bei der Narkoseeinleitung und postoperativen Agitationszuständen. Ziel der präoperativen Maßnahmen muss daher ein möglichst ruhiges Einschleusen in den OP-Bereich sein. Dieses Ziel wird niemals mit einer pauschalen Maßnahme für alle Patienten zu erreichen sein, sondern hier ist individuelles Vorgehen erforderlich.

Die Möglichkeit zur Anwesenheit der Eltern ist sehr wünschenswert und kann in vielen Situationen von Vorteil sein. Keinesfalls jedoch ist sie ein pauschaler Garant für einen perfekten Ablauf. Beispielsweise führt die regelhaft erlebte Situation, dass die Eltern des Kindes auf dem Weg zum OP erstmalig in seiner Anwesenheit weinen, zwangsläufig zu extremer Verunsicherung des Kindes. In einer solchen Situation kann individuell sogar die Abwesenheit der Bezugsperson

hilfreich sein! Dem kideranästhesiologisch Erfahrenen sollte es möglich sein, die Stabilität der Eltern bei der Vorbereitung abzuschätzen, zu thematisieren und in Einzelfällen sogar von einer Anwesenheit abzuraten. Ganz sicher ist aber grundsätzlich (jedoch nicht pauschal) die Anwesenheit der Eltern für alle „robusten“ Beteiligten wünschenswert. Hierbei ist aber zwangsläufig nicht nur die „Robustheit“ der Eltern, sondern auch der Versorger zu bewerten. Übereinstimmend mit den ERC-Leitlinien zur Reanimation [2] ist eine Anwesenheit dann empfehlenswert, wenn die medizinische Versorgung dadurch nicht beeinträchtigt wird, was erneut von der Erfahrung der Versorgenden mit einer solchen Situation abhängt.

Die Frage, ob durch die Gabe von Midazolam ein positiver Effekt zu erwarten ist, hat einen ebenso ganz klaren individuellen Aspekt. Wenn Midazolam verhindert, dass eine „Kampfeinleitung“ erfolgen muss, ermöglicht es ganz sicher ein sanfteres Erwachen, als ohne dessen Verwendung möglich wäre. Eine pauschale Wertung des Effektes einer Gabe von Midazolam auf die Häufigkeit postoperativer Agitationszuständen hat die Übersichtsarbeit sehr bewusst vermieden, weil eine solche Aussage der Notwendigkeit einer individuell geplanten perioperativen Versorgung nicht gerecht wird. Die von Herrn Mehler berichteten persönlichen Eindrücke – auch wenn über Jahrzehnte gewonnen – können keine wie von ihm bezeichnete „signifikante“ Evidenz darstellen.

Für eine seriöse Bewertung nach wissenschaftlichen Kriterien bieten weder das von Herrn Kollegen Mehler genannte Editorial [3] noch aktuelle Übersichtsarbeiten [4,5] die Möglichkeit zu einer belastbaren Aussage über Nutzen oder Nachteil von Elternanwesenheit oder Midazolam. Wenn Herr Mehler seinen breiten Erfahrungsschatz in eine wissenschaftlich fundierte Diskussion einbringen möchte, sollte dies in Form von objektivierbaren Beobachtungen geschehen, die unter den Regeln einer wissenschaftlichen Herangehensweise entstanden sind.

Der Kollege Mehler kann als niedergelassener Kideranästhesist die gesamte perioperative Versorgung selbständig

durchführen oder mindestens engmaschig überblicken. Somit ist davon auszugehen, dass er eine seiner umfassenden Erfahrung zu verdankende optimale Versorgung und empathische Begleitung für seine Patientenkollektive bieten kann. Gleiches ist in einem großen Krankenhaus mit einer Vielzahl an Mitarbeitern, die auch teilweise noch Erfahrungen sammeln müssen, schwieriger darzustellen. Eine solche Einrichtung bietet den Kindern jedoch im Gegensatz zur niedergelassenen Struktur ein umfassendes Versorgungsspektrum und erfüllt dementsprechend einen medizinisch erheblich weitreichenderen Versorgungsauftrag.

Wenn auch mit großen Mühen zeigen wir in unserer täglichen Praxis, dass es möglich ist, die besten Qualitäten aus „beiden Welten“ zu vereinen. Ganz klar benötigen wir individuelle, passgenaue Lösungen, die sich auch an der Realität des Patienten, des familiären Umfeldes sowie der örtlichen Strukturen orientieren müssen, um einen bestmöglichen Kompromiss aus Sicherheit und Komfort bei der perioperativen Versorgung zu gewährleisten. Und dieses stellt unsere persönliche, vielleicht auch von anderen Maximalversorgern übernehmbare „Vision der Zukunft“ unseres kideranästhesiologischen Fachgebietes für diese Versorgungsstruktur dar.

### Literatur

1. Kaufmann J, Laschat M, Wappler F: Das Kind im Aufwachraum. *Anästh Intensivmed* 2014;55:422-435
2. Biarent D, Bingham R, Eich C, et al: European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010: Section 6. Paediatric life support. *Resuscitation* 2010;81:1364-1388
3. Lonnqvist PA, Habre W: Midazolam as premedication: is the emperor naked or just half-dressed? *Paediatric Anaesthesia* 2005;15:263-265
4. Strom S: Preoperative evaluation, premedication, and induction of anesthesia in infants and children. *Current Opinion in Anaesthesiology* 2012;25:321-325
5. Banchs RJ, Lerman J: Preoperative anxiety management, emergence delirium, and postoperative behavior. *Anesthesiol Clin* 2014;32:1-23.

**Dr. J. Kaufmann · Dr. M. Laschat · Prof. Dr. F. Wappler, Köln**