

Für Helden und Hasenfüße

*Narkosen sollen ein körperliches und psychisches Trauma verhindern, insbesondere bei Kindern. Nicht nur zur Operation und gegen Schmerzen, oft schon zur Diagnostik oder Intervention wie etwa der Bestrahlung ist eine „Stillhaltenarkose“ notwendig. Trotz aller Bemühungen gelingt es nicht immer, Kinder angstfrei in einen schönen Traum zu schicken. Entscheidend ist eine gute Vorbereitung, die Stress für alle Beteiligten vermeiden und den **kleinen Patienten die Angst nehmen** kann.*

Monika Hiltensperger



Gute Vorbereitung wirkt wie der Sandmann

Die Fachkinderkrankenschwester für Anästhesie und Intensivpflege vom Klinikum der Universität München, Ulrike Fügmann, gibt ein Beispiel, wie sich gute Aufklärung auszahlt: Die Mutter der Zwillinge Linda und Carolin hatte Sorge, sie könne ihre fünfjährigen Kinder bei der Anästhesieeinleitung womöglich nicht gleichzeitig betreuen. Das Problem schaffte sie aus der Welt, indem sie die zwei so ausführlich informiert hat, dass sie sich mit einem guten Gefühl weit vor der Einleitung zurückziehen konnte. Ihren Kindern hatte sie regelrecht Vertrauen „eingefloßt“. Sie kannten den Ablauf von den ersten Schritten bis zum Einschlafen auswendig und brauchten sich deshalb vor der Leistenhernien-OP nicht zu fürchten. Die Mutter verabschiedete sich von ihren Töchtern gelassen an der Schleuse, als hätte sie die beiden soeben beim Einrichtungshaus im Kinderparadies abgegeben: „Tschüs – bis bald.“ Genauso gelassen trafen die Kinder auf der anderen Seite der Schleuse auf eine positiv überraschte Anästhesieschwester. Sie war beeindruckt, wie genau die beiden jeden Schritt benannten. Brav hatten sie auf der Station ihre Prämedikation ausgetrunken. Schließlich wussten sie schon vorher, dass die Medizin nicht gut schmeckt, aber zu ihren schönen Träumen beitragen würde. Als Linda die Infusionsnadel sah, sagte sie schnell, noch bevor es Kinderkrankenschwester Fügmann ansprechen konnte: „Das wird jetzt kurz weh tun, so wie der Wespenstich, den meine Schwester am Fuß hatte. Da bekomme ich dann meine Traumspritze rein.“ Und Zwillingsschwester Carolin erklärte ihr: „Gleich bekomme ich von dir eine stinkende Gummimaske vor die Nase gehalten – aber das macht mir nichts.“

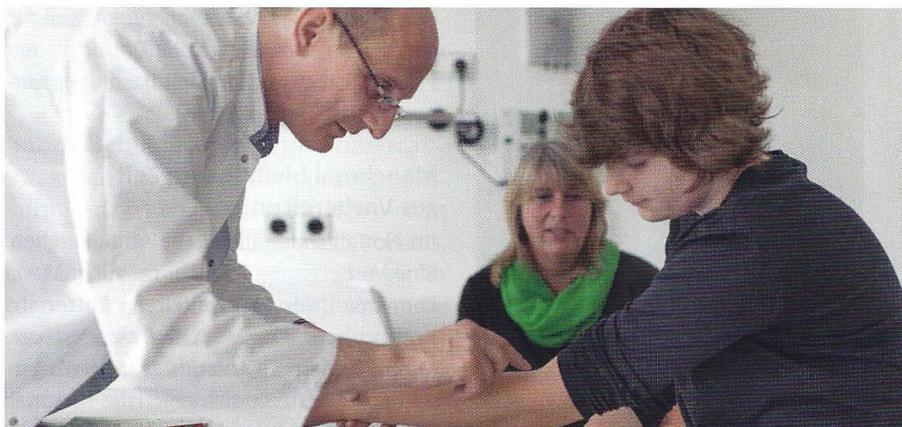
Der fünfjährige Mathias* kommt mit seiner Mutter in die Klinik. Als der Anästhesist abends zum Aufklärungsgespräch das Zimmer betritt, turmt der Junge auf seinem Bett, während die Mutter bei ihm sitzt. Noch bevor das Gespräch beginnen kann, wird der Narkosearzt zu einem Notfall gerufen. Als er zurückkommt, schläft das Kind bereits. Der Narkosearzt verlässt sich deshalb darauf, dass die Mutter ihrem Sohn kindgerecht alle Schritte einer Narkose erklärt, die ihn am nächsten Tag erwarten werden. Doch am Morgen an der Schleuse spielt sich ein Drama ab: Mathias kommt in voller Montur. Er will sich nicht ausziehen, weiß gar nicht, wozu das gut sein soll, schreit und lässt sich nicht anfassen. Einschleusen ist unmöglich. Die Prämedikation kann nicht wirken, weil Mathias sie ausgespuckt hat,

als er bemerkt hatte, wie eklig das Medikament schmeckt. Die Aufforderung seiner Mutter, „Du tust jetzt sofort, was dir die Schwestern sagen!“, bringt überhaupt nichts außer einer noch stärkeren Trotzreaktion. Mathias wehrt sich, noch bevor eine Anästhesieschwester überhaupt in seine Nähe kommt. Um ein Trauma zu vermeiden, setzt der Anästhesist die Operation ab und schickt den Jungen zurück auf die Station. Schließlich stellt sich heraus: Mathias' Mutter hatte es nicht übers Herz gebracht, den Junior darüber zu informieren, dass er aufgrund einer Phimose im Krankenhaus liegt und operiert werden muss. Auch vor einem Aufklärungsgespräch hat sie ihn „verschont“. Kein Wunder, dass sich das Kind wehrt, wenn es weder weiß, was es in der Klinik soll, noch darüber informiert ist, was mit ihm geschehen würde. Dieser Stress lässt sich vermeiden.

* alle Kindernamen geändert

Als Fügmann die Kinder kurz nach ihrer Operation auf der Station besucht hat, spielen sie schon wieder.

Ulrike Fügmann empfiehlt zur Vorbereitung auf Kindernarkosen auch die präoperative Pflegevisite. Anästhesie-Pflegekräfte können so auf der Station die Ausgangssituation erfassen, lernen die Kinder und oft auch deren Eltern kennen, klären auf und schaffen das nötige Vertrauen. Obwohl sie aufwendig, zeitintensiv und bei vielen kleinen, tageschirurgischen Eingriffen schwer umsetzbar ist, baut die Visite vor planbaren Operationen Stress und Ängste ab. Dazu ist ein Dienstplan ohne Rotation für die Anästhesie-Pflegekräfte



Im Aufklärungsgespräch wird nichts verheimlicht. Je genauer Kinder wissen, was auf sie zukommt, desto besser können sie damit umgehen.

→ INFO

Hilfsmittel zur Aufklärung

Einzelne Kliniken stellen ihr eigenes Narkoseaufklärungsbuch her, wie das St. Christophorus-Krankenhaus in Werne: „Schäfchenzählen mit Fred und Paula ... und mit Jonas.“ Die Broschüre zeigt, im Krankenhaus wohnen zwei Schafe, die Kinder auch während der Narkosevorbereitung begleiten. Nebenbei dienen die Tiere als Marketinginstrument, denn viele Kinder möchten unbedingt in das Krankenhaus, in dem die Schäfchen mit in den OP dürfen. Auch Jonas, das Kind im Buch, wird operiert. An ihm sehen die Kleinen, welche Schritte notwendig sind: Voruntersuchung mit Blutabnahme, OP- und Anästhesieaufklärung, das Nüchternbleiben, ein OP-Hemd, der Zaubertank (Prämedikation), das Zauberpflaster (mit Lokalanästhetikum zum schmerzarmen Legen des venösen Zugangs), das auf der Hand die Angst wegzaubert, die Fahrt mit dem Bett zum OP, dass der Vater nicht mit in den OP darf, die OP-Mütze, der Mundschutz bei den OP-Mitarbeitern, EKG-Elektroden, Blutdruckmanschette, das Legen des venösen Zugangs dort, wo das Zauberpflaster war, Infusion, „Traumluftmaske“, das Aufwachen im Aufwachraum, die Rückkehr ins Patientenzimmer zu Mama oder Papa und später wieder nach Hause. Das Buch liegt bei Einweisern und in der Klinik aus. Es ist zu sehen unter: www.krankenhaus-werne.de/pdf/fup.pdf Im Buch „Annas Herzoperation“ vom Bundesverband Herzranke Kinder und dem BKK Bundesverband begleitet Kobold Mutz die kleine Anna in den OP: www.card-ag.de/zeitung/Kinderbuch.pdf Die Uniklinik in München ist gut vorbereitet auf Kindernarkosen. Mithilfe von Handpuppen als Vermittler und Sympathieträger erklä-

ren Pflegekräfte den Kindern die einzelnen Schritte zur Narkose oder auch der Umgang mit einem Tracheostoma nach der Narkose. Nicht zuletzt geistig behinderten Kindern hilft die kindgerechte Darstellung. Das fängt schon bei der Frage nach Allergien an, geht über zum Zeitpunkt des Verabschiedens von den Eltern und zum Traum, den man sich wünschen und dann auch träumen kann, bis hin zum Aufwachraum, wenn die Kleinen an der Seite der Eltern wach werden und sich nach einer Augen-OP nicht ans Auge fassen dürfen. Für die Aufklärung zur Bronchoskopie hat die Handpuppe ein Tracheostoma. Ebenso nützlich ist ein Film wie der von der Anästhesie des Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München. Darin zeigen eine Handpuppe (Sleepy ist ein Känguru) und ein Kind die notwendigen Schritte auf dem Weg zur Narkose. Zusätzlich sollte immer eine Fachkraft anwesend sein, die auf Fragen antworten und Erklärungen liefern kann. Die Münchner Klinik bietet kleinen Patienten auch das Buch „Nicht ohne Frieda“ an, zu beziehen bei der Firma B Braun Melsungen: www.paediatric.bbraun.de/cps/rde/xbr/fw-paediatricde/Kinderbuch_Frieda.pdf Wenn Kinder und ihre Eltern die deutsche Sprache nicht verstehen, stehen ihnen in der Münchner Uniklinik Dolmetscher bereits bei der Aufklärung zur Verfügung.

Nützlich für die Eltern

Nicht alle Eltern wissen, wie sie mit ihrem Kind umgehen sollen, wenn es operiert werden muss. Mit ein paar Tipps legen sie Stress ab und wissen, was ihren Kindern hilft. Diese Informationen vermitteln ihnen, wie sie ihre Kinder gut vorbereiten können, dass Ehrlich-

keit vertrauensbildender wirkt als Verharmlosung, Ruhe besser ist als Hektik, kleine Schritte mehr erreichen als eine Überrumpelung, Regeln nützlicher sind als impulsives Handeln, dass das Lieblings-Kuscheltier gegen Alleinsein hilft, Unterstützung durch Freunde oder Großeltern entlasten können, Einfühlungsvermögen, Nachsicht und Geduld mehr bewirken als Strenge und Hartnäckigkeit. Anregungen für ein Informationsblatt für Eltern: „Mein Kind muss ins Krankenhaus – 10 Bitten an die Eltern“ vom Aktionskomitee Kind im Krankenhaus (AKIK) unter root.akik.de/phocadownload/AKIK-Bitten.pdf Eltern sollten wissen, wenn sie ein tragbares Musikabspielgerät mit Kopfhörer und die Lieblingsmusik ihres Kindes mitbringen können. Sobald die Kinder eingeschlafen sind, beginnt für die Eltern die Zeit des Wartens und Grübelns, aber auch zum Krafttanken. Schon vorher sollten sich Mutter oder Vater überlegen, wie sie diese Zeit angenehm für sich gestalten möchten: mit einem Spaziergang, einem fesselnden Buch, einem Besuch im Café und einer Zeitung?





Kleine Kinder empfinden es oft gar nicht als schlimm, wenn die Eltern sich vor der OP zurückziehen.

notwendig. Der Aufwand zahlt sich aus, ist sich Ulrike Fügmann sicher: „Vor einer Narkose ist die altersgerechte Aufklärung der Kinder ein Muss. Auch Schmerzen und Unangenehmes sind dabei ein Thema. Kinder fürchten sich vor dem Ungewissen, sie haben Angst, wenn für sie unklar ist, was auf sie zukommt. Erfahren sie nicht die Wahrheit, aus Angst, sie könnten diese nicht vertragen, verspielt man seinen Vertrauensvorschuss.“ Eltern, Pflegekräfte und Ärzte können die Kinder vorab informieren. Hilfsmittel wie Handpuppen, Filme oder Bücher unterstützen sie dabei. (→ **Infokasten**) Während der Narkoseeinführung kündigt das Anästhesieteam jeden einzelnen Schritt noch mal an. Obwohl die meisten Kinder wissen, was wann dran ist.

Ergänzendes Mittel gegen Angst

Neben der gewissenhaften Aufklärung und insbesondere bei bereits traumatisierten Kindern schützt eine Prämedikation, verabreicht 20 Minuten vor Narkosebeginn, vor Angst und vor einem weiteren Trauma. Vorab werden die medizinischen Voraussetzungen für das Medikament geprüft. Ist das Kind gesund, werden Dosierung und Verabreichungsform festgelegt. Mögen oder können Kinder die Prämedikation nicht schlucken, bietet sich der Nasenzerstäuber zur Applikation an. Dieser „Adapter“ steckt auf der Spritze und wird ähnlich wie ein Nasenspray verabreicht. Über den Zerstäuber ist eine stärkere Medikamentenkonzentration notwendig. Bei Gastro- oder Duodenoskopien dürfen die Kinder keine schaumgebil-

den Medikamente oral einnehmen, weil das die Sicht beeinträchtigt. Die Dosierung der Prämedikation richtet sich nach dem Körpergewicht (→ **Infokasten**).

Manchmal bleibt keine Zeit zur Vorbereitung

Im Notfall muss alles ganz schnell gehen. Eine Vorbereitung ist nicht möglich: Maria kam mit ihrer verzweifelten Mutter ins Krankenhaus. Das Mädchen war gestürzt. Mit blutendem Gesicht und schrillen Angstschreien wehrte sie sich gegen das Personal. Sie spuckte, trat und ließ sich von niemandem anfassen. Für den Chirurgen war eine Arbeit praktisch unmöglich, so dass er nach der Anästhesie verlangte. Die Anästhesistin sollte es richten – möglichst ohne Berührung und ohne Betäubungsgewehr. Jedenfalls ohne die Situation noch zu verschärfen. Sie griff in die „Trickkiste“ Prämedikation, auch wenn Angst und Schmerzen beim Kind übermächtig waren und sich nicht einfach wegwischen ließen. Die rektale Prämedikation wirkte schließlich innerhalb von fünf bis zehn Minuten. Dann konnte sich der Chirurg das geschundene Gesicht ansehen und eine Therapieentscheidung treffen.

An der Schleuse

Wer Ursache und Wirkung kennt, steuert den Prozess: Schon beim Einschleusen ist

die Sensibilität der Anästhesieprofis gefragt. Sie sollten die Situation erfassen und ihr Handeln entsprechend ausrichten. Einflussfaktoren wie die Erfahrungen von Eltern und Kind, Art und Schwere des Eingriffs oder der Erkrankung, Akutsituation oder elektiver Eingriff, die Wirkung der Prämedikation und nicht zuletzt der Aufklärungsgrad und damit Sicherheit oder Unsicherheit der Eltern spielen eine wichtige Rolle. Manchmal schützen Anästhesiepartner die Eltern, wie die Pflegekraft einer ängstlichen und hektisch zitternden schwangeren Mutter eines Kleinstkindes riet: „Tun Sie sich das nicht an. Gehen sie ins Café und ruhen sich aus. Wenn Sie wieder da sind, bekommen Sie ihr Kind wohlbehalten zurück. Wir passen gut darauf auf.“ Ebenso die Väter, die mit Schweißausbrüchen kämpfen, tun gut daran, sich zurückzuziehen, wenn ihre Säuglinge ruhig auf dem Arm der Kinderpflegekraft liegen.

Denn auch wenn die Eltern ihre Kinder am Übergang in den OP abliefern, sind nicht sie, sondern ihr Kind der Patient. Somit steht der kleine Mensch im Mittelpunkt und wird angesprochen. Die Eltern entkleiden das Kind und übergeben es durch eine Schleuse oder über den OP-Flur an die Anästhesieschwester. Dort erwartet es eine warme Decke und das eigene Kuscheltuch, der Schnuller, das altbekannte

→ INFO

Midazolamsaft zur Prämedikation – Dosierung in der Kinderchirurgie

Midazolamsaft steht in einer Konzentration von 2 mg Midazolam/ml Saft zur Verfügung. Diese hier angegebenen Flüssigkeitsmengen können risikolos auch kurz vor der Narkose (optimal zirka 20 Minuten vorher) oral verabreicht werden.

Gewicht (kg)	Midazolamsaft (ml)	Midazolamdosis (mg)
8–10 kg	3,5 ml	7 mg
10–12 kg	4,0 ml	8 mg
12–14 kg	4,5 ml	9 mg
> 14 kg	5,0 ml	10 mg

Bei Neugeborenen oder Säuglingen < 8 kg kann als alleinige Prämedikation die rektale Applikation von 0,04 mg/kg Atropin erwogen werden. Bronchoskopie: Im Rahmen der Prämedikation für eine Bronchoskopie wird – wenn keine kardialen/sonstigen Kontraindikationen bestehen – routinemäßig 0,04 mg/kg Atropin verordnet. Gastroskopie/Duodenoskopie: Hier ist in jedem Fall die Verabreichung von Midazolam oder anderen Substanzen in Tablettenform strikt zu vermeiden (Schaumbildung, die die Sicht des Untersuchers erheblich beeinträchtigen kann).

Ersteller: PD Dr. H. J. Dieterich, Klinik für Anästhesiologie, Ludwig-Maximilians-Universität München

Stofftier oder ein Gegenstand, der ihm am Herzen liegt. Säuglinge und kleine Kinder, die noch nicht fremdeln, kuscheln sich meist auf dem Arm der Anästhesieschwester in das warme Tuch ein und nuckeln einfach weiter an ihrem Schnuller. Weder weinen noch schreien sie, sondern schlafen ruhig ein. Sie registrieren den Verlust der Mutter gar nicht. So ist es nicht tragisch, wenn sich Angehörige dort zurücknehmen oder entfernen. Anders sieht das bei älteren Kindern aus. Sie fühlen sich sicherer, wenn vertraute Menschen in ihrer Nähe bleiben und mit in die Einleitung gehen.

In der Einleitung

Die Narkoseeinleitung bleibt in guter Erinnerung, wenn das Umfeld kinderfreundlich gestaltet ist. Den Kindern gefällt es, wenn sie bunte Bilder, schillernde Mobiles oder Tiere sehen oder ihre mitgebrachte Lieblingsmusik hören. Eine ruhige Atmosphäre entsteht, wenn Störungen vermieden und ferngehalten werden. Bei Kindern, die in der Uniklinik München häufiger Narkosen bekommen, bezieht das Anästhesieteam immer die vorhergehenden Dokumentationen mit ein. Die Teammitglieder schauen nach: Was hat dem Kind gut getan? Hat es Stress gehabt? Falls ja, woran hat es gelegen? Mit diesen Informationen optimieren sie ihre Arbeit und verringern Fehlerquellen. Unter der Rubrik „Besonderes“ notieren sie auch wieder Details für nachfolgende Narkosen auf dem Protokoll. So zum Beispiel, wenn künftig die Prämedikation höher dosiert werden sollte. Denn Kinder sagen nicht: Das Erlebnis möchte ich nicht noch einmal. Sie reagieren nur, indem sie schreien, sich entziehen oder eben nicht in den OP wollen.

Belohnung ist wichtig

Kinder, insbesondere diejenigen, die öfter operiert werden, legen viel Wert auf Belohnung. Der Phantasie sind dabei keine Grenzen gesetzt. Oft übernehmen das die Eltern, indem sie ihren Sprösslingen ein langersehntes Spielzeug oder ein Stofftier kaufen. Bunte Tapferkeitsurkunden sind ebenfalls sehr beliebt. Kleine Patienten, die regelmäßig zu Behandlungen wie der Bestrahlung kommen, sammeln bunte Perlen, die sie pro Narkose erhalten. Viele Kinder sind so darauf fixiert, dass sie sagen: „Ich mache das nur mit, wenn ich eine Perle be-

komme.“ Am Ende freuen sie sich und zeigen mit Stolz ihre Perlenkette – ein Zeichen ihrer großen Tapferkeit.

Interdisziplinärer Informationsfluss

Ohne den interdisziplinären Informationsaustausch ist eine gute Aufklärung nicht möglich, wie das Beispiel zeigt: Thomas, sechs Jahre alt, kam mit Entzündungen in den Kniegelenken. Beinahe auswendig kennt er den Anästhesieablauf bis zum Einschlafen. Was er und auch die Anästhesie-Mitarbeiter nicht wissen konnten, war, dass der Transport vom Bett auf den OP-Tisch mit schlimmsten Schmerzen verbunden war. Niemand konnte ahnen, dass er riesige Eiterherde, einen solch ausgeprägten Befund hatte. Und so konnten sie Thomas vor diesem Schritt nicht auf die bevorstehenden Schmerzen hinweisen. Er schrie und weinte, bis er endlich eingeschlafen war. Wäre der Befund dem Anästhesieteam bekannt gewesen, hätte der Junge seine Narkose im Bett bekommen. Auch eine Narkoseeinleitung im Arm des Vaters wäre in so einem Fall möglich. Nach der Operation, beim Wachwerden, schrie und tobte Thomas so sehr, dass der Anästhesist die Narkose nochmals vertieft hat. Beim zweiten Aufwachversuch war es nicht besser. Thomas schrie, bis die Anästhesieschwester seinen Vater vom Flur herein bat, damit er den Sohn beruhigen konnte. Als er sein Kind gefragt hat, was los sei, sagte Thomas:



Nach der OP überwacht das Pflegepersonal die kleinen Patienten im Aufwachraum.

„Die haben mir weh getan!“ Thomas musste noch öfter operiert werden. Bei den weiteren Narkosen konnte sein negatives Erlebnis allmählich etwas aufgearbeitet werden. Dass so etwas nicht wieder vorkommen kann, dazu würde die Dokumentation im Narkoseprotokoll beitragen.

Echte Profis

Je öfter chronisch kranke Kinder in den OP müssen, beispielsweise zu Verbandwechseln oder Folgeeingriffen, umso aufgeklär-



Nach dem Aufwachen aus der Narkose sollte der erste Blick des kleinen Patienten ein vertrautes Gesicht erfassen.

LMU		KLINIKUM		KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE		QM	
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN		DIREKTOR: Prof. Dr. Bernhard Zwißer					
QD_ANA_KC_Postoperative Schmerztherapie bei Kindern							
Revision: 01 Inkraftsetzung: 23. 07. 2010				Stand: 07/2010 Ersteller: Dr. M. Kurz			
Postoperative Schmerztherapie bei Kindern							
Standard postoperative Schmerztherapie:				Dosierungsschema Ibuprofen bei Kindern > 6 Kg / 3 Monate		Initialdosis Paracetamol bei Kindern > 33. SSW	
Kinder < 6 Kg		Kinder > 6 Kg / 3 Mo		6 - 9 kg	75 mg supp	2 kg	60 mg supp
1.	Paracetamol	Ibuprofen		10 - 14 kg	125 mg supp	3 kg	75 mg supp
2.	Piritramid	Piritramid		15 - 19 kg	150 mg supp	4 kg	125 mg supp
Alternativ,	Paracetamol			20 - 29 kg	250 mg supp	5 kg	125 mg supp
ggf. zusätzlich:	Metamizol, Diclofenac			30 - 50 kg	400 mg supp	6 kg	185 mg supp
Die Gabe der 1. Stufe erfolgt nach Einleitung						(125 + 60)	
Medikament	Applikation	Altersgrenze	Initialdosis mg/kg	Folgedosis mg/kg	Dosisintervall Stunden	Tageshöchstdosis mg/kg/d	
Ibuprofen	p.o./rektal	3 Mo > 6 kg	10	10	6-8	40 max. 2400 mg/d	
Diclofenac	p.o./rektal/ i.v.	> 1 Jahr (< 6 Jahre off- label)	1 (1-2)	1	8-12	3 max. 150 mg/d	
Paracetamol	p.o./rektal	FG 28-32	20 rektal 20 oral	15	12	35 (max. 48 h)	
		FG 33-36	30 rektal 20 oral	15	8	60 (max. 48 h)	
	> 3 Mo	SGL 0-3 Mo	30 rektal 20 oral	15	8	60 (max. 48 h)	
			30 rektal 20 oral	15	6	90 (max. 72 h)	
i.v.	< 10 kg, reifgeb.	7,5	7,5	6	30 (max. 72 h)		
	> 10 kg	15	15	6	60 (max. 3g/d für 72h)		
Metamizol	p.o.	p.o. / i.v. ab 3 Mo bzw. > 6 kg	10-15	10-15	6	75-100 Max. 5g	
	i.v.						
Piritramid	i.v.	keine	0,05-0,1	0,025-0,05	15 min. (im AWR)		

Postoperative Schmerztherapie bei Kindern

ter sind sie. Meist liegt eine Genehigung der Eltern vor. Die Eltern sind auf dem Weg zum OP nur noch selten oder gar nicht mehr dabei. Müssten sie doch sonst Wochen und Monate permanent an der Seite ihres Kindes im Krankenhaus verbringen. Weder berufstätige Angehörige noch diejenigen, die Geschwisterkinder versorgen müssen, können das leisten. Ab und an begleiten Großeltern ihre Enkelkinder. Und bei schwierigen, zerrütteten Familienverhältnissen sind die Eltern unter Umständen nie da. Aber routinierte Kinder fürchten sich ohnehin nicht. Viele von ihnen verzichten sogar auf die Prämedikation. Die Spritze gibt es in den Verweilkatheter, einen Pikser bekommen sie nicht. Weil sie keine Angst haben, schieben manche sogar das Narkosegerät und fragen nach dem Stethoskop. Tumorkranke Kleinstkinder, die regelmäßig

von zu Hause zur Bestrahlung in Narkose kommen, benötigen keine Prämedikation. Oft strecken sie den Finger für die Sättigung entgegen, denn sie wissen, was abläuft.

Was Kindern gefällt

Umfragen helfen den Pflegekräften, sich besser auf ihre kleinen Patienten einzustellen. So erfahren sie, was die Kinder mögen, was nicht, was ihnen Probleme bereitet und worüber sie sich freuen. Mit diesem Wissen können sie Abläufe und Umgebung kindgerecht gestalten. Ulrike Fügmann fasst ihre Evaluation zusammen: Nicht alle Kinder erinnern sich an den OP. Diejenigen, die sich erinnern, fanden dort am schlimmsten, dass die Maske gestunken hat, der Dornicumsaft nicht schmeckte, das Legen der Infusionsnadel weh tat und dass sie Angst hatten. Am besten gefiel ihnen das Ein-

schlafen mit der Maske, das Aufwachen nach der OP, das Aufzugfahren zum OP, dass sie nichts gespürt haben, die Vögel an der Decke der Einleitung und dass die Mama anwesend war, als sie aufwachten.

Keine Angst

Ein Tag der offenen Tür, bei dem Kinder sehen, wie eine Narkose abläuft und was bei der Anästhesie vor sich geht, führt sie stressfrei an das Thema heran und nimmt ihnen die Angst, wenn sie selbst einmal betroffen sein sollten. Auf dem Schoß der Eltern sind Helden und Hasenfüße oft mutiger als allein. Wenn sie die Applikation der Prämedikation über den Nasenzerstäuber nicht tolerieren, machen sie das im Arm der Mutter eher mit. Mitgefühl und Sensibilität helfen bei der Suche nach dem passenden Umgang mit einem kleinen Menschen. Kinder bekommen vieles mit, oft mehr, als sich vermuten lässt. Für einen respektvollen, ehrlichen Umgang bedanken sie sich mit Vertrauen. ■

LINKS

- Wissenschaftlicher Arbeitskreis Kinderanästhesie: www.ak-kinderanaesthesie.de
- Die Deutsche Liga für das Kind: www.liga-kind.de
- Berufsverband der niedergelassenen Kinderchirurgen: www.kinderchirurgie.com
- Kinder-Narkose.de von Dr. med. Gerhard Lorenz: www2.kinder-narkose.de

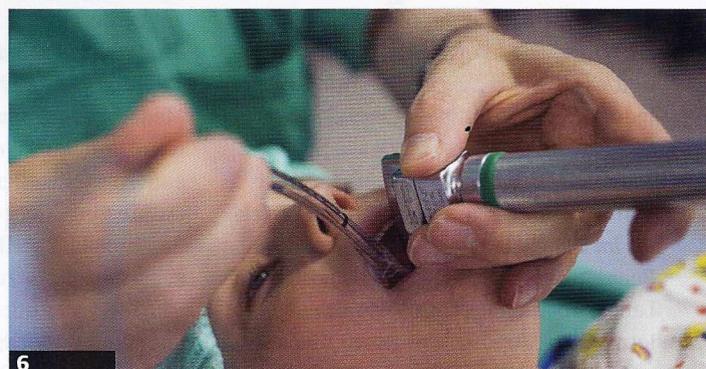
AUTORIN

Monika Hiltensperger
Hiltensperger PR
Asterweg 25
51143 Köln-Zünderhof
Telefon: 02203/182 76 23
info@hiltensperger-pr.de
www.hiltensperger-pr.de



BIBLIOGRAFIE

DOI 10.1055/s-0032-1328858
JuKIP 2012;3: 102-106
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York · ISSN 1439-2569



- 1 Vertrautes schafft Vertrauen. Ohne ihre Puppe mag Anna* den Weg in den OP nicht antreten.
- 2 Dr. Thomas Fischer hat Anna schon erwartet und trägt sie vorsichtig auf den OP-Tisch.
- 3 Ein bisschen Angst darf sein. Während Anna noch bequem gelagert wird, ist sie unsicher, was sie gleich wohl erwarten wird.
- 4 Ablenkung tut gut. Dr. Fischer erklärt Anna genau was er macht.
- 5 Geschafft! Mit ihrer Puppe im Arm schläft Anna ein.
- 6 Die Intubation verläuft problemlos.
- 7 Anna ist nun ganz entspannt und die Operation kann beginnen.

* Name von der Redaktion geändert