

Stationär oder ambulant?

Vorbereitung zur ambulanten Kinderoperation



Dr. med. Matthias Thöns
Arzt für Anästhesiologie, spez. Schmerztherapie
Notfall- & Palliativmedizin, Bochum

In kaum einem Bereich der operativen Medizin hat die ambulante Operation stationäre Eingriffe in einem Maße ersetzt, wie in der Kinderchirurgie.

Mittlerweile werden zirka 80 Prozent der Eingriffe bei Kindern ambulant durchgeführt, Tendenz steigend. Dies kommt dem hohen Bedürfnis der Kinder nach Geborgenheit in ihrer vertrauten Umgebung und dem gleichartigen Wunsch der Eltern entgegen. Der betreuende Kinder- oder Hausarzt bahnt dabei die Entscheidung ob stationär oder ambulant, er wird nach einer Empfehlung für eine operative Einrichtung gefragt und muss notwendige Voruntersuchungen durchführen. Darüber hinaus gibt er fundierte Informationen und reduziert irrationale Ängste bei Eltern und Kindern.

Umgang mit Kindern und Eltern

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen, gleichwohl sollten wir ihnen mit dem gleichen Respekt begegnen. Dazu gehört die ehrliche kindgerechte Aufklärung **genauso wie – soweit wie möglich – die Gabe** von Entscheidungsfreiheit. Kindern hilft es schon, wenn man etwa vor einer Venenpunktion Wahlmöglichkeiten gibt: „Möchtest Du das rosa Stauband oder das mit den Mäusen?“ Begeben Sie sich möglichst auf Augenhöhe, lassen Sie Kuschtiere zu und lügen Sie

niemals: Dies rächt sich spätestens beim nächsten Arztbesuch.

Wohin zur Operation?

Eltern wünschen nicht selten eine Empfehlung zu einer Operationseinrichtung, „Wo ist mein Kind sicher aufgehoben?“. Hier sollte der betreuende Arzt nur Einrichtungen empfehlen, die sich an aktuelle Sicherheitsstandards halten und regelmäßig Eingriffe bei Kindern durchführen: Ärzte mit weniger als 100 Kindernarkosen pro Jahr haben fünfmal mehr Narkosekomplikationen als erfahrenere Ärzte.^{1,2}

Wichtig ist auch, dass der Narkosearzt das Kind nicht erst kurz vor der Maskeneinleitung sehen kann, sondern eine Vorgesprächsstunde eingerichtet ist. Die Ausrüstung der Operationseinrichtung muss den Standards für einen Narkosearbeitsplatz entsprechen, wie es etwa die zuständige Fachgesellschaft DGAI definiert hat und zumindest die Überwachung der Atemgase (Kapnometrie, Oximetrie) sowie eine kindgerechte Ausrüstung umfassen. Im Aufwachraum muss an jedem Bett eine kontinuierliche alarmgesicherte Oximetrieüberwachung vorgehalten werden. Studien zufolge ließ sich so die Sterblichkeit nach Narkosen um 93 Prozent (!) senken³. Darüber hinaus muss für die Überwachung nach den Narkosen protokollführendes qualifiziertes Pflegepersonal vorhanden sein, Operateur und Anästhesist müssen 24 Stunden telefonisch erreichbar sein. Richtig ist es zwar, Eltern in den Aufwachraum hinzuzubitten, inakzeptabel ist es allerdings, sich allein auf ihre Überwachung zu verlassen. Hier wirkt sich der zunehmende „Kostendruck“ höchst negativ auf das Sicherheitsniveau aus⁴. Viele Todesfälle bei ambulanten Narkosen, die in den letzten Monaten durch die Presse gingen, ließen entsprechend übereinstimmende

Mängel erkennen. **Qualität ist sichtbar etwa an einer Zertifizierung** der Einrichtung, letztlich kann man aber auch die Patienten befragen, die man bereits vormals in die Einrichtungen schickte.

Wann geht es nicht ambulant?

Zunächst einmal besteht bis heute kein Konsens, ab welchem Kindesalter eine ambulante Narkose sicher durchführbar ist. Hier wird aber die Ansicht vertreten, Säuglinge **nur unter besonderen Voraussetzungen ambulant operieren zu lassen**. Wenngleich es nur einzelne Fallberichte von Apnoen im Zusammenhang mit Allgemeinanästhesien gibt, so besteht im ersten Lebensjahr stets die Möglichkeit des plötzlichen Kindstodes.



Kindgerecht aufklären, nicht schwindeln!

Findet eine solche Katastrophe in zeitlichem Zusammenhang zu einer Narkose statt, wird man sich nur schwer gegen Vorwürfe verteidigen können.

Bei Kindern mit chronischen Erkrankungen hingegen ist bei stabiler klinischer Situation eine ambulante Operation möglich. Demgegenüber gehören instabile Kinder, insbesondere aber auch bei unsicherem sozialen Umfeld oder erheblichen Verständigungsproblemen



Ohne Angst bessere Anästhesie und besseres Aufwachen.

perioperativ in die Klinik. Auch größere Eingriffe – insbesondere bei gewisser Transfusionswahrscheinlichkeit – werden ausschließlich in speziellen kinderchirurgischen Abteilungen stationär durchgeführt.

OP verschieben?

Eine elektive Operation sollte bei Fieber über 38,5 °C, eitrigem Auswurf oder spastischer Bronchitis verschoben werden. Der Abstand zu Impfungen mit inaktiven Totimpfstoffen beträgt mindestens drei Tage, mit Lebendimpfstoffen 14 Tage zur geplanten Operation. Eine laufende Nase stellt bei vielen Eingriffen (z.B. HNO-Eingriff bei „Rotznase“) allerdings keine Kontraindikation dar.⁵

Bedeutend zur Operationsplanung kann der Kontakt zu anderen Kindern mit Infektionskrankheiten sein. Eine elektive Operation innerhalb einer möglichen Inkubationszeit von Scharlach (zwei bis sieben Tage) oder Varizellen (zehn bis 20 Tage) ist zu vermeiden, gegen viele andere Infektionskrankheiten wird nach möglichem Kontakt der Impfschutz hinterfragt.

Ungewollte stationäre Aufnahmen nach ambulanten Operationen sind mit deutlich weniger als 1 Prozent sehr selten, dabei waren die Hauptgründe anhaltendes Erbrechen und Wechsel des operativen Verfahrens.

Vorbereitung

Entgegen landläufiger Meinung gehört ein **Routineprogramm** an technischen

und laborchemischen Untersuchungen nicht zur heute üblichen Vorbereitung zu einer Operation in Narkose. Lediglich die gewissenhafte Anamneseerhebung und klinische Untersuchung sind unabdingbar. Weiterführende Untersuchungen sind nur dann notwendig, wenn der betreuende Arzt sie auch sonst für wichtig erachtet. Bei fast der Hälfte der Kinder sind zusätzliche **Herzgeräusche** auskultierbar, auch hier ist weiterführende Diagnostik nur bei entsprechender Anamnese sinnvoll und geboten.⁶

Viele Fachgesellschaften – insbesondere auch die HNO-Ärzte – haben sich darauf geeinigt, klinisch gesunden Kindern vor einer ambulanten Operation eine **Blutuntersuchung** zu ersparen.⁷ Das Blutungsrisiko sollte dabei routinemäßig anamnestisch erfragt werden. Hierzu haben sich spezielle Fragebögen – sogenannte „Nichtpieksbögen“ durchgesetzt (www.der-schlafdoktor.de/aktuelles).

Gute Untersuchungen haben gezeigt, dass durch ein Routinelaborprogramm die Sicherheit nicht erhöht wird. Da Laboruntersuchungen fakultativer Leistungsbestandteil im EBM sind, führt der Kinderarzt sie auch noch umsonst durch.

Während man früher recht großzügig eine **Endokarditisprophylaxe** bei verschiedenen Herzvitien empfahl, erwähnen die aktuell gültigen Empfehlungen nunmehr größere Herzoperationen, überstandene Endokarditis oder schwerste zyanotische Herzfehler.⁸

Bereits der voruntersuchende Arzt sollte die Eltern auf die Wichtigkeit der **präoperativen Nahrungskarenz** hinweisen. Speisen, Milch und fruchtfleischhaltige Flüssigkeiten dürfen sechs Stunden vor der Operation zuletzt eingenommen werden, klare Flüssigkeiten sind bis zwei Stunden vorher erlaubt. Nur für Säuglinge gibt es hier eine Erleichterung: Sie dürfen bis zu vier Stunden vor dem Eingriff Muttermilch oder Milchnahrung zu sich nehmen. Eine Dauermedikation ist in aller Regel fortzusetzen, Tabletten dürfen auch vor der Operation mit einem kleinen Schluck Wasser eingenommen werden.

Viel Aufwand, der lohnt

Gut vorbereitete Eltern und Kinder haben ein geringeres Angstniveau. Neuere Untersuchungen zeigen, dass Kinder, die

besonders ängstlich oder tobend in die Narkose hineingehen, auch so wieder herauskommen. Gerade die häufig auftretenden postoperativen Erregungszustände sind nicht nur für Eltern und das ganze Team belastend, sie gefährden auch das operative Ergebnis (zum Beispiel HNO Nachblutung, Nahtinsuffizienz durch Bauchpresse nach Leistenbruch).



Rundum gute Kontrolle der kleinen Patienten beim ambulanten Eingriff.

Die Mühe wird durch extrabudgetär berechnungsfähige EBM Ziffern belohnt (EBM 31010 = 29,30 Euro), obligate Leistungsbestandteile sind Beratung, Aufklärung, Auswahl, Untersuchung und Arztbrief – nicht aber Labor oder weitere technische Untersuchungen. Über den Ablauf von Narkosen informieren verschiedene Internetseiten, selbstverständlich wird hier die Michelelegeschichte empfohlen (www.der-schlafdoktor.de/michelegeschichte).

¹Auroy Y. *Anaesth Analg* 84 (1997) 234

²Jöhr *Anästhesie & Intensivmedizin* 46 (2005) 358

³Tinker et al: Role of monitoring devices in prevention of anesthetic mishaps: a closed claims analysis 71 (1989) 541

⁴Schulte-Sasse, Uwe: Fehler durch Kostendruck: Keine rechtlichen Konsequenzen bei „Managerpfusch“. *Dtsch Arztebl* 2009; 106(42): A-2061 / B-1763 / C-1727

⁵Becke. *Anästh & Intensivmed* 48 (2007) S62

⁶Becke. *Anästh & Intensivmed* 48 (2007) S62

⁷Erberl: Gerinnungsstörungen, auf die Anamnese kommt es an. *Deutsches Ärzteblatt* 103 (2006) 1948.

⁸Thöns, Germing, Mügge: Endocarditis-Prophylaxe nur noch bei Hochrisikopatienten. *Der Hausarzt* 9 (2008) 50

Dr. Matthias Thöns, *Anästhesiepraxis Thöns-Müller-Berge GbR*
58452 Witten