

Editorial

Liebe Leserinnen, lieber Leser,

Ich freue mich, dass ich Ihnen wieder eine Ausgabe von GLANDULinchen präsentieren kann. Das heutige Thema befasst sich mit der Adhärenz.

Was versteht man darunter? Im Alltag könnte man folgende Beispiele bringen: Sie sagen Ihrem Kind „Mach Deine Hausaufgaben!“ oder „Räum' Dein Zimmer auf!“ und das Kind macht es nicht. Irgendwann können Sie dann sagen: „Ist mir egal.“ Aber wie verhalten Sie sich als Eltern, wenn das Kind chronisch krank ist und die Medikamente nicht regelmäßig einnimmt? Wie soll sich der Arzt verhalten? Als Adhärenz wird das Ausmaß definiert, in dem das Verhalten einer Person, wie z. B. die Medikamenten-Einnahme, mit den vereinbarten Empfehlungen des Arztes übereinstimmt. Demzufolge gibt es eine gute und eine schlechte Adhärenz. Warum aber kommt es zu einer schlechten Adhärenz bei Kindern und Jugendlichen? Diese Fragen werden von zwei kompetenten Kolleginnen beantwortet, wobei auch Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie man die Adhärenz verbessern kann.



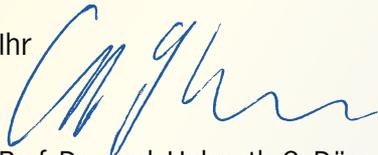
Prof. Dr. med. Helmuth G. Dörr

Mit der heutigen Ausgabe feiern wir auch den 10. Geburtstag von GLANDULinchen. Die erste Ausgabe erschien 2008. GLANDULinchen wurde als die kleine Schwester von GLANDULA entwickelt, um zu zeigen, dass auch Kinder und Jugendliche Hormonstörungen haben, die selten sind, aber richtig diagnostiziert und behandelt werden müssen. Wenn die Patienten volljährig sind, hört die Hormonstörung nicht auf, sondern die Patienten müssen kompetent weiterbehandelt werden. Ein Ziel war auch, dass man die betroffenen Kinder und Jugendliche und deren Eltern frühzeitig mit dem Netzwerk Hypophysen- und Nebennierenerkrankungen e. V. vertraut macht und, wenn möglich, schon integriert. Man muss alles dafür tun, dass sich die Patienten mit Erkrankungen der Hypophyse und Nebenniere, die im Kindesalter behandelt wurden, als junge Erwachsene aktiv in die Selbsthilfegruppe einbringen.

Nun möchte ich mich von Ihnen verabschieden. Nach 10 Jahren ist es Zeit, dass ich die Verantwortung für GLANDULinchen an jüngere Kollegen abgebe. Ich danke Ihnen allen, insbesondere dem ersten Herausgeber von GLANDULA, Herrn Prof. Dr. Hensen, dem aktuellen Herausgeber, Herrn Prof. Dr. Schöfl, Herrn Schulze Kalthoff und dem Netzwerk Hypophysen- und Nebennierenerkrankungen e. V. für die langjährige vertrauensvolle Zusammenarbeit.

Mit herzlichen Grüßen

Ihr



Prof. Dr. med. Helmuth G. Dörr,
Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie
Kinder- und Jugendklinik der Friedrich-Alexander-
Universität Erlangen-Nürnberg

Erlangen, im Mai 2017

Adhärenz bei chronischen Erkrankungen

„**Drugs don't work in patients who don't take them**“

Die Liste der Gründe, warum Patienten sich nicht an das verordnete Therapieregime halten, ist lang: Vergessen, andere Prioritäten, bewusste Entscheidung, die Dosis zu reduzieren, fehlende Informationen über die Therapie, Nebenwirkungen usw. Die fehlende Therapietreue stellt eine Herausforderung für den Patienten, seine Familie und das Behandlungsteam dar.

Adhärenz wird definiert als das Ausmaß, in dem das Verhalten eines Patienten mit den Empfehlungen des Behandlers übereinstimmt, beispielsweise in Hinblick auf die Einnahme von Medikamenten, das Einhalten einer Diät oder die Umsetzung von Lebensstiländerungen. Gute Adhärenz entspricht einem konsequenten Befolgen des mit dem Therapeuten vereinbarten Behandlungsplanes. Dieser Begriff unterscheidet sich von dem früher gebräuchlichen Begriff „Compliance“, dem reinen Befolgen ärztlicher Anweisungen, indem dem Patienten eine aktive Rolle in der Therapie zugeordnet wird. Der Patient entscheidet zusammen mit dem Behandlungsteam über seine Therapie.

Die Messung der Adhärenz ist schwierig. Schätzungen gehen jedoch davon aus, dass die durchschnittliche Rate der Non-Adhärenz, also des Nicht-Befolgens, bei ca. 25 % liegt. Die Weltgesundheitsorganisation WHO spricht sogar von 50 %. Für die Endokrinologie liegen abgesehen vom Diabetes nur wenige Studien zur Adhärenz vor. Sie untersuchen vor

allem die Therapietreue bei der Behandlung mit Wachstumshormon (GH). Die gefundenen Non-Adhärenzraten variieren hier je nach Studie zwischen 5–82 %, wobei Non-Adhärenz in der Regel als Auslassen einer oder mehr Injektionen pro Woche definiert wird.

Warum ist Non-Adhärenz ein Problem?

Wenn man davon ausgeht, dass für ein optimales Therapieergebnis die verordnete Medikation bzw. Verhaltensweise notwendig ist, ist die Therapie non-adhärenter Patienten nicht optimal. Sie bleibt vermutlich hinter den Ergebnissen zurück, die beim konsequenten Verfolgen der Therapie hätten erzielt werden können. So fand man beispielsweise bei Kindern mit GH-Therapie einen signifikanten, das heißt bedeutenden Zusammenhang zwischen den tatsächlich verbrauchten GH-Ampullen und dem linearen Längenwachstum. Non-Adhärenz könnte also in diesem Fall bedeuten, dass ein Kind seine maximal mögliche Endgröße nicht erreicht. Neben diesen persönlichen Folgen führt Non-Adhärenz zu enormen Kosten im Gesundheitssystem. Dies liegt an unnötigen Veränderungen der Behandlungsstrategie sowie zusätzlichen diagnostischen Untersuchungen und Krankenhausaufenthalten.

Wie kommt es zu Non-Adhärenz?

Sah man früher die fehlende Motivation des Patienten und seiner



Dr. Gundula Ernst

Familie als Hauptgrund für das Nicht-Befolgen der Therapie an, geht man heute von einem komplexen Zusammenspiel vieler verschiedener Faktoren aus. Personen, die das Therapieregime nicht einhalten, sind nicht unmotiviert, sondern häufig einfach ambivalent. Das heißt, sie kennen gute Gründe, die für die verordnete Einnahme der Medikamente sprechen (z. B. Verringerung von Krankheitssymptomen, Vermeiden von Krankheitsfolgen), aber auch viele Gründe gegen die dauerhafte Einnahme der Medikamente (z. B. Unsicherheit bezüglich des Therapieerfolgs, Auftreten von Nebenwirkungen, Aufwand im Zusammenhang mit der Einnahme, Verringerung der Lebensqualität). Manchen Patienten fehlt auch das Wissen und Können, die Therapie angemessen umzusetzen (beispielsweise inkorrekte Injektion von Medikamenten, unklare Folgen von Dosis-Auslassungen) und oftmals scheitert die Therapieumsetzung einfach an Barrieren im Alltag (z. B. Widerstand des Kindes gegen die Therapie, Vergessen

der täglichen Therapie durch konkurrierende Aktivitäten).

Aber auch Faktoren, die nicht im Einflussbereich des Patienten liegen, können die Therapietreue beeinflussen. Zuzahlungen zu Medikamenten, hoher Aufwand ein neues Rezept zu bekommen, schlechte Erreichbarkeit des Behandlungsteams, lange Wartezeiten oder die Ablehnung der Therapie durch das engere und weitere soziale Umfeld erschweren die konsequente Therapie.

Tabelle 1 zeigt die verschiedenen Faktoren, die Einfluss auf die Adhärenz haben. Für Familien von Kindern mit Hormonstörungen ergeben sich unter anderem folgende Herausforderungen:

- Alter des Kindes: Die Studienlage zeigt, dass die Adhärenz im Jugendalter am geringsten ist. Jugendliche wollen sich so verhalten wie gesunde Gleichaltrige auch und nicht durch die Therapie und krankheitsbedingte Einschränkungen ausgegrenzt werden. Zudem müssen Jugendliche schrittweise die Therapieverantwortung übernehmen. Dies gelingt gerade am Anfang nicht immer zuverlässig. Bei jüngeren Kindern erschweren vor allem das fehlende Krankheitsverständnis und der Widerstand gegen invasive, also in den Körper eingreifende Maßnahmen wie Injektionen die Therapieadhärenz.
- Chronizität und Verlauf der Erkrankung: Bei Hormonstörungen handelt es sich in der Regel um chronische Erkrankungen, die einer dauerhaften, teils lebenslangen Therapie bedürfen. Wenn es zu Verschlechterungen des Gesundheitszustands kommt, sind diese bei

Sozioökonomische Faktoren

Alter
 Bildungsstand
 Familieneinkommen
 Migrationshintergrund/Ethnie
 Risikofaktoren wie Ein-Eltern-Familie, Arbeitslosigkeit, weitere Erkrankungen in der Familie, psychische Beeinträchtigungen, soziale Isolation

Individuelle personenbezogene Faktoren

therapierelevantes Wissen & Fertigkeiten
 Einstellungen zur Krankheit und Therapie (z. B. Krankheitsakzeptanz)
 Erwartungen an die Therapie
 Vorerfahrungen mit Therapieerfolgen/-misserfolgen
 persönliche Ressourcen & soziale Unterstützung

Krankheitsbezogene Faktoren

Chronizität der Erkrankung
 Schwere der Erkrankung, ihrer Symptome und ihrer Folgen
 Verlauf der Erkrankung, z. B. symptomarme Intervalle
 psychosoziale Einschränkungen durch die Erkrankung
 Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs

Therapiebezogene Faktoren

Komplexität der Behandlungsstrategie
 Dauer der Therapie
 Nebenwirkungen der Therapie und ihre Behandelbarkeit
 Dauer bis zum Wirkeintritt
 „Sichtbarkeit“ des Therapieerfolgs
 Therapiewechsel, alternative Therapieoptionen

Faktoren des Behandlungsteams/Gesundheitssystems

Vertrauensvolle Beziehung zum Behandlungsteam
 Einbeziehung des Patienten in Therapieentscheidungen
 Umgang mit Adhärenzproblemen
 Zugang zum Behandlungsteam (z. B. Entfernung, Wartezeiten)
 Höhe der Behandlungskosten und deren Übernahme

Tabelle 1: Einflussfaktoren auf die Adhärenz von Patienten

- Hormonstörungen oft schleichend. Beide Faktoren, Langzeittherapie und Fehlen akuter Krisen, haben einen negativen Einfluss auf die Therapietreue.
- Einstellungen zur Krankheit und Therapie: Bei einigen Hormonstörungen ist die Adhärenz durch fehlende Krankheitsakzeptanz innerhalb, aber auch außerhalb der Familie reduziert. Zudem sind selten schnelle Erfolge durch die Therapie zu erwarten. Ebenso bleiben oft schnelle negative Effekte beim Vernachlässigen der Therapie aus, sodass eine kurzfristige Rückmeldung über das eigene Verhalten fehlt.
- Aufwand der Therapie: Je mehr Aufwand und Beeinträchtigung mit einer Therapie verbunden sind, desto schwieriger ist ihre Umsetzung im Alltag. So ist die Adhärenz bei Hormonstörungen, die einer einfachen oralen Tabletteneinnahme mit beispielsweise Thyroxin bedürfen, höher als bei Störungen, bei denen Hormone injiziert werden oder bei denen komplexere Therapien umgesetzt werden müssen. Auch die Seltenheit der Erkrankungen kann hier hineinspielen, da beispielsweise der Aufwand, eine fachlich spezialisierte medizinische Versorgung zu erhalten, bei seltenen Erkrankungen erhöht ist.

- Mitwirken an Therapieentscheidungen: Indem Familien sich in die Planung einbringen, kann die Therapie ausgewählt werden, die der Familie am meisten Vorteile und am wenigsten Einschränkungen verspricht. So deuten Studien darauf hin, dass die Adhärenz größer ist, wenn Familien an der Entscheidung für ein Injektionssystem bei GH-Therapie mitgewirkt haben, als wenn ihnen vom Behandlungsteam ein System verordnet wurde.
- Mehrfachbelastungen von Familien: Familien sind heutzutage einer Vielzahl von Belastungen ausgesetzt. Dazu gehören Doppelbelastung durch Familie und Beruf, getrennt lebende Eltern, Arbeitsplatzunsicherheit, psychische Beeinträchtigungen eines Elternteils oder fehlende familiäre Unterstützung. Dies gilt insbesondere für Familien mit einem chronisch kranken Kind und erschwert die konsequente Umsetzung der Therapie im Alltag.

Wie kann die Adhärenz verbessert werden?

Beim Betrachten der Einflussfaktoren wird deutlich, dass Familien selten bewusst oder gar „böswillig“ die Therapie vernachlässigen. Das Nicht-Einhalten von Therapieplänen hat vielfältige Ursachen. Aufgrund dieser Vielfalt müssen Maßnahmen zur Verbesserung der Adhärenz ebenso komplex sein. Abhängig vom Zeitpunkt in der Therapie und den individuellen Therapie-Barrieren der Familie sind unterschiedliche Maßnahmen auszuwählen.

1. Entscheidung für eine Therapie

Wenn Familien erstmalig mit einer Diagnose oder neuen Thera-

pieform konfrontiert werden, sind sie häufig überfordert angesichts der Fülle neuer Informationen. In diesen Situationen kann eine wiederholte, auf den Wissensbedarf der Familie abgestimmte Information über die Vor- und Nachteile der verschiedenen Therapieoptionen Erleichterung bringen. Ambivalenzen und Befürchtungen über negative Auswirkungen sollten offen thematisiert und wenn möglich ausgeräumt werden.

Neben dem Gespräch mit dem Behandlungsteam greifen Familien heutzutage vermehrt auch auf Informationen zurück, die sie im Internet finden, und tauschen sich dort mit anderen Betroffenen aus. Informationen aus diesen Quellen sollten mit Vorsicht bewertet werden, da sie teilweise einseitig sind und von Personen geprägt werden, die schlechte Erfahrungen gemacht haben.

2. Therapievorbereitung und Schulung relevanter Fertigkeiten

Bei der konkreten Planung der Therapie sollte die Einfachheit des Therapieschemas im Vordergrund stehen (z. B. Kombinations-, Depotpräparate, so wenig Einnahmezeitpunkte wie möglich), um den Therapieaufwand und mögliche Fehler zu minimieren. Darüber hinaus müssen die individuelle Situation und die Bedürfnisse der Familie berücksichtigt werden.

Wenn eine Therapie mehr umfasst als eine tägliche orale Medikamenteneinnahme, brauchen die Familien die notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten, um die Therapie korrekt umzusetzen. Dazu gehört z. B. das praktische Training zur Nutzung eines Pens und zur Dosierung eines Medikamentes, ebenso wie die Information, welche Probleme auftreten

können und was dann zu tun ist. Mögliche Barrieren, die eine Therapieumsetzung im Alltag erschweren könnten, sollten offen diskutiert werden. Gemeinsam kann überlegt werden, was der Familie helfen kann, die Barrieren zu reduzieren.

Beim Typ-1-Diabetes und bei anderen Erkrankungen, die ein intensives Selbstmanagement der Patienten erfordern, sind derartige Schulungen wichtiger Bestandteil der Langzeittherapie. Sie gehen über die reine Instruktion zum Medikamentengebrauch hinaus und vermitteln zusätzlich alltagsrelevante Kenntnisse zur Erkrankung und Therapie. Außerdem greifen sie Probleme der Krankheitsbewältigung im Familienalltag auf. Derartige Schulungen haben nicht nur positive Effekte auf körperliche Parameter, sondern auch auf das psychische Wohlbefinden und die soziale Teilhabe.

3. Verstetigung der Therapie im Alltag

Viele Probleme bei der Therapieumsetzung treten erst bei der Anwendung im Alltag auf. Eine engmaschige Betreuung durch das Behandlungsteam in der Anfangsphase ist daher sinnvoll, bei der offen über Probleme bei der Therapieumsetzung gesprochen wird.

Aber auch im Langzeitverlauf sollte ein regelmäßiges Monitoring (Beobachtung) zur Therapietreue stattfinden. Erfahrungen zeigen, dass die konsequente Medikamenteneinnahme nach 6 Monaten sinkt. Die Therapie sollte bis dahin ausreichend Gewohnheitsstärke haben, dass sie automatisch ausgeführt wird. Tipps zur Verstetigung finden sich in Tabelle 2.

Tipps zur Erleichterung der Therapietreue im Alltag

● **Therapie als Routine**

Damit die Therapie ausreichend Gewohnheitsstärke bekommt, sollte sie immer zur gleichen Zeit, am besten gekoppelt an andere Routinen erfolgen, z. B. die GH-Injektion immer abends vor dem Zähneputzen.

● **Erinnerungssysteme**

Tagebücher oder Erinnerungszettel an gut sichtbaren Stellen können an die Therapie erinnern. Unterstützung bieten auch Apps, die Weckfunktion des Smartphones und andere elektronische Helfer.

● **Berücksichtigung der Individualität**

Jede Familie ist anders. Wenn die Besonderheiten einer Familie die Standardtherapie erschweren, sollte mit dem Behandlungsteam diskutiert werden, ob die Therapie diesen Besonderheiten angepasst werden kann (z. B. Injektion nicht abends, sondern am späten Nachmittag).

● **Nutzung von Belohnungssystemen**

Zu Beginn sollte das Kind, jedes Mal wenn es die Therapie erfolgreich umgesetzt hat, belohnt werden. Es darf z. B. bei der Injektion Fernsehen gucken oder hinterher einen Aufkleber in einen vorbereiteten Plan kleben. Bei einer bestimmten Anzahl von Aufklebern kann das Kind diese gegen eine größere Belohnung „eintauschen“.

● **Monitoring des Therapieerfolgs**

Wenn es einen aussagekräftigen Zielparameter gibt (z. B. Körpergröße bei GH-Therapie), sollte dieser regelmäßig bestimmt und geeignet visualisiert werden. Die Rückmeldung, ob die Therapie erfolgreich ist, ist eine gute Motivation konsequent dabei zu bleiben.

● **Schriftliche Behandlungsverträge**

Bei älteren Kindern und Jugendlichen können schriftliche Verträge hilfreich sein, in denen festgelegt wird, wer welche Aufgaben übernimmt und was bei (Nicht-)Einhaltung passiert.

● **Offener Umgang mit Problemen**

In jeder Therapie gibt es Phasen, in denen die Therapieumsetzung nicht so gut klappt. Ein offenes Gespräch innerhalb der Familie bzw. mit anderen kann dann entlasten und vielleicht neue Lösungsansätze anstoßen.

● **Hilfe in Anspruch nehmen**

Wenn die Familie selbst das Problem nicht in den Griff bekommt, sollten Hilfen von außen in Anspruch genommen werden (z. B. Behandlungsteam, psychologische Beratung, Erziehungsberatung, Selbsthilfe).

Die Verantwortung für die Adhärenz kann nicht nur an die Patienten delegiert werden. Auch das Behandlungsteam hat einen wesentlichen Einfluss: unter anderem eine gute Arzt-Patient-Beziehung, ein offenes Gesprächsklima, das Bewusstsein für Adhärenzprobleme und eine reibungslose Praxisorganisation mit kurzen Wartezeiten tragen zur Adhärenz bei.

Ein so verstandenes Adhärenz-Konzept ist somit Aufgabe von beiden: Familie und Behandlungsteam. Gemeinsam muss immer wieder überlegt werden, wie es der Familie gelingen kann, das Krankheitsmanagement gut in ihren Alltag einzubinden. Die Therapie wird nur dann dauerhaft und konsequent umgesetzt werden, wenn die individuelle Situation der Familie und Faktoren, welche die Therapieumsetzung erschweren könnten, berücksichtigt werden.

Dr. Gundula Ernst,
Dipl.-Psych.
Medizinische Psychologie
Medizinische Hochschule
Hannover
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover
Telefon: 0511/532-4436
Fax: 0511/532-4214
E-Mail:
ernst.gundula@mh-hannover.de

Tabelle 2: Tipps zur Stärkung der Adhärenz

Kostenlose Broschüren zur Kinder- und Jugendendokrinologie

Das Netzwerk Hypophysen- und Nebennierenerkrankungen hat eine Vielzahl informativer Broschüren zur Kinder- und Jugendendokrinologie veröffentlicht. Dazu gehören beispielsweise „Wachstumshormonmangel und Wachstumshormontherapie - vom Kind zum Erwachsenen“, „Störungen der Pubertätsentwicklung“, „Kraniopharyngeom“ und „AGS – Adrenogenitales Syndrom“.

Auf unserer Webseite www.glandula-online.de stehen die Schriften in der Rubrik „Broschüren“ als kostenlose PDF-Downloads zur Verfügung. Die Druckversionen können Netzwerk-Mitglieder kostenfrei bei der Netzwerk-Geschäftsstelle anfordern.



Möglichkeiten zur Verbesserung der Adhärenz

Tabletten schlucken leichter gemacht – wie eine medikamentöse Therapie für Kinder im Alltag besser gelingt

Obwohl Hormonstörungen im Kindesalter heutzutage gut diagnostiziert und behandelt werden können, zeigen sich bei der regelmäßigen Einnahme von Tabletten im Alltag doch nicht selten Probleme: Das Kind versteht die Erkrankung nicht, das Kind will oder kann die Tabletten nicht runterschlucken oder aber die Tabletteneinnahme wird schlichtweg immer mal wieder vergessen. In diesem Artikel sollen Tipps gegeben werden, wie eine medikamentöse Therapie für Kinder und Jugendliche leichter im Alltag umgesetzt werden kann.

Verstehen und erklären

Damit Eltern ihrem Kind die Erkrankung in einfachen, kindgerechten Worten erklären können, müssen zunächst mal die Eltern die Erkrankung gut verstanden haben. Hier sind die Ärzte gefordert, die komplexe Erkrankungsbilder z. B. an der Nebenniere, ohne Verwendung von zu vielen Fachwörtern, erklären lernen müssen. Dabei helfen auch Medien, die von den Herstellern passender Medikamente oder von Fachgesellschaften erstellt werden können. Besonders hilfreich wären kurze Broschüren zur Anatomie (um welches Organ geht es im Körper und was funktioniert nicht) als auch z. B. Filme mit kleinen Protagonisten (Kindern) und eingeschobenen Trick-

film-Szenen, die die Erkrankung aus der Sicht des Kindes und als Sachvideo erklären. Vorbildlich ist hier das umfangreiche Material, welches für Menschen mit Typ-1-Diabetes, speziell auch für Kinder, Jugendliche und Eltern betroffener Kinder, und außerdem für die große Gruppe der Menschen mit Typ-2-Diabetes existiert.

Je seltener eine Erkrankung aber ist, umso weniger wahrscheinlich ist es, dass solche Materialien existieren oder erstellt werden. Hier ist es wichtig, dass Eltern und Ärzte gemeinsam danach streben, dass zumindest für die häufigsten Hormonstörungen kurze Informationsmaterialien erstellt werden. Die Eltern sollten sich unabhängig davon einfallsreich zeigen und dem Kind in altersgerechten, angemessenen Worten immer wieder erklären, worum es geht: *„Am Hals hat jeder Mensch eine Schilddrüse (hier, anzeigen). Die stellt ein Art Kraftstoff her, der ist wie (hier wird jetzt eine Analogie/ein Vergleich eingebaut) z. B. Super-Benzin für das Auto, damit kann das Auto superschnell fahren ... Dir fehlt ein wenig von dem Kraftstoff, aber Benzin ist ja nur für Autos gut ... daher bekommst du genau die richtige Menge von dem Kraftstoff für Menschen als kleine Tablette, jeden Morgen. Damit bist du dann fit und stark“.*



Dr. med. Simone von Sengbusch

Tabletten und Saft, Kapseln und Umhüllung

Die Fähigkeit Tabletten zu schlucken, muss erlernt werden. Das bewusste Schlucken eines Produktes, was nicht die Konsistenz, Textur und Geschmack eines Lebensmittels besitzt, ist damit nicht „kinderleicht“, sondern wie Zähneputzen zu erlernen. Ein Teil der Menschen hat damit gar keine Probleme, ein anderer Teil aber ganz erhebliche. So fürchten viele, dass die Tablette im Rachen kleben oder gar stecken bleibt. Nicht selten führt diese Erwartung zu einem Würgereiz, vor allem wenn mit hoher muskulärer Anspannung geschluckt wird und die Tablette tatsächlich spürbar am Rachen entlanggleitet. Ganz besonders wichtig ist es dabei, dass die Eltern ihre Mimik und Sprachwahl kontrollieren: Manche

Eltern könnten selber nicht gut Tabletten schlucken und rücken daher unbewusst, aber spürbar ängstlich an das Kind heran und fordern es mit Nachdruck auf, eine Tablette zu schlucken. Das Kind spürt dann die Ängste der Eltern und wird sich verweigern. Besser ist es, ganz selbstverständlich, dem Kind Hilfen beim Schlucken anzubieten, also Techniken, die hier beschrieben werden, und im Zweifelsfall mit einem Stückchen Gummibärchen oder kleinen Schokodrops zu üben. Grundsätzlich sollte immer geprüft werden, ob das Medikament auch als Saft existiert oder als Kapsel, was die zweitbeste Schluckalternative ist. Eine Tablette mit Überzug ist gleitfähiger und schluckt sich besser, als eine Tablette ohne Überzug.

Richtig Tabletten schlucken

Grundsätzlich sollten Medikamente nicht im Liegen geschluckt werden und Angaben zur Lagerung, Haltbarkeit und Interaktion mit anderen Medikamenten oder Nahrungsbestandteilen, z. B. Milchprodukten, beachtet werden. Das Personal der Apotheken ist dabei sehr hilfreich, sie können auch das Zusammenwirken vieler verschiedener Medikamente rasch mit Computerprogrammen prüfen. Die meisten Medikamente können mit einer Mahlzeit eingenommen werden, was die Einnahme prinzipiell erleichtert. Wenn sich im Mund eine Portion weich gekautes Brot, Banane oder ein Löffel Fruchtquark oder ein Schluck Smoothie befindet, wird der Rachen mit einer Textur in Berührung gebracht, die bekannt ist. Der Schluckakt ist bei diesen Produkten auch gewünscht. In diesem Speisebrei lässt sich schnell die Tablette einfügen und mit dem

Speisebrei schlucken. Banane ist dafür besonders gut geeignet, da sie auch vom Eigenaroma her einen gegebenenfalls bitteren Beigeschmack oder üblen Geruch eines Produktes überspielt.

Allerdings sollten regelmäßig die Lebensmittel mit „Gleithilfefunktion“ gewechselt werden, damit die Kinder nicht lernen, dass die Einnahme von Banane + Tablette z. B. zu einer Nebenwirkung wie Übelkeit führt. Später könnte dann allein die Banane dieses Missempfinden auslösen. Ganz kleine Tabletten können auch gut in einem größeren Gummibärchen nach kleinem Einschnitt hereingedrückt werden oder nach Absprache mit dem Arzt Tabletten von der Apotheke zerstampft und in Kapseln umgefüllt werden, die prinzipiell leichter zu schlucken sind.

Eine Studie aus Heidelberg aus dem Jahr 2014 (1) hat dabei herausgefunden, dass Tabletten sich gut mit einem großen Schluck Wasser aus einer PET-Flasche einnehmen lassen, dessen Öffnung mit dem Mund umschlossen wird, sodass keine Luft eindringt. Der Kopf sollte dabei leicht nach hinten geneigt sein. Kapseln hingegen sollten mit leicht nach vorn gebeugtem Kopf mit einem großen Schluck Wasser eingenommen werden. Sie schwimmen so förmlich auf dem Wasserstrom nach hinten in den Rachen und können so leicht heruntergeschluckt werden. Es gibt auf dem Markt sogar ein Produkt (2), wo große schwer schluckbare Tabletten kurz vor der Einnahme durch eine Art Überzugsfolie hindurch gedrückt werden, sodass ein gelber Überzug mit Zitronenaroma entsteht, der das Schlucken stark erleichtert. Ob das Zerstampfen und Umfül-

len in Kapseln (in der Apotheke) oder aber diese Art des Überzugs für die Tabletten ihres Kindes geeignet sind, sollten sie in der Apotheke klären lassen.

Tabletteneinnahme in den Alltag einbauen

Unser Leben besteht aus Routinen: Zähneputzen 2 x täglich, Duschen 1 x täglich, Wäsche wechseln 1 x täglich, Geschirrspüler ein- und ausräumen alle 1–2 Tage, Einkaufen, Fitness-Training, Saugen, Tanken, Steuererklärung machen. Manche Routinen sind schön und fest in den Alltag integriert (morgens einen Kaffee kochen), über die denkt man gar nicht nach, das ist einfach so. Andere Dinge im Alltag erfordern immer wieder das eigene Anfeuern (zum Sport gehen, Steuererklärung vorbereiten), wobei es auf jeden Menschen ankommt, was schnell zur Routine wird und was nicht. Eine Tablette zu einem festen Zeitpunkt einzunehmen, ist eine neue Routine, die in das Leben integriert werden muss. Und je häufiger und je mehr Tabletten (oder zum Beispiel auch Insulininjektionen) es sind, umso mehr muss man sich darüber Gedanken machen, wie eine neue Tätigkeit nun zur Routine wird.

Zunächst mal sollten Eltern sich darüber klar sein, dass die meisten Teenager noch nicht selbstverständlich 2 x täglich absolut verlässlich ihre Zähne putzen. Es kann daher von ihnen auch kaum erwartet werden, so viel Selbstfürsorge zu zeigen, dass sie 3 x täglich ganz verlässlich eine Tablette schlucken.

Daher ist es wichtig, das Kind, aber auch noch den Teenager oder Jugendlichen zu unterstützen. Dies kann z. B. zunächst dadurch erfolgen, dass Sie als Eltern eine

positive Grundhaltung einnehmen: „Gut, dass wir diese Medikamente haben, sie helfen deinem Körper bei ...!“ Dann sollten Sie Ihr Kind eine wirklich schöne und ausreichend große Box kaufen lassen, also Geschenkkartons mit Motiv- aufdruck, in dem die Vorräte ge- lagert werden, und vielleicht eine kleine Box derselben Serie für den Ort, wo die Tabletten verwahrt werden. Es muss Freude machen, die Box anzusehen, wie schönes Geschirr oder einen Becher mit schönem Aufdruck, der nur für die Einnahme dieser Tablette gekauft wurde.

Die Einnahme von Tabletten kann dadurch erleichtert werden, dass man sie an einem Ort sichtbar lagert, wo das Kind oder die Eltern regelmäßig hinsehen (Zahnbürste, Nachttisch, auf dem Frühstück- steller). Je wortloser die Hilfe zur Einnahme erfolgt, also ohne stän- dig ermahnendes „du musst noch ... hast du schon ... es ist deine Erkrankung, du musst selbst an dich denken ...!“, umso leichter wird dies zur Routine. Hilfreich

sind dabei auch Apps, die an die Tabletteneinnahme akustisch und optisch erinnern. Auch eine gute Option, vor allem bei einer großen Anzahl von Tabletten, die jeden Tag eingenommen werden müssen, ist der Service einiger Apotheken, die Tabletten in kleinen Tütchen oder Wochenpackungen zu verblistern. Dieser im Regelfall kostenpflichtige Service erspart es den Eltern, Tabletten in Tagesboxen aufzutei- len. Solche Boxen gibt es in vielen Größen, Farben und Formen. Die Verblisterung hilft sicherzustellen, dass keine Portion vergessen wur- de. Die Tütchen sind mit Namen, Datum, Tageszeit und Medikamen- ten beschriftet und können gut transportiert werden.

Zum Schluss: Loben hilft immer. Loben Sie ihr Kind, wenn es von sich aus an die Tabletteneinnah- me denkt oder/und diese ohne Murren sofort schluckt. Alles lernt sich schneller mit einem kurzen ernst gemeinten Lob der Eltern. „Ich bin so stolz auf dich, dass du so selbstständig an deine Ta-

bletten denkst!“ – so ein Satz zur rechten Zeit und liebevoll, weder übertrieben noch ironisch aus- gesprochen, kann kleine Wunder bewirken.

Dr. med. Simone von Sengbusch ist als Kinderärztin und Diabetologin am Universitäts- klinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, als Ärztin in der Mobilen Diabetesschulung Schleswig-Holstein und als Kinderdiabeteslotsin tätig.

Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein
Campus Lübeck
Ratzeburger Allee 160
23562 Lübeck
E-Mail:
Simone.vonSengbusch@uksh.de

Literatur

- (1) Schiele J et al: two techniques to make swallowing pills easier. Annals of Family Medicine, Vol 12, Nr. 6, Nov/Dec. 2014
- (2) www.medcoat-schluckhilfe.de

Tagungen und Kongresse 2017

Bundeskongress 2017 der AGS-Eltern- und Patienteninitiative

Der Bundeskongress 2017 findet am 8.–10. September 2017 in Hamburg statt.

Weitere Informationen auf www.ags-initiative.de.

JAPED 2017

17.–19. November 2017, Konzerthaus Freiburg

Gemeinsame Jahrestagung der AGPD e. V. und der DGKED e. V. zusammen mit der Österreichischen Arbeitsgruppe für Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie (APEDÖ) und der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie (SGPED)

Weitere Informationen auf www.ja-ped.de.

10th International Meeting of Pediatric Endocrinology.

Das Meeting findet vom 14.–17. September 2017 in Washington, DC, statt.

Weitere Informationen auf <http://internationalmeeting2017.org/>.