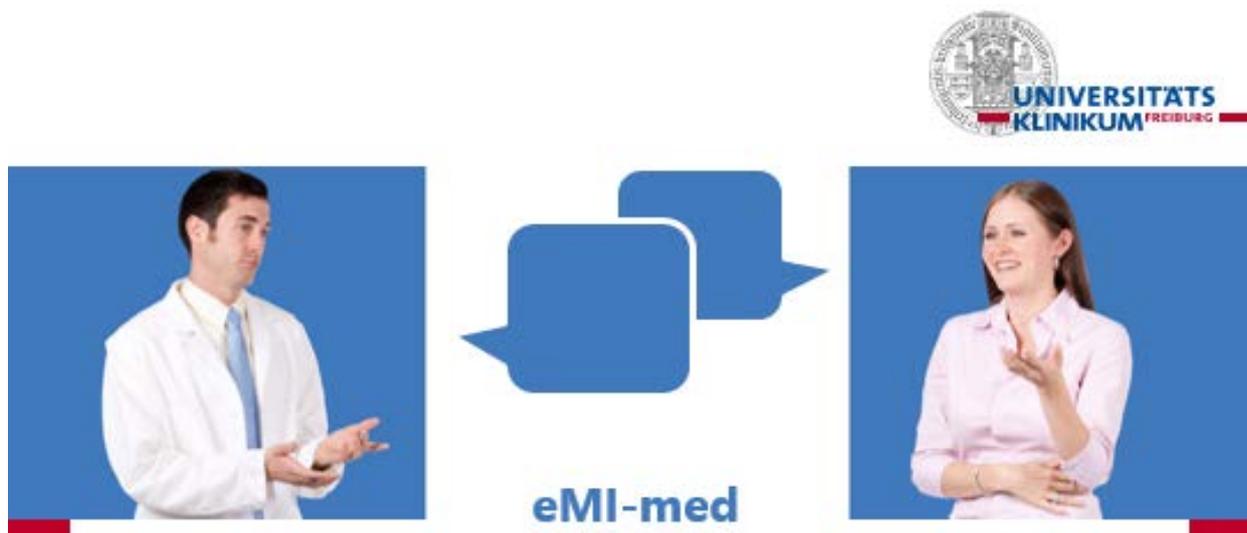


Skript zum E-Learning-Modul „eMI-med“



**Aus dem Department für Zahn- Mund- und
Kieferheilkunde
der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Br.
Klinik für Zahnerhaltungskunde und
Parodontologie**

MI – Teil 1 – Einführung

Was ist Motivierende Gesprächsführung?

Die Motivierende Gesprächsführung (im Englischen Motivational Interviewing oder abgekürzt MI genannt) wurde von zwei Psychologen, William Miller und Stephen Rollnick entwickelt und war ursprünglich zur Behandlung von Alkoholabhängigen gedacht. Aufgrund ihrer guten Therapieerfolge wird die Methode jedoch heutzutage in vielen anderen medizinischen Beratungsfeldern eingesetzt.

Die beiden Psychologen waren damals frustriert über die Methoden und die Ergebnisse der konfrontativen Alkoholtherapien der 80iger Jahre, in denen es darum ging, den Patienten zuerst zu brechen, um ihn dann wiederaufzubauen. Zudem zeigten Untersuchungen, dass je mehr die Patienten angewiesen wurden nicht zu trinken, sie paradoxerweise umso mehr Alkohol tranken.

In weiteren Gesprächsanalysen zeigte sich auch, dass die Erfolgsquote der Therapie stark von der Art der Äußerungen der Patienten abhing und sogenannte selbstmotivierende Aussagen – auf die wir noch genauer eingehen werden – eher mit einem Erfolg der Therapie zusammenhingen.

Definition MI (nach Miller & Rollnick 2013):

„Motivational Interviewing (MI) ist ein **kooperativer, zielorientierter** Kommunikationsstil mit besonderer Aufmerksamkeit auf der **Sprache der Veränderung**. Durch **Erkunden und Hervorrufen** von **individuellen Veränderungsgründen** soll die **persönliche Motivation** und die **Selbstverpflichtung** gegenüber einem **bestimmten Ziel** gestärkt werden. MI findet in einer Atmosphäre von **Akzeptanz und Mitgefühl** statt.“

Diese Definition kann man sich optisch ein wenig vereinfachter darstellen, wenn man sich überlegt, dass der Therapeut den Rahmen des Gesprächs gestaltet und dass der Patient, Veränderungsprozesse durchlebt.



Abb. 1: Die Rolle des Therapeuten

Dementsprechend **findet MI in einem Rahmen von Akzeptanz, Mitgefühl, Empathie, Unterstützung, Kooperation und Hervorlocken statt**. Das Hervorlocken wird auch als Evokation bezeichnet. Der Patient geht in diesem Prozess in ein Erkunden von individuellen Gründen und zeigt dabei die Sprache der Veränderung – in Richtung eines bestimmten Ziels. Die Rolle des Gesprächsführers kann man sich dabei als die eines guten Reiseführers vorstellen, der den Reisenden nicht aufzwingt was Sie sehen müssen, sondern nachfragt, was für sie interessant ist und Ihnen dementsprechend Informationen zur Verfügung stellt.

Die 4 Prozesse im MI:

Im MI werden 4 Prozesse beschrieben. Der **Basisprozess** ist dabei der **Beziehungsaufbau** zum Patienten. Die Beziehung zum Patienten konnte in vielen Studien zur Wirkforschung von Psychotherapien – in denen es auch immer Verhaltensänderungen geht – als wesentlicher Faktor ausgemacht werden. Der nächste Prozess besteht aus der **Fokussierung**, also **einer gemeinschaftlich bestimmten Thematisierung** (z.B. aufs Rauchen oder die Mundhygiene).

Der nächste Prozess ist die **Evokation, die sowohl als Grundhaltung als auch als Prozess beschrieben ist**. Hier geht es wieder darum geht dem Patienten die Gründe und Pläne zur Verhaltensänderung selbst zu entlocken. Der **letzte Prozess stellt die Planung dar**, in welcher die nächsten Schritte zur Verhaltensänderung gemeinschaftlich geplant und festgehalten werden. Dieser Schritt erfolgt aber erst, wenn schon Veränderungsabsicht geäußert wurde.

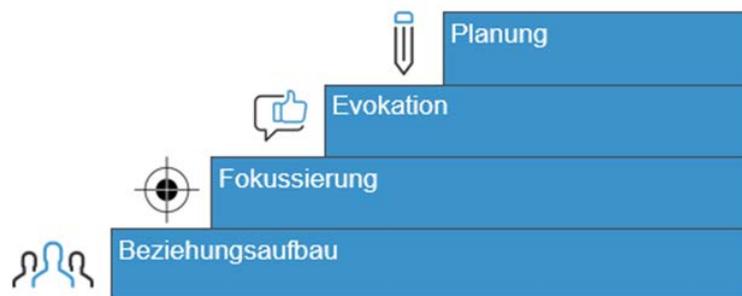


Abb. 2: Die vier Prozesse im MI

Des Weiteren soll der **Korrektur-Reflex** vermieden werden. Einem Patienten helfen zu wollen durch aktive Anweisungen oder Vorschläge (lenkender Stil) führt in der Regel zu einer Abwehrhaltung des Patienten („...ja, aber...“)!

Warum ist dies so? Nach Miller und Rollnick geht **jedes Verhalten mit Vor- und Nachteilen einher, sie nennen dies – Ambivalenz**.

Das kann man sich an folgendem Beispiel besser verdeutlichen, wenn man die Vor- und Nachteile des Rauchens anschaut. Die Ambivalenz wird dabei als eine Waage gesehen. Den Therapeuten fallen schnell die Nachteile des Rauchens ein: wie z.B. Mundgeruch, Krebs, oder dass es Geld kostet. Der Raucher sieht aber auch Vorteile im Rauchen, weswegen er das Verhalten auch Durchführt. Gründe fürs Rauchen können z.B. die Kommunikation mit

anderen Rauchern, die Entspannung sein. Oder auch, dass es Raucherpausen gibt. Wenn der Therapeut nun eine Seite der Waage betont, wird der Patient tendenziell versuchen das Gesagte auszugleichen. Damit erklärt sich dann das „ja, aber“ des Patienten.

Da man als Therapeut nicht die Gedanken des Patienten lesen kann, um seine Ambivalenz herauszufinden, muss man verstärkt auf die Aussagen des Patienten achten. In der Motivierenden Gesprächsführung werden dafür zwei Begriffe genutzt. Der **Change Talk** steht dabei für Aussagen die für eine Verhaltensänderung sprechen bzw. gegen den Status quo. Der Begriff **Sustain Talk** steht für Aussagen, die gegen eine Verhaltensänderung bzw. für den Status quo sprechen. Change Talk bei einem Raucher könnten Aussagen sein wie „Ich muss wirklich ~~Mitglied~~ aufhören.“ oder „Das mit der Raucherentwöhnung klingt ganz gut.“. Sustain Talk zu diesem Thema wären Aussagen wie „Ich kann einfach nicht aufhören.“ oder „Ich rauche gerne.“ –

Miller und Rollnick konnten in Untersuchungen zeigen, dass wenn Patienten mehr Change Talk zeigen auch die Wahrscheinlichkeit steigt, dass sie das Verhalten ändern.

Wenn man über Verhaltensänderungen spricht, muss man sich bewusst sein, dass das Verhalten vielleicht schon viele Jahre nicht durchgeführt wurde. Die Veränderungsabsicht kann noch sehr klein sein und Aussagen im Sinne des Change Talk zeigen dem Therapeuten an, dass der Patient auf dem richtigen Weg ist. **Change Talk kann** unterschiedliche **Bereiche berühren wie z.B. die Selbstwirksamkeit** (Ich kann das schaffen), oder der Absicht (Ich will das schaffen) oder Gründe.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Motivierende Gesprächsführung sich bewusst von einem anweisenden Therapiestil entfernt, hin zu einem unterstützenden Stil, bei dem der Therapeut auf die Aussagen des Patienten achtet, und diesen durch konstruktive Fragen, Reflektionen und Informationen zu einer Verhaltensänderung hin unterstützt.

Lenkender Stil	Geleitender Stil	Folgender Stil
Anordnen	Unterstützen	Nachvollziehen
Befehlen	Aufklären	Interesse zeigen
Verabreichen	Kooperieren	Verstehen
Vorschreiben	Motivieren	Zuhören
Genehmigen	Aktivieren	Zur Seite stehen

Abb. 3: MI orientiert sich am geleitenden und folgenden Stil, nicht am lenkenden Stil!

MI – Teil 2 – Grundhaltungen

Da MI einen starken Fokus auf die Einstellung und innere Haltung des Therapeuten legt, werden hier die Grundhaltungen, die ebenso zu MI gehören wie die in Teil 1 besprochenen 4 Prozesse, nochmals thematisiert und zusammengefasst.



Abb. 4: Die vier Grundhaltungen des MI

Partnerschaftlichkeit:

Zur Grundhaltung der **Partnerschaftlichkeit** benutzen Miller und Rollnick gerne die Metapher, dass **MI eher ein Tanz ist als ein Ringkampf oder verbales Judo**. Dementsprechend ist die Perspektive ein Miteinander und nicht ein Gegeneinander. Das beruht darauf, dass Verhaltensänderungen das Einbringen von Kenntnissen und Fähigkeiten des Patienten benötigen.

Der Therapeut mag Experte für Krankheitsentstehungen und deren Therapie sein, der Patient ist aber in selben Maße Experte für seine individuell entstandene Erkrankung und nur er kann sagen, welche Ressourcen er hat und welche Lösungswege ihm möglich erscheinen. **Tritt der Therapeut im Gegensatz dazu als Experte bzw. Übergeordneter auf fördert das eher Widerstand** und die Expertenfalle.

Mitgefühl:

Unter **Mitgefühl** verstehen Miller und Rollnick **die Förderung des Wohlbefindens des Patienten und Priorisierung derer Bedürfnisse**. Dem geht einher ein Rückstellen der eigenen Interessen (z.B. Erlernen von OP-Techniken, finanzielle Vorteile durch bestimmte Behandlungen) vor denen des Patienten.

Mitgefühl bedeutet sich bewusst für das Wohl anderer einzusetzen und in ihrem besten Interesse zu handeln. Die Grundhaltung des Mitgefühls betont insbesondere eine ethisch korrekte Anwendung von MI, da es auch für z.B. rein verkäuferische Interessen eingesetzt werden könnte.

Akzeptanz:

Miller und Rollnick verstehen **unter dem Begriff Akzeptanz** eine Zusammenfassung von wiederum **4 Domänen**, nämlich einer „**Bedingungsfreien Wertschätzung**“ des Patienten, einer „**Unterstützung seiner Autonomie**“, der **Empathie des Therapeuten** und einer **Würdigung des Patienten**. Wir schauen uns diese Begriffe nun im Folgenden noch genauer an. **Akzeptanz** an sich ist die **Voraussetzung dafür, dass Veränderungsprozesse in Gang kommen**.

Die Begriffe bedingungsfreie Wertschätzung, Würdigung und Empathie wurden stark durch die Arbeiten des Psychologen Carl Rogers geprägt. Nach Rogers geht es um eine wertschätzende Haltung dem Patienten gegenüber, egal wer da auch sitzen mag (vergleichbar mit einem bunten Korb voll unterschiedlichem Gemüse). Er beschreibt dabei die Überzeugung, dass dieser andere Mensch gewissermaßen von Grund auf vertrauenswürdig ist.

Diese **humanistische und positive Einstellung des Therapeuten zeigt nachweislich positive Effekte auf die Arzt-Patienten-Beziehung und die Effekte von Therapien**. Ein klassisches Beispiel aus der Lehrforschung ist, dass wenn Lehrer ihre Schüler für besonders intelligent halten, diese sich auch intelligenter entwickeln. Im Gegensatz dazu erreichen Schüler von Lehrern, die diese für lernschwach halten, auch schwächere Leistungen.

Ein weiteres Thema was Carl Rogers herausgestellt hat, ist die **Empathie**. Er **definierte** sie als Vorgang „**Die innere Welt des Klienten mit ihren privaten, individuellen Bedeutungszusammenhängen zu erspüren, als sei es Ihre eigene, ohne aber jemals die Als-Ob-Qualität des Erlebens aus den Augen zu verlieren.**“

Empathie ist einer der wichtigsten, konsistenten Faktoren zur Förderung der Patientengesundheit und einer der wichtigsten Förderer der Arzt-Patienten-Beziehung.

Gegenteil von Empathie ist das Aufdrängen der eigenen Sichtweise. Während die Sympathie (also das erste Stimmungsgefühl) mit dem Patienten nicht bewusst gesteuert wird, kann die Empathie eingeübt werden.

Ein wichtiger motivationaler Teil der Akzeptanz ist auch die **Unterstützung der Autonomie**. Dies **bedeutet ein Anerkennen und Respektieren der Eigenständigkeit des Menschen** und ihm auch zuzutrauen seinen eigenen Weg zu finden. Es ist ein beschriebenes Paradoxon, dass wenn wir versuchen jemanden in seinen Entscheidungsmöglichkeiten einzuengen (oder zu bevormunden), reagiert dieser typischerweise mit Reaktanz also mit widerständigen Aussagen oder Verhalten.

Wenn der Patient allerdings Autonomie erfährt dann hat er die Grundlage für eine selbstbestimmte Motivation, die auch länger anhält. **Im MI wird die Autonomie besonders dann betont, wenn der Patient Widerstand zeigt**. Ein Beispiel beim Rauchergespräch wäre die therapeutische Aussage: „Sie können jederzeit mit dem Rauchen aufhören oder weiterrauchen. Es liegt nur bei Ihnen“.

Nach Rogers geht es bei der **Würdigung** um **das Suchen und Anerkennen von Stärken, Anstrengungen und Bemühungen des Patienten**.

Dabei ist die Würdigung unter Umständen kein persönliches Empfinden, sondern ein bewusst gestalteter Seins- und Kommunikationsmodus. Ein Beispiel wäre, dass ein Patient darüber klagt, nach 3 Tagen Nichtraucher wieder angefangen zu haben. Der Therapeut kann den Versuch würdigen mit der Aussage: *„Ich finde es eine starke Leistung von Ihnen, diese 3 Tage ausgehalten zu haben!“*. Diese Technik wird auch als Reframing bezeichnet.

Ein anderes Beispiel aus der Zahnmedizin wäre ein Patient, der über Zahnbehandlungsangst klagt und der Therapeut ihn würdigt mit der Aussage: *„Ich finde es toll, dass Sie sich trotz ihrer Angst überwunden haben, her zu kommen!“*. Dies lenkt den Fokus auf die Stärken des Patienten und nicht auf seine Schwächen. Das waren die Bestandteile der Akzeptanz.

Evokation:

Die letzte wichtige Grundhaltung im MI ist die Evokation. **Evokation bedeutet das Hervorlocken bzw. zu Tage fördern von Ressourcen/Ideen/Vorschlägen aus dem Patienten heraus** und steht damit im Gegensatz zu Vorgaben und Ratschlägen von außen. Die **Evokation erfolgt** zumeist **durch offene Fragen** (z.B. „Was bräuchten Sie, um den Rauchstopp zu schaffen?“ oder „Warum ist Ihnen die Änderung wichtig?“). Eine weitere Kommunikationstechnik um Aussagen zu evozieren sind Reflektionen.

MI – Teil 3 – Beziehungsaufbau

„Beziehungsaufbau“ ist der erste der vier Prozesse im MI. Jedes Lebewesen hat sein eigenes Vorgehen um Beziehungen zum anderen aufzubauen oder zu erhalten. Unter **Beziehungsaufbau** verstehen wir einen **Prozess zur Herstellung einer von gegenseitigem Vertrauen und Respekt bestimmten unterstützenden Beziehung**.

Nur warum ist das so wichtig in dem ärztlichen oder zahnärztlichen Beratungsrahmen?

Die Wirkforschung zu therapeutischen Prozessen zeigt konsistent positive Effekte von einer guten therapeutischen Beziehung auf Therapieerfolg und Adhärenz der Patienten. Der Berner Psychotherapieforscher Klaus Grawe untersuchte in diesem Zusammenhang welche psychotherapeutischen Verfahren wirksam sind (sodass diese dann von der Krankenkasse auch übernommen werden sollten). Er kam zu dem **Ergebnis, dass einer der Hauptfaktoren, ob eine Therapie wirksam war oder nicht elementar davon abhing ob eine gute Beziehung zum Therapeuten vorlag**. Dieses Phänomen kann man sich auch gut an dem Beispiel erklären, dass die Ideen und Ratschläge von wichtigen Bekannten viel eher einen relevanten Entscheidungseinfluss haben, als Ansichten von unbedeutenden Dritten oder wohlmöglich Verkäufern. **Dementsprechend sollte dieser Beziehungsaufbau** auch

nicht dem sympathischen Zufall überlassen werden, sondern **durch den Therapeuten aktiv betrieben werden.**

Therapie-Fallen:

Bevor wir zu den Möglichkeiten kommen wie man aktiv eine positive Beziehung zum Patienten aufbaut, gilt es ein paar Fallen zu beachten, in die wir als sogenannte „Experten“ schnell tappen können.

Diagnose-Falle:

Eine Falle ist die sogenannte **Diagnose-Falle**. Mit ihr ist gemeint, dass **durch eine einseitige Befragung des Patienten durch den Therapeuten** – vor allem **mit geschlossenen Fragen** (also Fragen, die man nur mit ja und nein beantworten kann) – **der Patient in eine passive Haltung gebracht werden kann**. In Notfallsituationen kann das angebracht sein, bezüglich aktiven Verhaltensänderungen ist dies eher hinderlich.

Experten-Falle:

Die **Experten-Falle** warnt vor einem **einseitigen Abfragen** und einem **Bevormunden des Patienten durch den Therapeuten bzw. Experten**. Dieser **Modus verhindert einen kooperativen Kontakt** mit dem Patienten **und erzeugt Widerstand** – also eine dem Therapeuten entgegen gerichtete Haltung des Patienten. In der Psychologie wird dieses Phänomen auch Reaktanz genannt. Diese Falle haben wir schon bei den Grundhaltungen kennen gelernt.

Schuldzuweisungs-Falle:

Vor einer **ähnlich widerstandshervorrufenden Haltung** warnt die **Schuldzuweisungs-Falle**. Die **Idee, die Schuld an der Erkrankung mit dem Patienten klären zu wollen, mündet schnell in Vorhaltungen und Reaktanz** und verhindert damit eine Verhaltensänderung. **Dementsprechend geht es beim MI also nicht um Schuldfragen.**

Etikettierungs-Falle:

Ebenso kann **der Versuch, dem Patienten ein Etikett- bzw. eine Diagnose** (wie z.B. „der Raucher“, „die Alkoholikerin“) **aufdrücken zu wollen, beim Patienten Widerstand auslösen** und diese Diagnose womöglich sogar festigen. Im MI geht es dementsprechend weniger darum etwas überstülpen zu wollen als eher nach Veränderungsmöglichkeiten Ausschau zu halten.

Small-Talk-Falle:

Die **Small-Talk-Falle** impliziert, dass **der Therapeut mit dem Patienten nicht das Ziel aus dem Auge verlieren sollte** und somit in Belanglosigkeiten endet, **sondern immer wieder die aktuellen Ziele des Patienten erkunden sollte.**

Vorschnelle Fokussierungs-Fälle:

Weiterhin **kann eine vorschnelle Fokussierung auf ein bestimmtes Thema**, was dem Therapeuten besonders wichtig ist aber dem Patienten nicht, **Widerstand auslösen**. Dagegen **hilft, zusammen mit dem Patienten das Verhaltensthema zu bestimmen** und/oder vor Verhaltensthemen immer um Erlaubnis zu fragen, ob das Gespräch darüber in Ordnung sei. Eine beispielhafte Aussage wäre z.B. *„Wäre es in Ordnung für Sie über das Rauchen zu sprechen?“*

Wie kann nun **aktiv Beziehung aufgebaut** werden?

Der **Beziehungsaufbau ergibt sich** sowohl **durch die Grundhaltungen des Therapeuten**, als auch **durch verbale und nonverbale Kommunikation**. Bezüglich der nonverbalen Kommunikation ist zum Beispiel ein freundlicher Gesichtsausdruck gleich zu Beginn des Erstgesprächs von wesentlicher Bedeutung.

Bezüglich des verbalen Beziehungsaufbaus können folgende Überlegungen helfen:

1. *Welche Wünsche und Anliegen hat der Patient? Wie wichtig sind dem Patienten diese Ziele?*
2. *Schaffen Sie eine gute Atmosphäre!*
3. *Geben Sie einen Überblick über die möglichen Schritte. Erzählen Sie von positiven Veränderungen von anderen Patienten.*

Kommunikationstechniken:

Für den Beziehungsaufbau werden im MI auch verschiedene Kommunikationstechnik angewandt, welche in dem nächsten Kurzvortrag noch genauer dargestellt werden.

MI – Teil 4 – Kommunikationstechniken

Zu den Kommunikationstechniken des MI zählen das **Zuhören**, **Offene Fragen** zu stellen, **Würdigen**, **reflektierendes Zuhören**, **Zusammenfassen** und die **Informationsgabe**, wenn der Patient vorher seine Erlaubnis dazu gegeben hat.

Zuhören:

Die erste Kommunikationstechnik ist das Zuhören. **Zuhören** als Kommunikationstechnik klingt zunächst einmal paradox oder trivial, sie **ist jedoch elementar um die Informationen des Patienten zu erfassen und den Gesprächsanteil des Patienten zu betonen. Im MI geht es nach den Grundhaltungen darum, dass der Patient sich in die Veränderung redet und der Therapeut nach gezielten Aussagen wie dem Change Talk hört.**

Gutes Zuhören benötigt eine ungeteilte Aufmerksamkeit (also Konzentration). Diese wird vor allem durch einen lockeren, aber wiederkehrenden Blickkontakt signalisiert.

Um die Aussagen des Patienten zu fördern, eignen sich Gesprächsverstärker. Diese sind kleine verbale und non-verbale Rückmeldungen in Form von Äußerungen wie „mmh“, „ok“, „ja“ und non-verbale Reaktionen wie Kopfnicken. Diese signalisieren dem Gegenüber ein Zuhören und animieren zum Weitersprechen. Bei sehr gesprächigen Patienten kann das freundliche Einstellen dieser Gesprächsverstärker auch helfen, dass der Patient mit seinen Aussagen zum Ende kommt.

Zusammenfassend dient das Zuhören dem Sammeln von Informationen und dem Klären von Fragen, wie „Was weiß der Patient?“, „Was denkt er über seine Erkrankung?“ und „Höre ich Veränderungssprache?“

Das Zuhören ist zudem wichtig um zu betonen, dass es im MI nicht darum geht, den Patienten zu bereden, sondern **den Patienten dazu zu bringen, sich in die Veränderung zu reden.** Wenn Sie also bei einem Gespräch merken sollten, dass Sie viel reden, dann wird es Zeit wieder den Patienten in das Gespräch mit einzubeziehen.

Warum das so ist? Das **Sprechen über bestimmte Themen wirkt aktivierend und selbstverpflichtend.** Da wir als Gesundheitsexperten schon viel über Gesundheitsveränderung wissen, geht es also nicht darum, dass wir aktiviert werden, sondern der Patient. **Untersuchungen konnten zeigen, dass Menschen sich ihren Aussagen noch stärker verpflichtet fühlen als ihren Gedanken oder Aussagen von anderen Menschen.**

Offene Fragen stellen:

Um den Patienten zum Sprechen zu bringen, werden im MI eher offene Fragen als geschlossene Fragen gestellt. Offene Fragen lassen sich im Gegensatz zu geschlossenen Fragen nicht mit Ja oder Nein beantworten und bringen längere Aussagen mit sich. Damit wird der Patient zum Sprechen über Gesundheitsveränderung gebracht, was ein Ziel der Evokation ist.

Schauen wir uns hier ein paar Beispiele für geschlossene und offene Fragen im Gesundheitssetting an:

Eine häufige Frage beim Zahnarzt lautet „Putzen Sie zweimal am Tag die Zähne?“ – eine bessere offene Frage kann lauten „Wie betreiben Sie aktuell Mundhygiene?“

Die Frage, „kommen Sie mit der Diabetestherapie zu recht?“ bringt dem Behandler kaum Informationen. Besser wäre hier die offene Frage „Wie kommen Sie mit der Diabetestherapie zurecht?“

Auch bei Rauchern bringt die berechnigte geschlossene Frage „Rauchen Sie“ erstmal wenig Information. Im Folgenden kann eine offene Frage wie „Was denken Sie über das Rauchen?“ mehr Informationen hervorlocken.

Ein kleiner Praxistipp: Nach dem Stellen einer offenen Frage, kann es sein, dass der Patient nicht sofort antwortet, da er noch überlegen muss. Hier ist es wichtig, dem Patienten diese Zeit zu geben, und nicht gleich noch andere Fragen hinterherzulegen.

Gute offene Fragen im MI sind fokussiert auf Ressourcen, Change Talk und auf Planungsschritte (insofern der Patient schon Veränderungsabsicht geäußert haben sollte). Beispiele für gute offene Fragen, die allgemein zu Gesundheitsveränderungen passen, sind:

„Warum möchten Sie diese Änderung vornehmen?“

„Wie könnten Sie vorgehen, um dabei Erfolg zu haben?“

„Was sind für Sie drei wichtige Gründe, dies zu tun?“

„Wie wichtig ist es Ihnen, diese Veränderung vorzunehmen?“

„Was glauben Sie nun, was Sie tun werden?“

Das **Zuhören und Stellen von offenen Fragen sind** dabei elementar, um in der therapeutischen Beziehung vom Anweisen **zu einem zuhörenden und unterstützenden Stil zu kommen.**

Würdigen

Eine weitere Kommunikationstechnik ist das Würdigen, was auch mit Loben oder Bestätigen übersetzt werden kann.

Reflektieren:

Eine weitere Kommunikationstechnik ist das Reflektieren. **Reflektieren bedeutet das Wiederholen von Aussagen des Patienten entweder 1:1 oder in eigenen Worten.** Reflektionen treten auch im normalen Gesprächsverlauf bei einer guten Beziehung zwischen Menschen auf. Im MI werden dabei bewusst und gezielt Reflektionen eingesetzt.

Dabei können Reflektionen entweder **einfach** sein d.h. sie geben relativ genau das Gesagte wieder, **oder** sie können **komplex sein**. Dann werden z.B. tiefere Deutungen oder Gefühle gespiegelt. Ein Beispiel für eine einfache Reflektion ist zum Beispiel: ...

Patient: *„So richtig kann ich es nicht glauben, dass die Parodontitis vom Rauchen kommt.“*

Zahnarzt: „Das ist für Sie schwer vorstellbar, dass Rauchen so etwas auslöst.“

Eine besondere Form der Reflektion ist dabei auch die sogenannte überzogene Reflektion. Sie kann verwendet werden um beim Patienten z.B. das Problembewusstsein zu stärken. In dem obigen Beispiel wäre z.B. eine überzogene Reflektion des Zahnarztes: „Also Rauchen macht überhaupt keine Parodontitis.“

Um genauer zu verstehen, warum Reflektionen in vielen Gesprächsmethoden eingesetzt werden, schauen wir uns die **Wirkungen der Reflektion** an: Zum einen erzielen wir mit einer Reflektion immer **eine Zustimmung des Patienten**, da die gedankliche Antwort immer ein „Ja, stimmt.“ beinhaltet. In Verkaufstrainings werden Reflektionen zum Beispiel angewandt um den Kunden in eine zustimmende Haltung (ein sogenanntes Yes-Set) zu bringen.

Ein weiterer Effekt von Reflektionen ist, dass sie beziehungsfördernd sind. Der Patient bekommt das Signal, dass es dem Therapeuten wichtig ist, das Gesagte nochmals hervorzuheben. Eine gedankliche Aussage könnte sein „Meine Worte sind es wert, wiederholt zu werden.“

Reflektionen helfen zudem dem Patienten, sich mit seiner Gedankenwelt strukturiert auseinanderzusetzen und Klarheit zu schaffen. Eine Reflektion ermöglicht dem Patienten auch seine Aussage zu korrigieren oder zu präzisieren.

Last but not least, **helfen Reflektionen auch dem Therapeuten den Patienten besser zu verstehen** und das Zuhören zu verstärken in dem Sinne „Ah, das denkt mein Patient gerade.“

Zusammenfassungen:

Zusammenfassungen sind auch eine Art von Reflektion – nur im größeren Sinnzusammenhang. Sie werden im MI vor allem nach längeren Abschnitten und am Ende angewandt. Sie zeigen dem Patienten nochmal deutlich, dass der Therapeut interessiert und aufmerksam ist. Zudem **geben Zusammenfassungen dem Patienten nochmal Möglichkeiten zu Korrektur und Verarbeitung des Verstandenen.**

Informationsabgabe:

Ein wesentliches Merkmal der Motivierenden Gesprächsführung ist es, dem Patienten nicht einfach ungefragt Informationen und Anweisungen zu geben, sondern sich mit diesen zurückzuhalten. Nichtsdestotrotz können Informationen sehr wichtig sein. Im Idealfall fragt der Patient aktiv nach diesen (z.B. „Herr Doktor, wie kann man das denn behandeln?“). **Wenn Informationen gegeben werden müssen, sollten diese im Sinne des MI nur nach Erlaubnis des Patienten gegeben werden.** Die Eingangsfrage „Darf ich Ihnen ein paar Informationen zu diesem Thema geben?“ bietet sich dafür an und wird so gut wie von keinem Patienten verneint. **Werden ansonsten Informationen aus Sicht des ärztlichen Experten ungefragt gegeben, können diese schnell als Argument verstanden werden und Widerstand auslösen.**

MI – Teil 5 – Fokussierung

Fokussierung im MI bedeutet den fortlaufenden Prozess eine gemeinsame Richtung zu finden und ihr zu folgen.

MI baut in vielen Teilen auf der sogenannten „klientenzentrierten Therapie“ von Carl Rogers auf. Bei dieser therapeutischen Kommunikation folgt der Therapeut dem Klienten in großen Teilen nur mit reflektierendem Zuhören, ohne dass der Therapeut dabei eine Richtung oder neue Informationen mit einbringt. Damit ist diese Kommunikation „non-direktiv“ also die Gesprächsrichtung nicht durch den Therapeuten beeinflusst.

Im Gegensatz dazu **lenkt der Therapeut im MI sanft direktiv die Richtung des Gesprächs. Zumeist** erfolgt dies **durch Fragen, Thematisieren und Reflektionen**. Miller und Rollnick verwenden dafür wieder die Metapher eines Tanzes, wobei ein Tanzpartner führt und sanft die Richtung vorgibt. Damit dieses ohne die Bildung von Widerstand durch den Patienten abläuft, gibt es einige Sachen zu beachten, die im Folgenden thematisiert werden.

Der **Fokus kann im MI durch drei Ausgangssituationen betrachtet werden**: Im Üblichen kommt der Klient mit einem klaren Anliegen, das mit den Kompetenzen des Therapeuten übereinstimmen kann. Der Fokus kann aber auch durch den institutionellen Rahmen (bzw. das Setting) vorgegeben sein (z.B. Facharzt, Zahnarzt, Raucherentwöhnungsprogramm). Der Fokus kann aber auch durch die Fachkompetenz des Therapeuten beeinflusst werden, wenn z.B. ein Patient mit einem hustenden Kind durch den Arzt auf das Thema Rauchen gebracht wird.



- 1) Patientenanliegen
- 2) Setting
- 3) Fachkompetenz des Therapeuten

Abb. 5: Fokussierung

Wie bestimmt man den Fokus?

In der **spezialisierten Praxis** ist der Fokus oft bei beiden Beteiligten, also Arzt und Patient, klar. Hier kann eine **direktive Fokussierung (in Form einer um Erlaubnis bittenden Frage)** ein schneller Weg sein. In diesem Sinne wäre z.B. die fokussierende Frage „*Wäre es in Ordnung für Sie über das Rauchen zu sprechen?*“ In anderen Bereichen, die ein

multifaktorielles Herangehen erlauben, bietet es sich an verschiedene Optionen zu geben und den Patienten darunter auswählen zu lassen. In diesem Sinne wäre die Frage beim Parodontologen: *„Mundhygiene und Rauchen sind zwei wichtige Faktoren in der Parodontitistherapie. Worüber würden Sie gerne sprechen?“*

Wenn der Fokus von Therapeut und Patient noch weit auseinanderliegen und ein multifaktorielles Herangehen möglich ist, **können** Patient und Therapeut auch **erstmal frei Gedanken sammeln, welche Themen wichtig wären**. In diesem Sinne wäre die Frage *„Diabetes kann durch viele Dinge positiv beeinflusst werden. Worüber würden Sie gerne sprechen?“*

Die **Betonung der Autonomie in der Zielsetzung durch den Patienten kann das Vorankommen zum eigentlichen** (vielleicht für den Therapeuten wichtigerem) **Ziel unterstützen**. So kann z.B. bei einem lungenkranken, rauchenden Patienten zunächst das Thema Stressreduktion das primäre Ziel des Patienten sein, bevor dieser sich der Raucherentwöhnung an sich zuwenden kann.

Zusammenfassend gilt für die Bestimmung des Fokusses:

- 1) Fokus sanft direktiv vorschlagen
- 2) Optionen bieten und Fokus durch den Patienten bestimmen lassen
- 3) Patienten non-direktiv den Fokus bestimmen lassen oder Agenda Mapping

Agenda Mapping:

Unter **Agenda Mapping** versteht man im MI **das Sammeln von Themen und Zielen, die für den Patienten zur Verhaltensänderung wichtig sein können**. Nach Frage um Erlaubnis darf der Therapeut aber auch für ihn wichtige Ziele mit einbringen. Dieses Vorgehen kann man auch optisch aufzeichnen und sich zusammenfassend gemeinsam anschauen. Eine Eingangsfrage wie *„Hätten Sie was dagegen, dass wir dafür ein paar Themen und Ziele sammeln?“* kann einleitend sein in das Agenda Mapping. Nach dem Sammeln der Themen, z.B. Rauchen, Sport, Ernährung, Entspannung, kann die Fokussierung z.B. durch die Frage *„Welches der genannten Themen wäre das wichtigste für Sie?“* erfolgen

Sehr häufig passiert es, dass bei mehreren Therapieoptionen oder mehreren Verhaltensthemen, die Fokussierung vorschnell durch den Therapeuten getroffen wird. Deswegen hilft es sich nochmal klar zu machen, dass der Patient der Experte für seine Erkrankung ist.

Dabei können drei Ideen hilfreich sein, die zu beachten sind:

- 1) Geben Sie dem Patienten zunächst Zeit, wichtige Themen zu sammeln
- 2) Würdigen Sie die Ideen und Anliegen des Patienten. Ein möglicher Satz dafür wäre: *„Ich finde Sie haben viele wertvolle Ideen dazu geäußert.“*

- 3) Bei Fokussierung durch den Therapeuten: Formulieren Sie hypothetisch („*Wir könnten noch...*“, „*Ich würde gerne...*“)

Informationen austauschen nach dem EPE-Ansatz:

Manchmal geht es darum, den Patienten mit notwendigem Wissen auszustatten (das der Experte ja mit sich trägt), aber auch wichtige Informationen vom Patienten zu bekommen, da er ja der Experte seiner Erkrankung ist. Ein im MI bewährter Ansatz ist dafür das **EPE**, der sogenannte **Elicite-Provide-Elicite** Ansatz. Bei diesem wird **zuerst nach dem bestehenden Wissen oder Interesse nachgefragt, dann die Information mitgeteilt und dann nach der Wirkung oder dem Verständnis nachgefragt**. So können sandwich-artig Informationen dem Patienten entlockt und auch gegeben werden. Eine Möglichkeit zum Einstieg wären die Fragen „*Mich würde interessieren, was wissen Sie bereits über Diabetes?*“ oder „*Was würde Sie zum Thema Diabetes interessieren?*“ **Bei der Informationsgabe sollten die Informationen knapp, verständlich und priorisiert** gegeben werden. Zudem sollte die Autonomie des Patienten bewahrt werden. Bewährt haben sich dafür begleitende Sätze wie „*Vielen Patienten hat das so geholfen.*“ oder „*Das sind jetzt nur Möglichkeiten für Sie.*“. **Wenn Sie die Information gegeben haben, fragen Sie nach der Wirkung bzw. Interpretation der Information**. Bewährt haben sich dafür Sätze wie „*Habe ich das verständlich erklärt?*“ oder „*Macht das Sinn für Sie?*“ oder eine Reflektion wie „*Sie sehen verwirrt aus.*“

Diagnose und Feedback:

Ein **ärztliches Erstgespräch birgt die Falle, durch ein einseitiges Abfragen von geschlossenen Fragen** durch den Therapeuten, **den Patienten in eine passive Rolle zu drängen** und damit Potential zur Verhaltensänderung zu reduzieren. **Es empfiehlt sich daher, den Patienten zunächst mit einer offenen Frage zu Wort kommen zu lassen**, um sein Anliegen darzustellen. Zudem kann man den Patienten auf die Menge an geschlossenen Anamnesefragen vorbereiten. Eine mögliche Einleitung wäre folgender Satz: „*Wobei darf ich Sie unterstützen?*“ oder „*Womit darf ich behilflich sein?*“. Auf die Anamnesefragen kann der Therapeut den Patienten vorbereiten durch eine Frage wie „*Ich hätte hier eine Reihe von Fragen. Wäre es in Ordnung für Sie die durchzugehen?*“.

Wenn Sie die Diagnostik abgeschlossen haben, lohnt es sich, dem Patienten die Befunde mitzuteilen und seine Reaktion darüber zu thematisieren. Eine mögliche Einleitung wäre die Frage: „*Wäre es in Ordnung für Sie die Befunde durchzugehen?*“. **Geben Sie nach der Befundmitteilung dem Patienten auch genügend Zeit die Information aufzunehmen**. Hier machen viele Therapeuten oftmals den Fehler, zu schnell mit Lösungsvorschlägen zu kommen, obwohl der Patient noch gar keine intrinsische Motivation zur Therapie aufgebaut hat. Eine mögliche Thematisierung wäre mit dem Satz „*Was denken Sie über die Befunde.*“ möglich. Häufig zeigen die Patienten auch nonverbale Reaktionen auf den Befund, die sich für eine Reflektion eignen, wie z.B. „*Sie schauen so kritisch.*“

Dadurch lassen sich gleich zu Beginn der Therapie schon Therapieoptionen aus dem Patienten evozieren und ein individueller Therapieplan erstellen.

MI – Teil 6 – Evokation

Ziel des Evozierens (=hervorrufen, herauslocken) ist es zum einen, den **Change Talk hervorzulocken, zu erkennen und darauf zu reagieren. Bei zunehmenden Change Talk wird eine anschließende Verhaltensänderung wahrscheinlicher.** Der Prozess der Evokation soll dem Patienten helfen, die Ambivalenz in Richtung der Veränderung (= Change Talk) aufzulösen. **Zudem bringt Evokation die eigene Veränderungsmotivation des Patienten zum Vorschein. Durch das eigene Herausarbeiten von Ideen und Lösungsvorschlägen durch den Patienten wird dieser aktiviert und kreativ.** Selbst erarbeitete Ideen haben einen viel höheren Umsetzungsgrad als von außen aufgedrängte. Die Wirkung des MI wird auch oft damit beschrieben, dass *„der Patient sich in die Veränderung hineinredet.“*

Ambivalenz:



Abb. 6: Die „Waage“ der Ambivalenz

Ambivalenz bedeutet das gleichzeitige Vorhandensein widerstreitender Motivationen. Somit zeigt sich Ambivalenz in der Alltagssprache als Nebeneinander von Change Talk und Sustain Talk, quasi das „Für“ und „Wider“. Ambivalenz ist also die Zwischenstufe auf dem Weg zur Veränderung. Eine Beispielaussage vom Patienten wäre dazu *„Ich hätte gerne weißere Zähne, aber auf Kaffee will ich dabei nicht verzichten!“*

Change und Sustain Talk können sich dabei auf verschiedene Ebenen beziehen. Diese sind vor allem...

... Wünsche wie in der Aussage „Ich würde gerne mit dem Rauchen aufhören.“

... Fähigkeiten wie in der Aussage „Ich werde es schaffen mit dem Rauchen aufzuhören.“

...Gründe wie in der Aussage „Meinen Kindern zuliebe muss ich mit dem Rauchen aufhören.“

... Notwendigkeiten wie „Ich muss das jetzt einfach durchziehen.“

... oder bereits unternommene Schritte „Ich habe es schonmal zwei Wochen geschafft.“

Eine weitere Qualität des Change Talk ist es, dass er vorbereitend sein kann oder mobilisierend. Das kann man sich anhand eines Berges vorstellen. Am **Anfang hat der Patient** vielleicht noch **gar keine Vorstellung davon warum er ein Verhalten ändern sollte** – das nennt sich die **Phase der Präkontemplation**. Die Phase der folgenden Absichtsbildung nennt sich die **Kontemplation**.

In diesen Phasen (die bergauf gehen) **äußert der Patient vorbereitenden Change-Talk**, der noch vorsichtig formuliert ist (z.B. im Konjunktiv). **Hat der Patient** am Gipfel einen **Entschluss gefasst**, geht es nun in die Vorbereitung und in die Planung. In dieser Phase **formuliert der Patient sogenannten mobilisierenden Change Talk**, also mit festen



Abb. 7: Der „Change Talk Berg“

Studien deuten darauf hin, dass **ein Überwiegen des Change Talk eher mit einer Verhaltensänderung einhergeht**. Daher sollte dieser im MI vorrangig evoziert werden.

Da der Therapeut wesentlichen Anteil daran hat, wie groß die Anteile an Change Talk und Sustain Talk ausfallen, stellt sich also die Frage, wie man Change Talk fördert? Es gibt mehrere Möglichkeiten, Change Talk zu evozieren:

Offene Fragen:

Eine Möglichkeit Change Talk zu evozieren ist, offene Fragen stellen. Beispielhafte offene Fragen, die auf Change Talk gerichtet sind wären z.B. „*Welche Resultate erhoffen Sie sich von unserer gemeinsamen Arbeit?*“ oder „*Warum wäre eine Rauchfreiheit wichtig für Sie?*“ Dabei können die offenen Fragen auch gezielt die vorhergenannten Domänen ansprechen. Im Bereich Wunsch wäre z.B. die Frage „*Welche Veränderungen würden Sie sich wünschen?*“ passend.

Die Fähigkeiten könnten mit der Frage „*Welche Veränderungen würden Sie sich zutrauen?*“ erfragt werden. Genauso können auch die Bereiche Gründe, Notwendigkeiten oder bereits erfolgte Schritte erfragt werden. Für grundlegende Veränderungen ist die Bearbeitung der hinderlichen Gründe (also des Sustain Talks) jedoch auch nicht unwichtig. Allerdings sollten im MI Fragen vermieden werden, die nur Sustain Talk hervorlocken. Ungeeignet wären deswegen z.B. folgende Fragen: „Warum hat sich bei Ihnen nichts geändert?“ oder „*Warum können Sie nicht besser putzen?*“. Bei diesen Fragen wird der Patient aktiviert sich zu verteidigen und das „alte“ Verhalten eher in Schutz zu nehmen.

Change Talk kann man auch leicht **über eine Skalierung erfragen:**

Fragt man den Patienten z.B. „*Wie zuversichtlich sind Sie die Veränderung erfolgreich umzusetzen auf einer Skala von 0 bis 10?*“ wird er Ihnen einen Wert von 0-10 nennen. Nehmen wir als Beispiel die „5“. **Egal welchen Wert der Patient nennt** (abgesehen von Null), **können Sie nun mit einer offenen Frage nachfragen, warum er diesen Wert gesagt hat und nicht einen Wert darunter** also z.B. die „4“. Dann wird der Patient Ihnen Gründe nennen, warum er zuversichtlich ist – also Change Talk nennen. Fragt man ungeschickter Weise „*warum nur eine 5 und keine 7?*“ wird der Patient Ihnen mit Sustain Talk antworten.

Die Normalität der Ambivalenz ansprechen:

Damit ist gemeint, dem Patienten klarzumachen, dass **Ambivalenz etwas Natürliches ist**, und in jedem Menschen vorhanden ist. Eine mögliche Formulierung wäre: „*Die meisten Menschen haben gemischte Gefühle, wenn sie über Veränderungen nachdenken. Vermutlich gibt es für Sie mehrere Gründe, alles so zu lassen..., aber Sie haben sicherlich auch einige Gründe, die für eine Veränderung sprechen.*“

Extreme erfragen:

Wenn der **Wunsch nach Veränderung momentan schwach** zu sein scheint, können Sie Change Talk auch fördern, indem Sie **den Patienten bitten, extreme Ausprägungen seiner Probleme/Wünsche zu beschreiben** und sich entsprechend extreme Folgen auszumalen: „*Wenn Sie an Ihre Zähne denken, was macht Ihnen auf lange Sicht am meisten Sorgen?*“ oder „*Wenn Sie diese Veränderung...was ergibt sich daraus für Sie im besten Fall?*“

Vorschau und Rückschau:

Bedeutet, **den Patienten geistig in die Zukunft/Vergangenheit versetzen**, in der das Problem nicht mehr besteht/noch nicht bestand: „*Wie war das damals, als Sie noch nicht geraucht haben? Was hat sich seitdem verändert?*“

Denken Sie aber bei all den Möglichkeiten, die sich Ihnen bieten immer daran, dass es nicht das Gehirn des Experten ist, welches qualmen muss, sondern das des Patienten! Außerdem sollten Sie den Patienten reden lassen; Sie übernehmen die Rolle des verständnisvollen

Zuhörers! Eine weitere wichtige Vorgehensweise ist, dass wenn wir Change Talk hören, ihn nicht nur passiv aufzunehmen, sondern darauf zu reagieren, um ihn weiter zu fördern und die Veränderungsmotivation des Patienten zu konsolidieren. Das **OARS-Schema hilft dabei, auf Change Talk zu reagieren:**

O: Weitere „offene“ Fragen stellen (Erfragen von Einzelheiten, Vertiefung, um weiteren Change Talk zu evozieren)

A: „Affirmation“, Bestätigung/Würdigung des Patienten (in Vorhaben, Aussagen etc.)

R: „Reflexion“, reflektierend zuhören

S: „Summary/Resümee“, sammelndes Resümee an Chang Talk, den der Patient geäußert hat

Stoßen Sie **auf Sustain Talk**, können Sie **mit folgenden Strategien** darauf **reagieren:**

- 1) **Reflektieren**, d.h. „kurze“ Wiederholung dessen, was der Patient gesagt hat.
- 2) Persönliche **Autonomie des Patienten betonen:** *„Die Entscheidung liegt wirklich ganz bei Ihnen!“*
- 3) **Reframing** (=Neuinterpretation) bedeutet, dem Patienten eine neue Sichtweise vorzuschlagen:
P: *„Meine Frau nörgelt deswegen immer an mir herum.“*
A: *„Ihr muss wirklich viel an Ihnen liegen!“*

Dissonanz ist eine Art Sustain Talk, das aber **eher auf einem mangelnden MI-Grundverständnis des Therapeuten beruht**. Patienten reagieren mit Dissonanz wenn sie sich stark gedrängt oder genötigt fühlen. Dieses kann in Gesprächen auftauchen und wenn Sie Dissonanz spüren sollten, schlagen Sie einen neuen Weg ein. Erkennen Sie Anzeichen von Dissonanz, können Sie wie folgt reagieren:

- 1) Um Entschuldigung bitten (*„Oh, tut mir leid. Da habe ich Sie wohl falsch verstanden!“*)
- 2) Würdigung (hat oft zur Folge, dass sich der Patient nicht mehr so angegriffen fühlt)
- 3) Verschobener Fokus; *„wunde“* Punkte nicht weiter vertiefen, sondern den Fokus verlagern

Zusammenfassend gilt:

Auf Sustain Talk und Dissonanz reagiert man am Besten in einer partnerschaftlichen, akzeptierenden Haltung, mit der man den Klienten in seiner Autonomie anerkennt und ihn nicht dazu provoziert, den Status quo zu verteidigen!



Abb. 8: Grundhaltung des MI achten und beibehalten!

MI – Teil 7 – Planung

Nachdem nun das Thema des Patienten und seine Bereitschaft zur Veränderung klar sind, kommt nun der **letzte Schritt im MI**, und zwar **die Planung**. Planen ist ein **Verhandlungs- und Kooperationsprozess**, der sich aus Ihrem Wissen ebenso wie aus dem des Klienten speist, **weil es letztlich der Klient ist, der den Veränderungsplan in die Tat umsetzen wird**. Während **Evokation** eher das „**Warum**“ eines Verhaltens ist, ist **Planen** das „**Wie**“ in einer Veränderung!“

Warum ist Planung ein wichtiger Bestandteil des MI?

Viele Forschungsarbeiten im Bereich der Verhaltensänderung zeigen konsistent, dass **je genauer ein Plan zur Verhaltensänderung ausgearbeitet wird, die Wahrscheinlichkeit zur Umsetzung umso höher wird**. D.h. hier kommt es besonders auf das **Erfragen** des „**Wann?**“, „**Wie?**“, „**Womit?**“ an.

Wie in den vorangegangenen E-Lectures schon angeklungen ist, sollte **die Planung erst thematisiert werden, wenn die Bereitschaft zur Veränderung auch gegeben ist**. Aber woran erkenne ich, dass der Patient nun bereit für einen Veränderungsplan ist?!

Anzeichen von Bereitschaft für den Schritt von der Evokation **zur Planung** finden sich auch wieder in den Aussagen des Patienten. Diese **sind** unter anderem **die Zunahme von Change Talk in Häufigkeit und Intensität und die Abnahme von Sustain Talk**. **Das prozentuale Verhältnis zwischen beiden signalisiert den Grad der Bereitschaft**.

Beispielhafte Aussagen könnten hier sein: „*Ich glaube, ich bin bereit es anzugehen.*“ oder „*Ja, ich will einen Versuch machen.*“ Nicht selten werden bei einem Folgetermin aber auch schon bereits unternommene Schritte benannt. Dies wäre z.B. in der Ernährungsberatung die Aussage „*Ich habe die vergangene Woche schon mehr auf Verwendung von Vollkornprodukten geachtet.*“ Patienten können aber auch interessiert nach möglichen Veränderungen fragen, wie z.B. „*Wie liefere denn so eine Raucherentwöhnung ab?*“

Wenn Sie spüren, dass der Klient bereit sein könnte, über einen Veränderungsplan zu sprechen, können Sie dies auf verschiedene Arten erforschen:

Zum einen kann man **den Patienten direkt danach fragen**. Z.B. *„Fänden Sie es sinnvoll, jetzt zu überlegen, wie Sie vorgehen könnten, um mit dem Rauchen aufzuhören?“*

Zum anderen können Sie **dem Patienten auch seinen Change Talk zusammenfassen und die Planung mit offenen Fragen erfragen**. Ein Beispiel wäre die folgende Aussage: *„Sie haben mir diverse Gründe gesagt weswegen Sie mit dem Rauchen gerne aufhören würden. Was wären denn nächste mögliche Schritte für Sie?“* – oder: *„Wie könnten wir jetzt weitermachen?“*

Der **Planungsprozess im MI bedeutet, Patienten beim Entwerfen eines erfolgsversprechenden Veränderungsplans zu begleiten!** Der **Planungsprozess beruht auf denselben Prozessen, die auch im Übrigen MI angewandt wurden**, wie der Beziehungsaufbau, die Fokussierung, und die Evokation. **Wenn der Patient nun bereit ist, einen Plan zur Verhaltensänderung mit Ihnen zu gestalten, können Sie den Prozess sehr vorteilhaft durch konstruktive offene Fragen begleiten**. Die Frage *„Wie könnten Sie vorgehen, um erfolgreich zu sein?“* erfragt den gesamten Planungsprozess.

Sie können aber auch **den Prozess auf Schwachstellen prüfen** wie z.B. mit der Aussage *„Was werden Sie machen, wenn jemand bei einer Party Ihnen eine Zigarette anbietet?“* – **Der Patient wird Ihnen** daraufhin hochwahrscheinlich **mit Change Talk antworten und zudem eine weitere kreative Planung vollziehen**.

Des Weiteren können Sie auch **in der Planung konkreter werden und zeitliche Strukturen erfragen**, wie z.B. *„Bis wann wollen Sie das umgesetzt haben?“* oder: *„Was wollen Sie zum nächsten Mal erreicht haben?“*

Bezüglich der Planung gibt es verschiedene hilfreiche Hinweise aus der Verhaltensforschung **zur erfolgreichen Umsetzung**.

Darunter fällt zum einen, dass **ein Plan eher erfolgreich umgesetzt wird, wenn das soziale Umfeld der betreffenden Person mit in der Planung involviert ist**. Das kann zum Beispiel so aussehen, dass ein Raucher möglichst vielen Freunden von dem Vorhaben berichtet oder auch die nahe Familie bittet, ihn in dieser Zeit zu unterstützen.

Als weitere effektive Maßnahme kann das sogenannte **Self-Monitoring** betrachtet werden. **Hierbei beobachtet bzw. dokumentiert der Patient sein eigenes Verhalten in Tagebüchern, Karteikarten oder Zählsystemen**. Diese Selbstbeobachtung löst alleine schon häufig Verhaltensveränderungen aus.

Oftmals setzen die Patienten sich sehr große übergeordnete Ziele, die es im ersten Anlauf sehr schwer machen erfolgreich zu sein. Z.B. Wenn ein adipöser Patient den Plan äußert jeden Tag 1 Stunde joggen zu gehen. Hier hilft es oft **mit dem Patienten eher realisierbare Pläne zu schmieden**. Z.B. kann da folgende Frage helfen: *„Herr Meier, was meinen Sie denn, was könnten Sie wirklich längerfristig an Sport einbauen?“*

Ganz generell können Sie den Patienten aber auch abschließend befragen, ob Sie noch etwas für ihn für die Umsetzung des Planes tun können.

Was nun **im letzten Schritt folgt** ist eine **Unterstützung bei der Veränderung und der Aufrechterhaltung des Verhaltens**. Die vom Patienten rückgemeldeten ersten Unternehmungen, Erfolge und vielleicht neuen Ziele können für den Therapeuten und Arzt ein wirkliches Privileg sein, das mit verfolgen zu dürfen. Denken Sie an den stolzen Moment, wo ein Kind zum ersten mal Laufen oder Fahrradfahren lernt. **Mit den ersten kleinen Veränderungen** und seien es wirklich nur kleine Schritte, **kann der Therapeut bestätigend zur Seite stehen**. Auch **hierbei helfen immer wieder die Grundhaltungen und die vier Prozesse des MI**.



Abb. 9: Grundhaltungen im MI

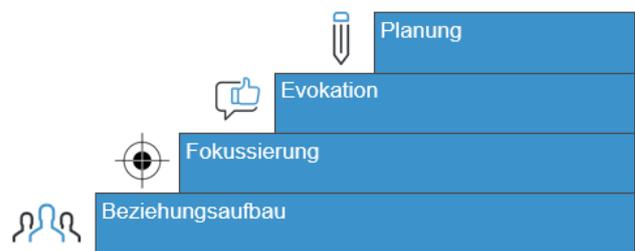


Abb. 10: Die vier Prozesse im MI

Berichtet ein Patient beispielhaft, **dass er es „nur“ eine Woche geschafft habe**, weniger Süßes zu essen, **können Sie** als Therapeut besonders gut mit einem **Reframing** reagieren. **Konstruktive wichtige Fragen** wären hier: *"Wie haben Sie es denn die Woche bloß ausgehalten?"* oder *"Warum haben Sie nicht schon nach 2 Tagen mit dem Zucker wieder angefangen?"* oder *"Neben allen Anstrengungen, was ist Ihnen denn positives in der Woche aufgefallen?"*

Aber **auch Würdigungen haben hier ihren Platz** wie *"Ich finde das eine herausragend Leistung von Ihnen. Gerade weil es Ihnen so schwergefallen ist."*

Bei Rückschlägen helfen oft Metaphern. Dies kann beim wieder-rauchenden Patienten z.B. folgende sein: *"Es ärgert Sie, dass Sie es nicht länger ausgehalten haben. Aber das ist ganz normal, dass man bei anfangs hohem Nikotinkonsum, diese Veränderungsspirale mehrmals durchlaufen muss. Wie war es zum Beispiel als Sie Fahrradfahren gelernt haben? Sie sind hingefallen und dann.... Sind Sie wieder aufgestiegen."*

Was häufig auch hilfreich sein kann, ist, dass man die neue Perspektive hervorhebt. Z.B.: *"Ich finde es toll, dass Sie es probiert haben. Und nun sind Sie zudem schlauer als vorher. Sie wissen nun genauer wo die Tücken lauern. Angenommen Sie würden nochmal einen Versuch starten, was würde Ihnen bei solch einer Situation vielleicht helfen?"* Zum anderen ließen sich auch **andere Pläne schmieden oder der Fokus verschieben**. So kann es für einen Raucher z.B. auch hilfreich sein, zunächst Entspannungsverfahren zu lernen bevor er sich wieder dem Rauchstopp aussetzt.

MI – Teil 8 – Bewertung von MI

Wieso ist das Bewerten von MI für mich von Belang?

Zum einen resultiert daraus **ein besseres Verständnis von MI Gesprächsaussagen**, und zum anderen **beantwortet es die Frage: „Wie gut wende ich MI an?“**.

Zur Bewertung von MI eignen sich zwei Methoden:

1) Motivational Interviewing Treatment Integrity (MITI):

Bewertung der Aussagen des Gesprächsführers/Therapeuten

2) Motivational Interviewing Sequential Code for Observing Process Exchanges (MI-SCOPE):

Bewertung von sowohl Gesprächsführer- als auch Patientenaussagen

1) Der **MITI** bewertet dabei:

- die **Einschätzung von Empathie und MI-Grundhaltung**
- **kommunikative Mittel wie Fragetypen** (offen/geschlossen), **Reflexionen** (einfach/komplex), **Informationsgabe**
- **ob Inhalte MI entsprechen** („MI-adhärent“) **oder MI entgegengesetzt sind** („Nicht MI-adhärent“)

Zu **MI-adhärenenten Aussagen** zählen:

- **Betonen der Autonomie** (z.B. „*Sie haben immer die Freiheit...*“)
- **Nach Erlaubnis fragen** (z.B. „*Wäre es in Ordnung für Sie...*“)
- **Bestätigen** (z.B. „*Toll, dass Sie Zeit für den Termin finden.*“)
- **Verstehende oder unterstützende Aussagen** (z.B. „*Ich verstehe was Sie meinen.*“)

Nicht MI-adhärenente Aussagen sind:

- **Anweisungen, Vorschläge**
- **Konfrontieren** (Widersprechen, Tadeln, Überreden, Kritisieren, Urteilen, Etikettieren)
- **Anordnen, Befehlen** (z.B. „*Putzen Sie zweimal am Tag die Zähne.*“)
- **Warnen** (z.B. „*Wenn Sie das nicht machen, werden Sie Krebs bekommen.*“)
- **Argumentieren** (subjektive Informationen)

Beim MITI Bewertungsbogen werden in der globalen Bewertung die Empathie und die MI-Grundhaltung von 1-7 bewertet. Im zweiten Teil hingegen, dem „Zählen des Therapeutenverhaltens“ werden Aussagen per Strichliste bewertet.

Globale Bewertung

<u>Empathie</u>		1 niedrig	2	3	4	5	6	7 hoch
<u>MI Grundhaltung (Spirit)</u>		1 niedrig	2	3	4	5	6	7 hoch

Zählen des Therapeutenverhaltens

Informationen vermitteln			
<u>MI</u> adhärent	Um Erlaubnis fragen, bestätigen, Betonen der Eigenverantwortung, unterstützen		
<u>Nicht MI</u> adhärent	Ratschläge ohne Erlaubnis, konfrontieren, anweisen/verordnen		
<u>Fragen</u>	Geschlossene Fragen		
	Offene Fragen		
<u>Reflexion</u>	Einfach		
	Komplex		
	Reflexionen gesamt:		

Abb. 11: MITI Bewertungsbogen

2) Das **MI-SCOPE** bewertet:

- **Gesprächsführer- und Patientenaussagen**
- kann zur **Evaluation der Therapeuten-Klienten-Interaktion** angewendet werden

Bewertete Patientenäußerungen (negativ/positiv):

- Selbstverpflichtende Äußerungen
- Äußerung von Wünschen
- Fähigkeiten
- Notwendigkeiten
- Gründe
- Unternommene Schritte
- Anderer Change-Talk oder Sustain-Talk

Arzt: „Sie sollten mit dem Rauchen aufhören.“	Anweisung
Patient: „Ich schaff das aber nicht.“	Fähigkeit (negativ)
Arzt: „Es fällt Ihnen schwer.“	Einfache Reflexion
Patient: „Ja, ich will es aber.“	Wunsch (positiv)
Arzt: „Nehmen Sie doch Kaugummi.“	Vorschlag machen
Patient: „Hab ich schon versucht und das hat nicht geklappt.“	Fähigkeiten (negativ)
Arzt: „Was denken Sie würde Ihnen denn helfen?“	Offene Frage
Patient: „Als ich mal ne Woche nicht geraucht hab, haben Karotten geholfen.“	Unternommene Schritte (positiv)

Abb. 12: MI-SCOPE Beispiel

MI – Teil 9 – Raucherberatung

Warum wird man vom Zigarette rauchen Süchtig? Das liegt am Nikotin. Nikotin kann als ein Bestandteil von Tabak unterschiedlich konsumiert werden. Inhaliert wird Nikotin beim Rauchen von Pfeifen, Zigarren, Zigarillos, Zigaretten oder entsprechenden Elektrischen Produkten. Des Weiteren kann Nikotin durch Schnupfen und Kauen konsumiert werden. **Jeglicher Konsum führt langfristig zu gesundheitlichen Problemen – es gibt keinen unschädlichen Tabakkonsum.** Die schädlichste Form des Tabakkonsums ist erwiesenermaßen die Inhalation der Tabak-Verbrennungsprodukte (U.S. Department of Health and Human Services, 2014).

Mit dem **ICD 10 (International Classification of Diseases)** kann ein **Tabak Abhängigkeitssyndrom diagnostiziert werden.** Dazu müssen **3 der aufgeführten 6 Kriterien innerhalb des letzten Jahres aufgetreten sein:**

1. **Starker Wunsch, Drang** oder eine Art **Zwang, Tabak zu konsumieren.**
2. **Eine Toleranzentwicklung.** Dies bedeutet: um die ursprünglichen Wirkungen der psychotropen Substanz Nikotin hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich. Manche Raucher konsumierten Tagesdosen von Nikotin, die für Nicht-Konsumenten mit schweren körperlichen Beeinträchtigungen, bis hin zur Vergiftung verbunden wären.
3. **Körperliche Entzugssymptome bei Abstinenz.** Diese können sein: Irritierbarkeit, Frustration oder Ärger, Angst, Konzentrationsschwierigkeiten, gesteigerter Appetit, Ruhelosigkeit, depressive Stimmung und Schlaflosigkeit sowie vermehrtes Schwitzen.
4. **Anhaltender Tabakkonsum trotz Folgeschäden** wie z.B. Raucherhusten.
5. **Veränderungen der Lebensgewohnheiten um den Tabakkonsum aufrechtzuerhalten** z. B. ein erhöhter Zeitaufwand, um Tabak zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen (nachts im Regen an die Tankstelle um Zigaretten zu kaufen...).
6. **Eingeschränkte Kontrollfähigkeit über den Tabakkonsum** (Beginn, Beendigung und Menge des Konsums).

Der **Fagerström-Test** ist das am besten und meist verbreitete **Tabak-Diagnostik-Instrument** weltweit. Es hat gute psychometrische Qualitäten und ein hohes klinisches Urteil. Er wird in nationalen und internationalen Leitlinien als Diagnoseinstrument empfohlen, wenn es auch noch ein paar Lücken in der Forschung aufweist.

Aus dem Test ergibt sich ein Summenscore von:

0-2 keine bis geringe Abhängigkeit

3-4 mittlere Abhängigkeit

5-6 starke Abhängigkeit

7-10 sehr starke Abhängigkeit

Fagerströmtest (FTND*)

Wann nach dem Erwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?	Innerhalb von 5 Minuten	<input type="checkbox"/> 3
	Innerhalb von 6 – 30 Minuten	<input type="checkbox"/> 2
	Innerhalb von 31 – 60 Minuten	<input type="checkbox"/> 1
	Nach 60 Minuten	<input type="checkbox"/> 0
Finden Sie es schwierig, an Orten, wo das Rauchen verboten ist (Kino, Bücherei usw.) darauf zu verzichten?	Ja	<input type="checkbox"/> 1
	Nein	<input type="checkbox"/> 0
Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?	Die erste nach dem Erwachen	<input type="checkbox"/> 1
	Eine andere	<input type="checkbox"/> 0
Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Allgemeinen pro Tag?	0 - 10	<input type="checkbox"/> 0
	11 - 20	<input type="checkbox"/> 1
	21 - 30	<input type="checkbox"/> 2
	> 30	<input type="checkbox"/> 3
Rauchen Sie in den ersten Stunden nach dem Erwachen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?	Ja	<input type="checkbox"/> 1
	Nein	<input type="checkbox"/> 0
Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?	Ja	<input type="checkbox"/> 1
	Nein	<input type="checkbox"/> 0

*Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND)

(Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, et al. Br J Addiction 1991; 86:1119-27)

Erreichte Punktzahl:

Bewertung:

- keine bis geringe Abhängigkeit (0-2 Punkte)
- mittlere Abhängigkeit (3-5 Punkte)
- mittlere bis starke Abhängigkeit (6-7 Punkte)
- starke Abhängigkeit (8-10 Punkte)

Abb. 13: Der Fagerström-Test für Zigarettenabhängigkeit

Im Deutschsprachigen Medizinischen Kontext hat sich die Erfassung der **pack year (py)** von Patienten etabliert. Hier wird die **inhalierete Rauch-Dosis beschrieben. Die Zahl der täglich konsumierten Zigarettenpackungen wird hier mit der Zahl der Raucherjahre multipliziert.** Die Inhalationstiefe und der Schadstoffgehalt der gerauchten Substanzen sowie Veränderungen im Tabakkonsum können hier nicht aussagekräftig abgebildet werden.

Wie wirkt Nikotin?

Nikotin wirkt in einem komplexen Zusammenspiel von biologischen und psychologischen Faktoren.

Nikotin besitzt eine psychotrope Wirkung, die sich nach wenigen Sekunden im Gehirn entfaltet. Zu Beginn des Konsums wird diese positive Wirkung jedoch noch nicht durch den Rauchenden erlebt. Viel eher treten negativ empfundene, aversive Körperreaktionen wie Schwindel, Übelkeit oder Erbrechen auf. Bei fortgesetztem Konsum werden diese negativen Reaktionen jedoch schwächer, es kommt zu einer körperlichen Gewöhnung. **Innerhalb weniger Tage oder Wochen von fortgesetztem Nikotinkonsum können sich die Symptome einer Tabakabhängigkeit entwickeln.** Diese entsteht durch neuroadaptive Vorgänge. **Durch die erhöhte Dichte zentraler nikotinerger Acetylcholinrezeptoren entsteht eine körperliche Abhängigkeit** (DiFranza et al. 2000). Die **psychotropen**

Eigenschaften des Nikotins sind hierbei von zentraler Bedeutung. Diese zeigen sich in **Empfindungen wie Beruhigung, Anxiolyse, Unterdrückung von Nervosität, Steigerung der Vigilanz, Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit und Dämpfung des Hungergefühls**. Diese entspannende, anregende und Aufmerksamkeit steigernde Wirkung des Rauchens verstärkt den Konsum positiv.

In der Abhängigkeit kommt dann die Vermeidung unangenehmer **Nikotin Entzugs Empfindungen** hinzu. Diese **zeigen sich durch Reizbarkeit, Langeweile, Ängste, depressive Verstimmungen sowie Hungergefühle**. Diese Entzugssymptome stellen sich bereits ein paar Stunden nach dem Konsum der letzten Zigarette ein. **Der Raucher kann dann durch das Rauchen diese Symptome kurzfristig eliminieren**. Diese **negative Verstärkung wirkt sich ebenfalls verhaltensstabilisierend auf das Rauchen aus**. Des Weiteren spielt das **klassische Konditionieren eine wichtige Rolle**. Wird ein zuvor **neutraler Reiz** (Kaffeetrinken) **über lange Zeit mit dem unkonditionierten Reiz der Nikotinaufnahme gekoppelt**, wird dies ein **konditionierten motivationalen Zustand auslösen** (Kaffeegeruch oder Konsum= Nikotinhunger). Dieser kann dann durch den Konsum von Nikotin befriedigt werden. **Die damit erlernte emotionale Selbststeuerung und kognitive Aktivierung stabilisieren das Raucherverhalten ebenso wie die konsumfördernden sozialen Rahmenbedingungen**. Die **psychologische Abhängigkeit ist somit ein erlerntes dysfunktionales Verhalten, welches der Spannungsreduktion dient**. Das Rauchen ersetzt über die Jahre natürliche Verhaltensweisen. Raucher nutzen die Zigarette als Lösung oder als „Verhaltensweise“ zum Beispiel nach erfahrenem Stress, zur Belohnung um Langeweile zu vertreiben oder als Hilfsmittel bei Unsicherheiten. Nichtraucher erleben diese Situationen auch behelfen sich in der Regel jedoch mit natürlichen Strategien/Verhaltensweisen. Raucher erleben die Zigarette in solchen Situationen als am schnellsten verfügbar und dadurch auch als sehr hilfreich. Daher ersetzen Sie immer mehr das eigentlich natürliche Verhalten durch das Rauchen. Sie erfahren somit eine Handlungseinschränkung, da die Zigaretten zur mächtigsten und schnellsten Lösungen werden. Damit verselbständigt sich das Raucherverhalten.

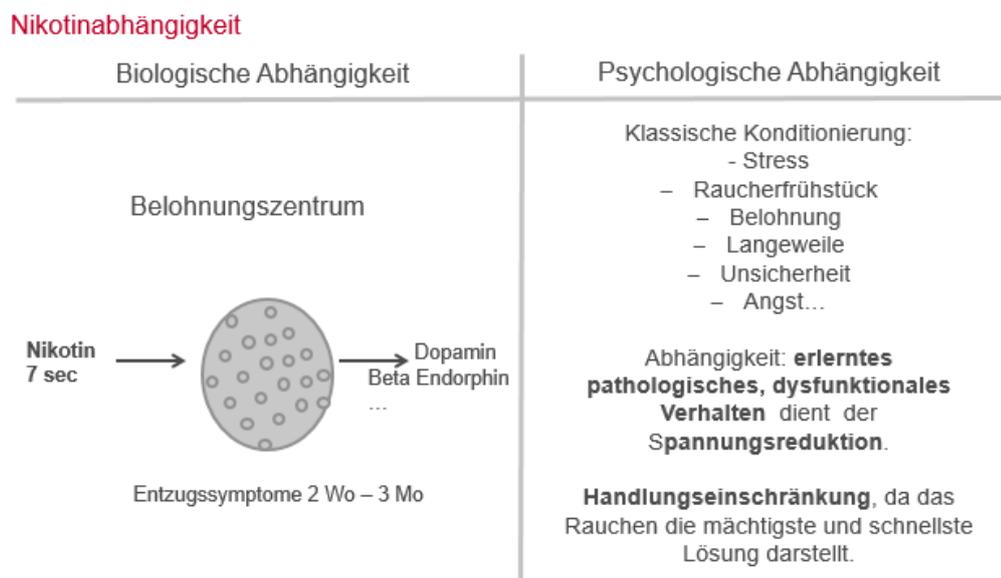


Abb. 14: Die Abhängigkeit von Nikotin

Der Tabakrauch einer Zigarette enthält über 4.800 Substanzen, davon sind 90 mutagen oder carcinogen. Im Tabakrauch sind z. B. folgende Schadstoffe enthalten CO, Stickstoffoxide, Zink, flüchtige Aldehyde, Benzole, polycyclische aromatische Kohlenwasserstoffe, Polonium - 210, Blei, Nickel und viele mehr. Diese gesundheitsschädigenden Stoffe führen zu gravierenden Folgeschäden. **Der Tabakkonsum stellt daher eine anhaltende, ernstzunehmende Bedrohung der Gesundheit der Bevölkerung dar.** Die gesundheitlichen Folgeschäden des Nikotinkonsums und Rauchverhaltens treten jedoch erst Jahrzehnte später, oft schleichend in Erscheinung. **Der Konsum von Tabak an sich ist keine Erkrankung, sondern ein selbstschädigendes Verhalten.** Da Nikotin jedoch ein hohes Suchtpotential besitzt entsteht aus dem Konsum, zumeist eine Abhängigkeit. Insbesondere, wenn der Konsum im Kindes-Jugendalter beginnt.

Zu den sogenannten **tabakassoziierten Erkrankungen** gehören in erster Linie **Gefäßprozesse, die zu kardialen Infarkten, zu cerebralen Insulten oder peripheren Gefäßverschlüssen führen. Karzinomerkrankungen,** darunter vor allem Lungenkarzinome, aber auch andere Malignome, die durch das Rauchen begünstigt werden, **sowie Lungenerkrankungen wie die COPD (Chronisch obstruktive Lungenerkrankung).** Aber auch weitere **nicht lebensbedrohliche Folgeschäden wie Impotenz bei Männern,** stellen Folgeschäden des Tabakkonsums dar.

Jedes Jahr sind in Deutschland ca. 106.000 Todesfälle auf die Folgen eines langjährigen Tabakkonsums zurückzuführen (Peto et al. 1996, Mons 2011). **Dies entsprechen 22% aller Todesfälle bei den Männern und 5% bei den Frauen** (Welte et al. 2000). **Damit liegt die Rate tabakassoziiertes Todesfälle bedeutend höher als die alkohol- oder drogenbedingte Mortalität.** Eine britische Studie fand heraus, dass **Raucher durchschnittlich 10 Jahre kürzer leben als Nichtraucher** (Doll et al. 2004). Weltweit ist ein drastischer Anstieg der tabakbedingten Todesfälle innerhalb der nächsten 30 Jahre zu erwarten - bis zum Jahr 2030 wird mit 10 Millionen tabakassoziierten Todesfällen pro Jahr weltweit gerechnet (WHO 1997), der Anstieg betrifft auch die Industriestaaten, die präventive Maßnahmen gegen das Rauchen eingeleitet haben.

Viele Raucher schaffen es aus eigener Anstrengung heraus einen Rauchstopp zu erreichen. Dabei können **unterschiedliche Variablen hilfreich** sein:

- Individuell **relevante Informationen** wie zum Beispiel Medienberichte
- Ansprache bzw. **Unterstützung** durch nahestehende Personen, des Vertrauensarztes
- die **Sorge vor tabakbezogenen Erkrankungen** oder erlebte gesundheitliche Probleme
- **Wahrnehmung der eigenen Abhängigkeit**

All dies können Motivationsfaktoren für einen Nikotinkonsumstopp sein, der oft mehrfach versucht wird.

Aus gesundheitlicher Sicht wäre allerdings in vielen Fällen eine Beendigung des Rauchens zu einem sehr viel früheren Zeitpunkt wichtig und sollte daher auch im Gesundheitssystem jederzeit angeraten werden. **Insbesondere für Raucher, die mehrfach Rauchstoppversuche unternommen haben und immer wieder gescheitert sind, ist eine**

therapeutische Hilfestellung anzuraten. Mehrere Aufhörversuche sind typischerweise notwendig, um dauerhaft mit dem Rauchen aufzuhören (Hughes et al. 2004).

Bei der Therapie der Nikotinabhängigkeit müssen daher immer die biologische wie die Psychologische Abhängigkeit berücksichtigt werden. Zeigen sich die Raucherinnen und Raucher nach der Anamnese und Diagnostik entwöhnungswillig, sollte für die Therapieplanung zwischen leichter und schwerer abhängigen Rauchern unterschieden werden. Hierzu ist der Fagerströmtest sehr hilfreich. Auch die individuelle Präferenz für oder gegen einzelne Unterstützungsformen muss berücksichtigt werden.

Bei leicht abhängigen Rauchern sollen zunächst Angebote niederschwelliger Verfahren (insbesondere Kurzberatung, motivierende Gesprächsführung, Telefonberatung) angeraten werden. Wird eine intensivere Behandlung benötigt und gewünscht, sollte eine verhaltenstherapeutische Einzel- oder Gruppenbehandlung ggf. in Verbindung mit Medikamenten vorgeschlagen werden.



Abb. 15: Therapie der Nikotinabhängigkeit

In Bezug auf die **biologische Abhängigkeit** sind besonders die potentiellen **Entzugssymptome** zu beachten. Diese können **innerhalb von 2 Wochen bis 3 Monaten nach dem Rauchstopp auftreten**. Danach ist die **biologische Abhängigkeit beendet**, das **Suchtgedächtnis bleibt jedoch lebenslänglich aktiviert**. Je höher die **Abhängigkeitswerte sind, desto wahrscheinlicher werden Entzugssymptome erlebt**. Treten diese auf, können unterschiedlichste Substanzen aus dem Bereich der Substitution oder Substanzen, die die Funktionalität des Nikotinkonsums (Anxiolyse, antidepressive Wirkung) ersetzen sollen, wie **Bupropion** und **Vareniclin**, eingesetzt werden.

Mögliche **Nikotinersatztherapie:**

- Nikotinpflaster (unterschiedliche Stärken und Pflastersysteme)
- Nikotinkaugummi (2 und 4 mg, verschiedene Geschmacksrichtungen)
- Nikotinlutschtablette (1,5, 2 und 4 mg)
- Nikotin-Inhaler (15 mg/Patrone)
- Nikotin-Mundspray

Durch die Nikotinersatztherapie (NET) wird dem Raucher vorübergehend Nikotin ohne begleitende Schadstoffe aus dem Tabakrauch in absteigender Dosierung für 8-12 Wochen **zur Verfügung gestellt**. Das täglich einmal zu wechselnde Nikotinpflaster erzeugt einen konstanten Nikotinserumspiegel. **Bei Nikotinkaugummi, -spray, -tabletten oder -inhaler bekommt der Patient eher das Gefühl der Kontrolle über die Entzugssymptome.** Bei schweren Entzugssymptomen ist eine Kombination unterschiedlicher Produkte (z.B. Pflaster und Kaugummi bzw. Nikotintablette) möglich. Produktspezifisch ergeben sich im Unterschied zum Rauchen lokale Nebenwirkungen (z.B. Hautreizungen, gereizte Schleimhäute, Schluckauf, Magenschmerzen). Der Einsatz aller Medikamente wird bei Minderjährigen oder Schwangeren nicht empfohlen, nur bei schwangeren Frauen, die ohne Hilfsmittel die Abstinenz nicht aufrechterhalten können, kann unter ärztlicher Supervision eine Nikotinsubstitution eingesetzt werden (Batra 2011). Zur Wirksamkeit der NET liegen ausreichend viele und qualitativ hochwertige, aktuelle Metaanalysen und Leitlinientexte vor (Fiore et al. 2008, Stead et al. 2012, Cahill et al. 2013).

Bupropion:

Die Wirksamkeit von Bupropion zur Tabakentwöhnung ist wissenschaftlich belegt. Es ist ein **monozyklisches Antidepressivum, welches die Wiederaufnahme von Noradrenalin und Dopamin hemmt und damit die unangenehmen Entzugssymptome nach dem Rauchstopp abmildern kann. Es besteht allerdings ein Risiko für neurologische, und der Verdacht auf schwerwiegende neuropsychiatrische Nebenwirkungen** bei unsicherer Evidenz. Hier fehlen kontrollierte Studien zur Differenzierung dieser neuropsychiatrischen Symptome zu Entzugssymptomen. **Weitere Nebenwirkungen von Bupropion können sein: Schlafstörungen, Übelkeit und Mundtrockenheit.** Und selten: generalisierte Krampfanfälle. Das Nutzen-Risiko-Profil wurde in der S3 Leitlinie positiv bewertet und in den Anwendungsempfehlungen auf ein vermehrtes Auftreten von depressiven Symptomen und Suizidgedanken im Rahmen der Raucherentwöhnung und der Anwendung von Bupropion hingewiesen (Hughes 2008, Ia). Ebenso wurde auf eine fachgerechte Anwendung gemäß aktueller Fachinformation hingewiesen.

Vareniclin:

Die Wirksamkeit von Vareniclin zur Tabakentwöhnung ist wissenschaftlich belegt. Es **ist ein partieller Agonist der an den zerebralen nikotinergen Actylcholinrezeptoren ansetzt. Damit werden ebenfalls die Entzugssymptome minimiert und zusätzlich hemmt es die Effekte von extern zugeführtem Nikotin.** Es besteht eine unsichere Evidenz für schwerwiegende neuropsychiatrische Nebenwirkungen. Vareniclin soll zur Tabakentwöhnung unter besonderer Beachtung der fachgerechten Anwendung gemäß aktueller Fachinformation angeboten werden.

In Bezug auf die **psychologische Abhängigkeit sind folgende Komponenten für die Effektivität verhaltenstherapeutischer Behandlungen empfehlenswert:**

- Psychoedukation
- Motivationsstärkung
- Maßnahmen zur kurzfristigen Rückfallprophylaxe
- Interventionen zur Stärkung der Selbstwirksamkeit
- alltagspraktische Beratung mit konkreten Verhaltensinstruktionen und praktischen Bewältigungsstrategien (Problemlöse- und Fertigkeitstraining, Stress-management)

Innerhalb dieser verhaltenstherapeutischen Intervention (Gruppe oder Einzel) sollten dann Raucherprotokolle erstellt, das Rauchverhalten analysiert, neue Verhaltensweisen überlegt, geplant sowie geübt, und langfristig in den Alltag integriert werden. Dazu wird eine Reduktion des Zigarettenkonsums mit einem Stoppdatum vorbereitet und/oder in der Punktstoppmethode der Stopptag geplant und durchgeführt. Wichtig ist auch eine Rückfallprophylaxe.

Tabakabhängige Raucher bleiben lebenslang rückfallgefährdet: Selbst Jahre und Jahrzehnte nach dem Entzug können geringste Hinweisreize genügen, um heftiges Verlangen (Craving) nach der Zigarette auszulösen.

Generell sollte das Rauchen, sobald rauchende Menschen mit dem Gesundheitssystem in Kontakt kommen, thematisiert werden, sowie der Rauchstatus des Patienten immer in die Dokumentation mit einfließen sollte. Am geeignetsten hierfür ist der oben beschriebene Fagerströmtest für Zigarettenabhängigkeit (FTCD). **Die Ansprache der rauchenden Patienten im Gesundheitskontext findet derzeit nicht kontinuierlich statt. Obwohl es wissenschaftlich erweisen ist, dass alleine der ärztliche Ratschlag das Rauchen aufzugeben einen Effekt von 3% hat,** findet diese hoch effektive Kurzintervention bisher nicht flächendeckend statt. Patienten berichten übereinstimmend, dass die Nicht Ansprache als Legitimation zum weiterräumen empfunden wird. Insbesondere wenn tabakassoziierte Erkrankungen diagnostiziert werden bzw. der Gesundheitszustand trotz vorhandenem Raucherstatus als positiv durch den Arzt bewertet werden. Auch in der S3 Leitlinie wurde eine kontinuierliche Ansprache rauchender Patienten in den Gesundheitskontext zu integrieren als ein Ziel genannt.

Eine einfache Anleitung, solch ein Ansprache zu halten wäre **Ask-Advice-Assist (mit MI) in 3 Stufen** je nach Zeitaufwandmöglichkeiten:

Ask:

- **1. Stufe:** *Rauchen Sie?* (Falls bekannt anpassen!)
- **2. Stufe:** Abhängigkeitsgrad ermitteln (z.B. FTND), *Wieviel, wann nach dem Aufstehen?*
- **3. Stufe:** Suchthistorie ermitteln (*Seit wann? Haben Sie schon mal daran gedacht aufzuhören, versucht aufzuhören?*)

Advice:

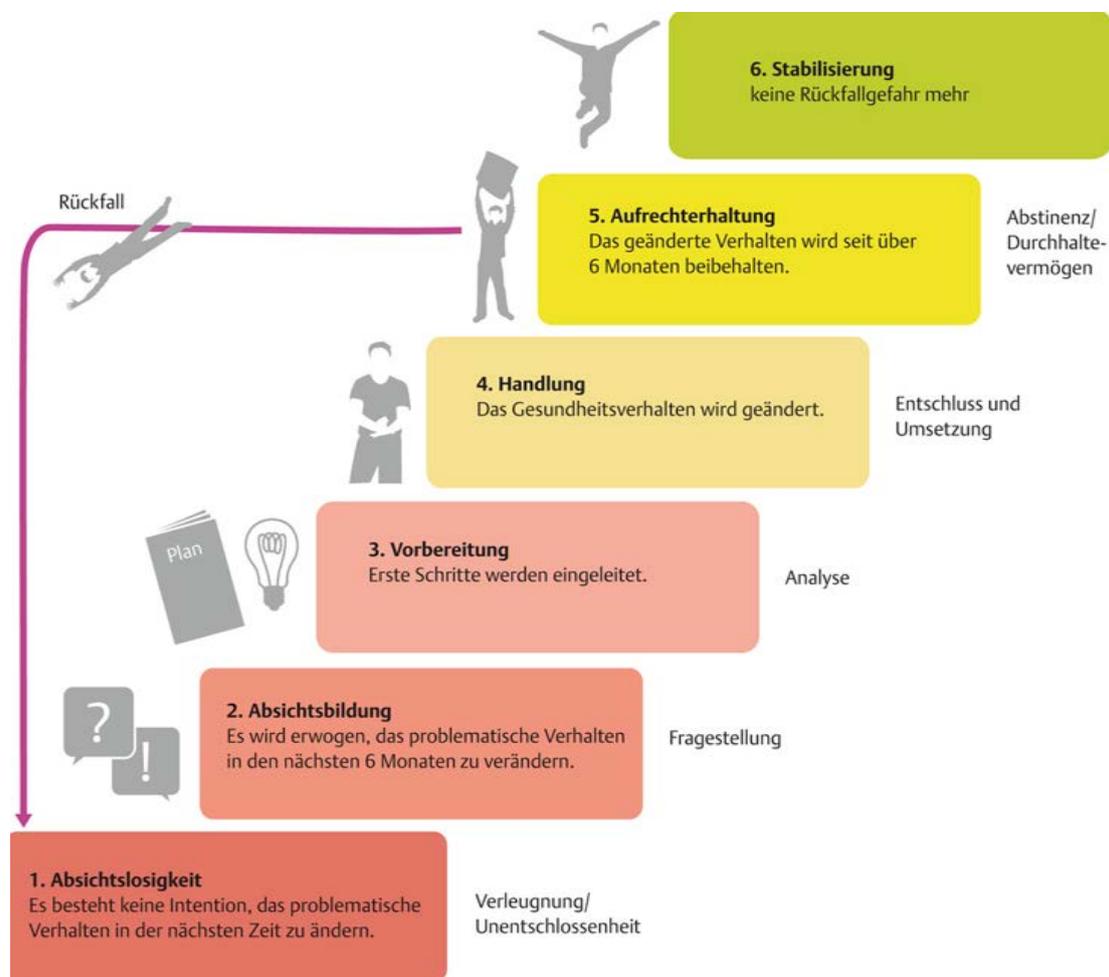
- *Aus ärztlicher/medizinischer Sicht wäre es besser für Sie und für die Gesundheit (...), mit dem Rauchen aufzuhören*
- *Sie wissen sicherlich, dass es für Ihre Erkrankung (...) und deren weiteren Verlauf sehr wichtig wäre, dass Sie aufhören zu rauchen.*

Assist:

- Unterstützungsmöglichkeiten aufzeigen

- Es gibt eine Vielzahl von Möglichkeiten (NET, VT, Selbsthilfemanuale, Quitline...)
- Wenn Sie einverstanden sind, überweise ich Sie zu...

Abhängig von dem Stadien Modell von Prochaska und Di Clemente werden Raucher unterschiedlich auf die Ansprache reagieren. Je weiter die Raucher von der Absichtsbildung das Rauchen aufzuhören entfernt sind, desto weniger werden Sie über einen konkreten Ausstiegsplan sprechen wollen. Hier stellt die MI eine hilfreiche Methode dar, angemessen an die Stadien, in der sich der Raucher befindet mit unterschiedlichen Interventionen reagieren zu können. Gleichzeitig kann mit dieser Gesprächsmethode die innere Ambivalenz des Rauchers aufgelöst werden.



Georg Thieme Verlag, Stuttgart - New York
I care Please - 2015

Abb. 16: Transtheoretisches Modell (TTM) nach Prochaska und Di Clemente

Dieses Stadien Modell wird in der Wissenschaft heute durchaus kritisch diskutiert, stellt jedoch eine gute Orientierungsgrundlage dar.

Ein Modell „**FRAMES**“ aus MI für eine Kurzintervention wäre:

Feedback	Rückmeldung persönlicher Risiken	<i>Rauchen Sie? Es wäre wichtig für Sie aufzuhören.... Ich habe da einen Befund, der mir Sorgen macht...</i>
Responsibility	Eigene Verantwortung des Patienten betonen	<i>Natürlich entscheiden Sie selbst ob und wann... Es liegt an Ihnen, dass zu ändern...</i>
Advice	Empfehlung der Veränderung	<i>Verhaltensänderung ist wichtig, weil...</i>
Menue	Auswahl geben an Möglichkeiten	<i>Sie können langsam reduzieren oder ganz aufhören.</i>
Empathy	Empathisch Patienten abholen	<i>Grundhaltung</i>
Self-Efficacy	Förderung der Selbstwirksamkeit	<i>MI</i>

Zusammenfassend kann man sagen, dass der Tabakkonsum eine ernst zu nehmende Bedrohung für die Gesundheit des Rauchenden darstellt. **Das Gesundheitssystem sollte daher immer das Thema Rauchen ansprechen, den Patienten zu einer Verhaltensänderung motivieren und eine Diagnostik und Therapieplanung in die Behandlung integrieren.**

MI – Teil 10 – MI in der Zahnmedizin

Warum ist Motivation in der Zahnmedizin so wichtig? Eine Antwort auf diese Frage bietet zum Beispiel eine **systematische Literaturübersicht von Needleman et al. aus dem Jahre 2005**, bei der festgestellt wurde, dass die **alleinige professionelle Zahnreinigung im Grunde genommen kaum Effekte hat, wenn nicht der Patient auch für die häusliche Mundhygiene motiviert ist**. Zudem sahen die Forscher, dass **regelmäßige Gespräche zur Mundhygienetechnik und -motivation vergleichbare Ergebnisse erzielen, wie eine professionelle Zahnreinigung**.

D.h. dass bei kognitiv und motorisch gesunden Patienten, das eigenverantwortlich durchgeführte Gesundheitsverhalten eine effektive präventive Maßnahme sein kann. Es bedarf nur der adäquaten Technik und der notwendigen Motivation dazu.

Eine andere Studie, die die Bedeutung des eigenverantwortlichen Gesundheitsverhaltens in der Zahnmedizin hervorhebt, wurde **2008 von Eickholz** und Kollegen durchgeführt. Die Forscher **suchten nach Faktoren, die langfristig dafür ausschlaggebend waren, ob Patienten mit Parodontitis nach 10 Jahren Zähne verloren oder nicht**. Die Daten zeigten, dass **das irreguläre Erscheinen zur Nachsorge, der wichtigste Faktor war mit 4,7-fach erhöhten Risiko für Zahnverlust**. Danach folgten Faktoren wie ein schwerer

Bei 53 Patienten wurden nach 10 Jahren die patientenbezogenen Faktoren für den Zahnverlust untersucht. Hauptfaktoren für Zahnverlust waren:

- 1. Irreguläres Erscheinen zur Nachsorge (Odds Ratio: 4.715)**
- 2. Ausgangsbefund (Odds Ratio: 2.381)**
- 3. Hohes Plaquevorkommen (Odds Ratio: 2.069)**
- 4. Rauchen (Odds Ratio: 1.389)**



Ausgangsbefund, hohes Plaquevorkommen und das Rauchen.

Abb. 17: Faktoren für Zahnverlust nach Eickholz et al. 2008

Die Studie macht deutlich, dass viele der technischen und populären Aspekte der Parodontitistherapie (z.B. ob man einen Laser benutzt oder nicht, oder welche parodontalchirurgische Schnittführung die beste ist) womöglich gar nicht **auf den Faktor Zahnerhalt** ausgerichtet sind und dass hier ganz andere Faktoren wie **Motivation, Adhärenz und Freundlichkeit vermutlich die entscheidenderen sind**.

Wäre, **vor dem Hintergrund der verhaltensbezogenen Faktoren in der Zahnmedizin**, die Anwendung von **MI nicht ein ideales Werkzeug?** Es gibt bisher zu dieser Thematik noch recht wenig Evidenz. Die durchgeführten **Studien bestätigen aber dies zu großen Teilen, vor allem im Bereich der Prävention, der Kariologie, der Kinderzahnheilkunde** (vor allem im Gespräch mit Eltern), auch im Bereich **der Mundhygiene und der Parodontitistherapie in Kombination mit der Raucherentwöhnung oder Ernährungsberatung**.

Es gibt aber auch Studien, die keine Effekte von MI feststellen konnten, in denen z.B. Mundhygienegespräche mit einem Psychologen ausserhalb der Klinik durchgeführt wurden

oder in denen keine suffizienten Werte des MITI erreicht wurden. Dies verdeutlicht auch nochmal, dass **MI in seinem spezifischen Setting durchgeführt werden sollte und dass es bei der Ausbildung von MI nicht mit einem Wochenend-Workshop getan ist. Weiterhin existieren keine Studien, die negative Effekte zeigen konnten.**

Ein häufiges Gefühl von Teilnehmern in Workshops ist die **Befürchtung, dass MI mehr Zeit kosten könne. In eigenen Untersuchungen konnten wir dies nicht feststellen, sondern das sich eher der Gesprächsanteil vom Therapeuten hin zum Patienten verlagert.**

Wie in den bisherigen E-Lectures angeklungen, gilt **für Veränderungsmotivation insbesondere offene statt geschlossene Fragen zu stellen.** Im zahnmedizinischen Setting wären dies z.B. die folgenden unterschiedlichen Fragestile: Auf die Frage *„Putzen Sie zweimal am Tag die Zähne?“* könnte man mit der Antwort wahrscheinlich wenig anfangen. **Die offene Frage „Wie betreiben Sie aktuell Mundhygiene?“** wird im Gegensatz dazu schon **mehr Informationen evozieren, mit denen man dann weiterarbeiten kann.**

Auch **die richtige Einstellung des Diabetes ist von besonderer Bedeutung in der Parodontologie.** Auch hier würde **die Frage „Kommen Sie mit der Diabetestherapie zurecht?“** kaum nutzbare Informationen liefern, im Gegensatz zu der offenen Frage: **„Wie kommen Sie mit der Diabetestherapie zurecht?“**. An diesem Beispiel verdeutlicht sich zudem **der interdisziplinäre Ansatz von Verhaltensänderung in der Zahnmedizin, der sowohl einen parodontalen Risikofaktor thematisiert als auch dem Diabetologen bei der Arbeit hilft.** Ein weiteres Beispiel wäre der unterschiedliche Informationsgewinn bei den Fragen *„Rauchen Sie?“* oder *„Was denken Sie über das Rauchen?“*. Wobei die geschlossene Frage einen berechtigten Platz in der Anamnese hat, um erst einmal festzustellen, ob der Patient überhaupt raucht.

Eine **weitere Grundhaltung und Kommunikationstechnik des MI, die sich gut in das zahnmedizinische Setting übertragen lässt, ist die Würdigung.** Prinzipiell kann dies ganz **am Anfang der Behandlung geschehen, zunächst einmal das Gute im Patienten zu sehen.** Weiterhin **bieten sich viele Gelegenheiten den Patienten zu wertschätzen,** ob durch ein kleines *„Ich freue mich über Ihr Kommen.“* oder *„Das haben Sie prima ausgehalten“* nach einer Behandlung. Manchmal berichtet der Patient von Schwierigkeiten, wie z.B. *„Ich finde Zahnarztbesuche immer ganz schrecklich.“* **Statt einer banalen Beschwichtigung im „Ja, sie werden das schon schaffen.“, bietet sich auch hier im Sinne des Reframings an, gerade das Kommen trotz dieses Hindernisses zu würdigen.** Eine beispielhafte Aussage wäre hier *„Und obwohl das so schrecklich für Sie ist, kommen Sie trotzdem. Stark!“*. Auch **hier ist natürlich zu beachten, welche Würdigungen zu einem selber passen im Sinne der Authentizität.** Manche Therapeuten betonen das mehr als andere.

Wenden wir uns nun dem **Thema „Evokation“ in der Zahnmedizin** zu. Ein **„klassisches“ Vorgehen wäre die direktive Anweisung „Sie müssen zweimal täglich Zähne putzen und einmal am Tag die Zahnzwischenräume reinigen.“** – Nach den bisherigen Kurzvorträgen wissen wir, dass **dieses Vorgehen höchstwahrscheinlich nur eine kurze Antwort des Patienten und kein Change Talk evozieren wird und zudem ggf. eher Widerstand hervorrufen könnte.** Ein Beispiel für eine **evozierende Kommunikationsweise** hierzu wäre: **„Wie betreiben Sie derzeit Mundhygiene?“** oder **„Was wissen Sie über Mundhygiene?“**.

Bezüglich der Raucherentwöhnung in der zahnärztlichen Praxis **empfiehlt es sich, mit einem kooperierenden spezialisierten Zentrum zusammenzuarbeiten.** Im Falle der Uniklinik Freiburg können **Patienten der Uniklinik Freiburg, kostenfrei an einem Kurs zur Raucherentwöhnung teilnehmen.** Dafür werden die Patienten unter der Telefonnummer: **0761 270-71720** angemeldet. **Ziel der Motivation des Patienten beim zahnärztlichen Termin wäre es dementsprechend, ihn für die Raucherentwöhnung zu gewinnen.** Selbstverständlich können Patienten aber ohne das Angebot aufhören oder als Ziel auch nur eine Reduktion der Zigaretten anstreben.

Ein Praxisbeispiel für ein verhältnismäßig schnelles Erzeugen von Change Talk wäre folgendes: Die Frage **„Haben Sie schon mal überlegt mit dem Rauchen aufzuhören?“** wird so gut wie kein Raucher verneinen. Zumeist haben Raucher auch schon einen vergangenen Rauchstopp hinter sich, betonen aber zumeist das Nichtgeschaffthaben wie hier in dem Beispiel mit **„Ja, ich hab's sogar mal probiert, es hat aber nicht geklappt.“**. Eine **gute Möglichkeit ist es nun, den Patienten nach dem damaligen Grund zu fragen** („Wieso haben Sie es probiert?“). **Zum einen erzeugt diese offene Frage direkt Change Talk, zum anderen wird damit ein wichtiges vergangenes motivationales Element wieder aktiviert.** Die Bedingungen die zum Rauchstopp geführt haben, können sehr interessant sein und viele Ressourcen bieten, für einen erneuten Rauchstopp. Zum anderen kann man **dazu noch fragen, wie lange der Patient es denn geschafft hat. Egal welche Zeit der Patient nun nennt, bietet dies für den Therapeuten die Möglichkeit das zu Würdigen.** Oftmals sind dies sehr spannende Momente, wenn der Patient statt seinem Versagen, die erfolgreiche Zeit bestätigt bekommt und nicht selten folgt darauf auch wieder Change Talk. Probieren Sie es aus!

Wozu kann man nun MI speziell in der Parodontologie einsetzen? Dadurch, dass **bezüglich der Ätiologie der Parodontitis es immer klarer wird, dass die Erkrankung vor allem durch eine Entzündungsreaktion getriggert wird, ist es therapeutisch logisch, neben der Plaquekontrolle einen anti-inflammatorischen Lebensstil zu empfehlen.** Forscht man dazu in der Literatur, ist man erstaunt zu sehen, dass so **viele Verhaltensweisen einen Einfluss auf die Entzündungsreaktion nehmen.** Darunter fallen neben nicht-beeinflussbaren Faktoren wie dem Alter und genetischer Prädisposition eine Reihe von **beeinflussbaren Faktoren, wie Körperfettmasse, Rauchen, Ernährung, Stress und Vitamin D Einnahme.** Dementsprechend ist **die ursachengerichtete Parodontitistherapie ein ideales Einsatzgebiet für die Motivierende Gesprächsführung.**

MI in der Parodontologie

Faktor	Antientzündlich	Niedrig	Mittel	Hoch
Chronisch entzündliche und allgemeine Erkrankungen ¹		Therapeutisch eingestellt		Nicht eingestellt
Alter ²		30-50	50-70	>70
BMP ³		25-30	30-35	>35
Rauchen ⁴		<5 Zigg/d	5-15 Zigg/d	>15 Zigg/d
Ernährung – Kohlenhydrate / Mehlgewinn ⁵	Bewusste Kohlenhydratreduktion	Wenig Mehlspeisen, wenig Stärke	Kohlenhydratbasierte Hauptmahlzeiten	tägliche kohlenhydratbasierte Ernährung und Zwischenmahlzeiten
Ernährung - Zucker ⁵		Weniger als einmal täglich / Obst	Einmal täglich Süßes (Süßigkeiten, Getränke)	Mehrmals täglich Süßes (Süßigkeiten, Getränke)
Ernährung – Vitamin C (Obst, Gemüse) ⁶	Ja (z.B. <u>tägl</u> Kiwi, Orange, Paprika)			Gar nicht
Ernährung - Omega 3 Fettsäuren ⁷	mehrmals i. d. Woche: Seefisch täglich: Lein-, Walnuss-, Rapsöl oder Fischölkapseln	1x Woche	1x Monat	nie
Ernährung – Antioxidantien / Sekundäre Pflanzenstoffe ⁸	z.B. Grüner Tee, Kaffee ohne Milch, Rote Beeren täglich	1x Woche	1x Monat	nie
Körperliche Aktivität ⁹	3 x Wöchentlich 30 min Sport	2 x Wöchentlich 30 min Sport	1 x Wöchentlich 30 min Sport	Kein Sport
Stress ⁹	Aktive Stressbewältigung (Yoga, Meditation, Jacobson etc.)	Nein	gering	ausgeprägt
Schlafqualität ¹⁰	6-8h erholsamer Schlaf, (morgens fit sein), kein Schnarchen	Schnarchen	Nicht erholsamer Schlaf	Schlafmangel, Schlafapnoe, Schichtarbeit, Insomnie,
Vitamin D ⁹	Supplementation	Regelmäßiger Aufenthalt im Freien mit unbedeckter Haut	Selten im Freien	Kaum im Freien, nur bedeckt

Abb. 18: Entzündungsrelevante Faktoren in der Parodontitistherapie

Die hier dargestellte Tabelle kann angewendet werden, um im Sinne der Fokussierung mit dem Patienten Faktoren zu identifizieren, die entzündungsrelevant sind und von denen der Patient sagt, dass er da Möglichkeiten zur Veränderung sieht.

Wie bereits vorhergehend gesagt, ist MI bereits in kleinen Dosen wirksam und gerade in der Zahnarztpraxis kann die Gesprächszeit mal knapp werden. Ein Praxistipp, um den Patienten danach zu fragen, ob beim nächsten Termin wieder über das Thema gesprochen werden darf wäre: „Darf ich Sie beim nächsten Mal dazu wieder Befragen?“. Dies kann man vergleichen mit einer bildhauerischen Arbeit, bei der Stück für Stück in Richtung des gewünschten Kunstwerks gearbeitet wird.

Zum einen lässt sich MI nicht nur im Gespräch, sondern im gesamten Behandlungsablauf integrieren. Anstatt z.B. einen Patienten direktiv ohne Ankündigung nach hinten zu fahren, kann man den Patienten darum um Erlaubnis zu bitten. In wie fern andere Maßnahmen sich auch im Sinne des MI gestalten lassen, hängt aber auch von dem eigenen Empfinden ab. Vor allem in Ausbildungssettings empfiehlt es sich gezielt Zeit zu nehmen, um andere notwendige Behandlungsmaßnahmen nicht zu kurz kommen zu lassen. Dies kann z.B. so aussehen, dass die Assistenz gezielt einen nach 10 Minuten Motivationsgespräch sanft unterbricht. Man kann MI Gespräche vor allem unterteilen und den Patienten fragen, ob man beim nächsten Mal wieder über das Thema sprechen darf.

Weiterhin kann man sehr gut die Wartezeiten z.B. auf betreuende Assistenzen mit MI-Inhalten füllen. Hier empfiehlt es sich zudem, den Patienten auf Wartezeiten vorzubereiten. Da MI sich nicht einfach nur in einem Workshop lernen lässt, sondern

ständiger Weiterentwicklung bedarf, nutzen Sie die Chance Ihre Kollegen und Lehrer zu fragen, was man bei dem oder de Gespräch/-en hätte noch besser machen können.