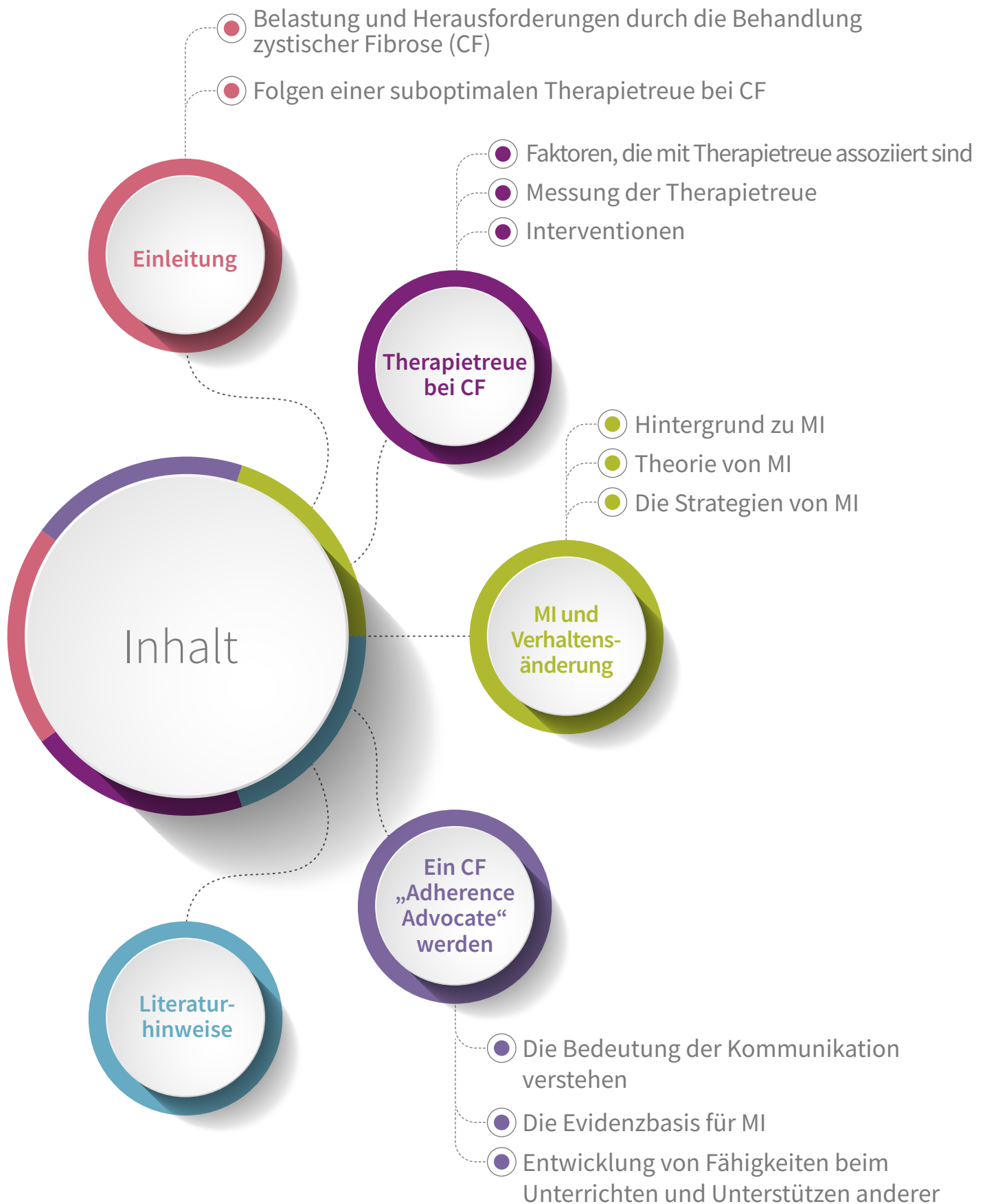




Bei der motivierenden Gesprächsführung (Motivational Interviewing, MI) handelt es sich um einen kooperativen Gesprächsstil zur Stärkung der Motivation und des Engagements einer Person für Veränderungen.

Miller und Rollnick, 2013



Diese umfangreiche Ressource wurde von einem Lenkungsausschuss internationaler Cystische Fibrose(CF)-Experten entwickelt, um Techniken zur motivierenden Gesprächsführung (MI) abzudecken, die einen wirksamen Rahmen für die Verbesserung der Bereitschaft von Patienten zu Verhaltensänderungen bilden können. Die Ressource untersucht die Probleme bei der Therapietreue bei CF sowie die Prinzipien und Strategien von MI. Sie soll Ihnen Wissen und Fähigkeiten vermitteln, um Ihre individuelle MI-Praxis zu verbessern, und bietet Ihnen den relevanten Hintergrund für die in den fünf MI-Modulen besprochenen Themen. Diese Module können [hier](#) heruntergeladen werden.

- Belastung und Herausforderungen durch die Behandlung zystischer Fibrose (CF)
- Folgen einer suboptimalen Therapietreue bei CF



Belastung und Herausforderungen durch die Behandlung zystischer Fibrose (CF)

Wichtige Entwicklungen bei CF-Behandlungen und -Behandlungsstrategien haben zu einer bemerkenswerten Verbesserung der Gesundheit von Menschen mit CF geführt. Es ist weithin anerkannt, dass sich das Überleben verbessert (Burgel et al., 2015), was zumindest teilweise auf eine frühe und aggressive Behandlung sowie auf therapeutische Fortschritte zurückzuführen ist (Lopes-Pacheco, 2020).

Der Einsatz mehrerer Medikamente und Therapien kann jedoch für Patienten jeden Alters und deren Angehörige komplex, anspruchsvoll und zeitaufwendig sein (Sawicki und Tiddens, 2012; Sawicki et al., 2013). Mitglieder des multidisziplinären CF-Teams (MDT) haben oft lange (und gelegentlich intensive) Beziehungen zu Patienten und ihren Familien. Das Team muss eine Versorgung bieten, die sowohl ganzheitlich als auch patienten- bzw. familienorientiert ist und das Ziel hat, Menschen mit CF zu helfen, ein Gleichgewicht zwischen optimaler Behandlung und Lebensqualität zu erreichen (Duff und Oxley, 2014).

Während sowohl die CF-Teams als auch die Patienten bereitwillig diese Philosophie der Versorgung annehmen, ist die Realität, dass komplexe Behandlungsschemata eine immer größere Versorgungslast für Patienten und ihre Familien darstellen. Dies kann zu mangelnder Therapietreue (Bregnballe et al., 2011; Sawicki und Tiddens, 2012) und einem geringen Kompetenzniveau bei der Therapiegabe führen, die beide gesundheitsschädlich sein können (Sawicki und Tiddens, 2012).

„Therapietreue“ ist ein bevorzugter Begriff, um zu beschreiben, wie das Gesundheitsfürsorgeverhalten der Patienten mit den vereinbarten Empfehlungen der Mitglieder des CF-Teams übereinstimmt („Compliance“ und „Stufen von Selbstfürsorgeverhalten“ sind weitere Begriffe) (Duff und Latchford, 2010). Gute Therapietreue ist schwer zu definieren, aber die optimale Therapietreue umfasst fast immer die richtige Behandlung richtig angewendet zur richtigen Zeit. Es ist bekannt, dass die Therapietreue je nach Komplexität des Behandlungsschemas und der Messung der Therapietreue variiert (White et al., 2017; Lopes-Pacheco, 2020).

Einleitung

Therapietreue
bei CF

MI und
Verhaltens-
änderung

Ein CF
„Adherence
Advocate“
werden

Literatur-
hinweise

- Belastung und Herausforderungen durch die Behandlung zystischer Fibrose (CF)
- Folgen einer suboptimalen Therapietreue bei CF



Folgen einer suboptimalen Therapietreue bei CF

Eine optimale Therapietreue ist stark mit besseren Ergebnissen und einem reduzierten Risiko für einen Krankenhausaufenthalt verbunden (Eakin et al., 2013; Mikesell et al., 2017; Quittner et al., 2014). Es wurde festgestellt, dass die suboptimale Therapietreue die eine Hauptursache für Behandlungsversagen ist (Thee et al., 2021), was zu schlechten Gesundheitsergebnissen führt (Eakin et al., 2011). Sie ist explizit mit Behandlungsversagen, geringerer Lebensqualität, verminderter Baseline-Lungenfunktion und höherer Morbidität verbunden; sie ist auch prädiktiv für Bedarf an intravenösen Antibiotika (Briesacher et al., 2011; Duff und Latchford, 2010; Eakin et al. 2011; Eakin et al., 2013; Quittner et al., 2008; Mikesell et al., 2017). Die Verbesserung der Therapietreue ist heute auch eine der wichtigsten psychosozialen Herausforderungen in der CF-Versorgung (Muther et al., 2018).

- Faktoren, die mit Therapietreue assoziiert sind
- Messung der Therapietreue
- Interventionen



Faktoren, die mit Therapietreue assoziiert sind

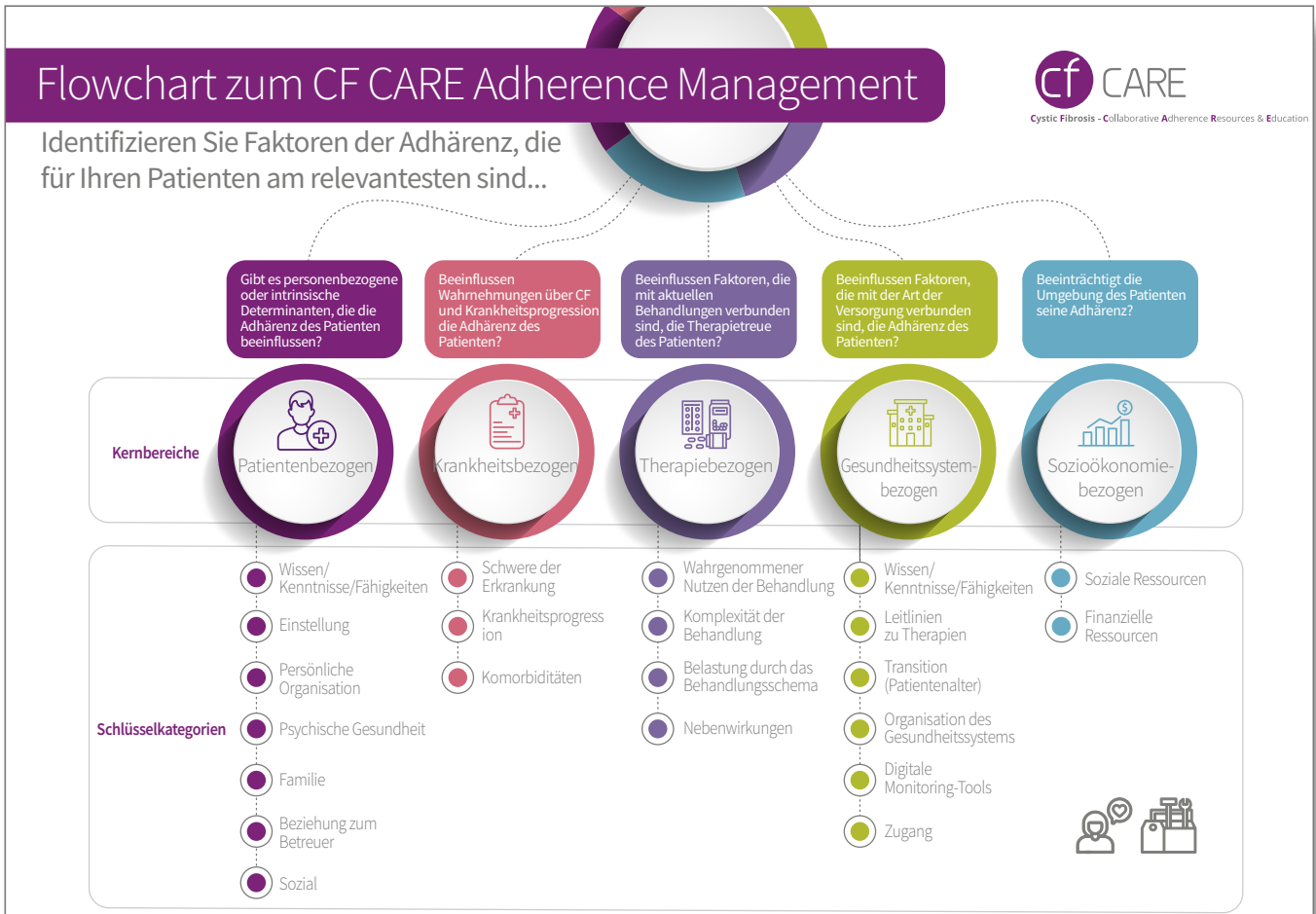
Die Faktoren, die die mangelnde Therapietreue bei CF beeinflussen, sind weitreichend und können von Patient zu Patient sehr unterschiedlich sein. Um diese Faktoren besser zu verstehen, haben wir das Flowchart zum CF CARE Therapietreue-Management unter Verwendung der neuesten CF-Therapietreueforschung entwickelt, um einen umfassenden Überblick über die Treiber der mangelnden Therapietreue und Strategien zu deren Behebung zu geben.

In den folgenden Abschnitten werden die identifizierten Kernbereiche und Schlüsselkategorien kurz besprochen. Eine Übersicht des Flowcharts ist in der folgenden Abbildung zu sehen, die die möglichen Faktoren unter den folgenden fünf Kernbereichen aufteilt:

- Patientenbezogene Faktoren
- Krankheitsbezogene Faktoren
- Therapiebedingte Faktoren
- Gesundheitssystembezogene Faktoren
- Sozioökonomische Faktoren

Sie können [hier](#) auf das vollständige interaktive Flowchart zugreifen, das weitere unterstützende Studien und Referenzen sowie weitere Beispiele und mögliche Interventionen beinhaltet. Das Flowchart soll Sie bei der Erstellung personalisierter Versorgungspläne unterstützen, um die mangelnde Therapietreue mit dem Ziel zu adressieren, die Ergebnisse bei CF zu verbessern.

Es gibt viele Aspekte, die die Einhaltung der CF-Behandlungen und -Interventionen beeinflussen können



- Faktoren, die mit Therapietreue assoziiert sind
- Messung der Therapietreue
- Interventionen



Patient-related

Patientenbezogene Faktoren

Die patientenbezogenen Faktoren, die die Therapietreue beeinflussen, sind weitreichend und umfassen Faktoren, die für jeden einzelnen Patienten spezifisch sind. Es ist bekannt, dass das Wissen, die Fähigkeiten und die Fertigkeiten des Patienten die Therapietreue beeinflussen und sein Wissen über die Behandlung (Pakhale et al., 2016), sein Wissen über die Krankheit (Ohn et al., 2018), seine Fähigkeit zur Therapieverabreichung (Zanni et al., 2014) und sein Bildungsniveau (Flores et al., 2013) umfassen können. Auch die Einstellung und die persönliche Organisation des Patienten sowie seine Zeitmanagementfähigkeiten (Ohn et al., 2018) und Priorisierungsfähigkeiten (Nicolais et al., 2019) spielen durch Gefühle gegenüber der Behandlung (Arden et al., 2019) und Überzeugungen (Happ et al., 2013; Keyte et al., 2019) eine Rolle bei der Therapietreue. Auch die psychische Gesundheit des Patienten kann die Therapietreue durch Depressionen und Angstzustände beeinflussen (Quittner et al., 2016).

Es gibt auch Faktoren, die mit dem unmittelbaren Umfeld des Patienten zusammenhängen, wie z. B. die Rolle der Familie/Betreuer und das soziale Umfeld. Die Unterstützung und Organisation der Familie bzw. des Betreuers kann die Therapietreue des Patienten unterstützen oder behindern (Prieur et al., 2021). Darüber hinaus können auch soziales Leben und sozialer Druck (Arden et al., 2019; Hogan et al., 2015; Oddleifson und Sawicki, 2017) sowie die Verfügbarkeit nicht-familiärer Unterstützungssysteme (Helms et al., 2015) zur Therapietreue beitragen.



Disease-related

Krankheitsbezogene Faktoren

Schweregrad und Krankheitsprogression sowie das Vorliegen von Komorbiditäten können alle die Therapietreue und die Funktionsfähigkeit beeinflussen, einschließlich kürzlich aufgetretener pulmonaler Exazerbationen und/oder Hospitalisierungen (Mikesell et al., 2017; Quittner, 2014; Eakin et al., 2013), der Beziehung des Patienten zu seiner Krankheitsprogression (Lomas, 2014; Dziuban et al., 2010) und körperlicher Komorbiditäten (Ronan et al., 2017) und Komorbiditäten der mentalen Gesundheit (Cohen-Cymerknoh et al., 2018).



Therapy-related

Therapiebedingte Faktoren

Es gibt auch eine Vielzahl von Faktoren, die die Therapietreue in Bezug auf die spezifischen Behandlungen und Interventionen beeinflussen können, die Patienten mit CF durchführen. Dazu gehören der wahrgenommene Nutzen und die Komplexität der Behandlung sowie die Häufigkeit und Dauer der Behandlungen (Sawicki et al., 2015). So können Patienten beispielsweise auch unter Müdigkeit, Erschöpfung oder Burnout aufgrund der täglichen Durchführung von Behandlungen leiden (Eaton et al., 2020). Zudem können Behandlungen im alltäglichen Leben Stress und Unannehmlichkeiten verursachen (Sawicki et al., 2015). Darüber hinaus sind Nebenwirkungen und Polypharmazie ebenfalls Hindernisse für die Therapietreue (Narayanan et al., 2017).

Einleitung

Therapietreue bei CF

MI und Verhaltensänderung

Ein CF „Adherence Advocate“ werden

Literaturhinweise

- Faktoren, die mit Therapietreue assoziiert sind
- Messung der Therapietreue
- Interventionen



Gesundheitssystembezogene Faktoren

Es gibt viele Möglichkeiten, wie das Gesundheitssystem und die Mitglieder des CF-Teams mit Patienten interagieren, um die Therapietreue sowohl im Alltag als auch an wichtigen Umstellungspunkten zu unterstützen. Entscheidend für die funktionierenden CF-Teams und deren Unterstützung bei der Therapietreue sind das Wissen, das Bewusstsein und die Kommunikationsfähigkeiten des Teams (Duff und Latchford, 2010). Im weiteren Sinne werden die Organisation des Gesundheitssystems in Bezug auf die multidisziplinäre Teamunterstützung (Zobell et al., 2017) sowie die Adhärenzprogramme und Adhärenzerhebung (Riekert et al., 2015; Santuzzi et al., 2020) die Therapietreue von Patienten beeinflussen. Auch wenn digitale Hilfsmittel zur Überwachung die Therapietreue unterstützen können (Calthorpe et al., Thorax, 2020), wird die Einhaltung der Anwendung dieser Hilfsmittel durch einen Patienten auch auf Basis von Dingen wie der Patientenpräferenz (Calthorpe et al., BMJ Open Respir Res 2020) unterschiedlich sein, was ebenfalls zu berücksichtigen ist.

Es gibt viele Möglichkeiten, wie das Gesundheitssystem und die Mitglieder des CF-Teams mit Patienten interagieren, um die Therapietreue sowohl im Alltag als auch an wichtigen Umstellungspunkten zu unterstützen. Entscheidend für das Funktionieren der CF-Teams und deren Unterstützung bei der Therapietreue sind das Wissen, das Bewusstsein und die Kommunikationsfähigkeiten des Teams (Duff und Latchford, 2010). Im weiteren Sinne werden die Organisation des Gesundheitssystems in Bezug auf die multidisziplinäre Teamunterstützung (Zobell et al., 2017) sowie die Adhärenzprogramme und Adhärenzerhebung (Riekert et al., 2015; Santuzzi et al., 2020) die Therapietreue von Patienten beeinflussen. Auch wenn digitale Hilfsmittel zur Überwachung die Therapietreue unterstützen können (Calthorpe et al., Thorax, 2020), wird die Einhaltung der Anwendung dieser Hilfsmittel durch einen Patienten auch auf Basis von Dingen wie der Patientenpräferenz (Calthorpe et al., BMJ Open Respir Res 2020) unterschiedlich sein, was ebenfalls zu berücksichtigen ist.

Wie Patienten mit dem Gesundheitssystem interagieren, wird sich auch mit zunehmendem Alter (Ohn et al., 2018) ändern, dadurch wie sich ihre individuellen Umstände in Bezug auf die Einfachheit des Zugangs zu Dienstleistungen ändern, z. B. Entfernung von ambulanten Dienstleistungen, wenn sie aus Arbeits-, Ausbildungs- oder aus anderen Gründen umziehen (Abraham et al., 2018). Diese Faktoren können alle einen Einfluss auf die Therapietreue und deren Monitoring haben.



Sozioökonomische Faktoren

Schließlich gibt es soziale und finanzielle Ressourcen, auf die Patienten Zugriff haben können, um die Therapietreue zu unterstützen. Zu den sozialen Ressourcen gehören das Bildungsniveau (Flores et al., 2013) und Aspekte des familiären Umfelds, die die Therapietreue unterstützen (Everhart et al., 2014). Zu den finanziellen Mitteln gehören Haushaltseinkommen (Oates et al., 2015) und Versicherungsdeckung für verschreibungspflichtige Medikamente (Li et al., 2018). Diese Faktoren können auch in Aspekte der vorherigen vier Kernbereiche einfließen.

Zusammen zeigen diese Kernbereiche das komplexe und überlappende Netz von Faktoren, die zu einer suboptimalen Therapietreue bei CF-Patienten führen können. Wenn Sie daran interessiert sind, mehr über diese Faktoren und spezifischen Interventionen zu erfahren, sehen Sie sich bitte das Flowchart zum CF CARE Therapietreue-Management [hier](#) an.

- Faktoren, die mit Therapietreue assoziiert sind
- Messung der Therapietreue
- Interventionen



Messung der Therapietreue

Die genaue Messung der Therapietreue ist sehr wichtig, da die Daten Informationen liefern, welche die Maßnahmen am Patienten unterstützen. Variable und unzuverlässige Messtechniken (z. B. Selbstbericht, Medikamentenzählung und Rezept erfassung) sind wichtige Faktoren, die zu einer Inkonsistenz der berichteten Rate der Therapietreue beitragen können. Auch in Fällen, in denen das Verständnis des Patienten sowohl der Erkrankung als auch des Behandlungsplans zufriedenstellend ist, ist eine genaue Messung der Therapietreueraten (ausgedrückt als Prozentsatz der Verordnung) methodisch heikel.

Daher ist die Befolgung aktueller Best-Practice-Leitlinien für CF-Teams, die sich Sorgen um die Therapietreue ihrer Patienten machen, von entscheidender Bedeutung. Diese Leitlinien umfassen (i) die Messung des Krankheits- und Behandlungswissens, des Verstehens der Krankheit und des Behandlungsplans und der Faktoren, die die Therapietreue sowohl auf individueller als auch auf Familienebene blockieren, (ii) die Erstellung umfassender Behandlungspläne mit schriftlichen Kopien für Patienten und Eltern und (iii) die Triangulierung von Daten durch Verwendung von mindestens zwei Beurteilungsmodalitäten (z. B. tägliches Tagebuch und elektronische Überwachung) und Untersuchung der Übereinstimmung zwischen zwei oder mehr Ergebnissen, wobei elektronische Daten Vorrang haben (Quittner et al., 2008, NICE, 2009).

Es ist auch nützlich für CF-Teams, praktische Hilfsmittel zu haben, um mit den Patienten zu besprechen, wie *sie ihrer Meinung nach* mit ihren Behandlungen zurechtkommen. Sie könnten einfach fragen, aber die Verwendung von schnell durchführbaren Hilfsmitteln könnte nützlicher sein. Wir haben ein Hilfsmittel namens Brief Adherence Rating Scale (Kurze Skala zur Bewertung der Therapietreue) entwickelt, das drei visuelle Analogskalen verwendet, die beschreiben, wie gut die Patienten mit ihren Behandlungen insgesamt zurechtkommen, wie einfach sie die Behandlungen finden und ob sie glauben, dass sie ihre Aktivitäten ändern müssen. Dieses Hilfsmittel ist eher als Diskussionsaufforderung als als verlässliche Maßnahme gedacht, aber Sie finden es vielleicht nützlich für den Beginn eines Gesprächs oder die Nachverfolgung von Veränderungen im Laufe der Zeit.

Die Brief Adherence Rating Scale sowie andere praktische Hilfsmittel finden Sie im begleitenden Kit mit Hilfsmitteln für die Therapietreue [hier](#) auf der CF CARE-Website.

Um die Gespräche mit Ihren Patienten weiter zu unterstützen, haben wir auch ein Hilfsmittel entwickelt, das Visuelle Analogskala für Therapietreue und mangelnde Therapietreue (Visual Analogue Scale for Adherence and Non-Adherence, VASANA) genannt wird. Dieses Hilfsmittel kann verwendet werden, um nachzuverfolgen, wie gut Patienten bestimmte Medikamente einnehmen, und kann dabei helfen, sich auf die Medikamente zu konzentrieren, mit denen Patienten Probleme haben. Das VASANA-Hilfsmittel finden Sie [hier](#) auf der CF CARE-Website.

- Faktoren, die mit Therapietreue assoziiert sind
- Messung der Therapietreue
- Interventionen



Interventionen

Die Arbeit mit Patienten zur Erhöhung der Therapietreue besteht aus sechs Hauptphasen, die auf den folgenden Seiten beschrieben werden. Diese Phasen müssen im Rahmen von routinemäßigen Klinik- und Stationsbesuchen anstatt bei separaten Konsultationen stattfinden.

Die sechs Hauptphasen, die am Prozess der Unterstützung von Patienten beteiligt sind, die Therapietreue zu erhöhen



Einbinden und eine Verbindung aufbauen: eine kollaborative Beziehung zum Patienten aufbauen

Interventionen beginnen mit Gesprächen. Damit ein CF-Team jedoch potenziell sensible Themen effektiv mit einem Patienten besprechen kann, muss es ein Gefühl der Einbindung und eine Verbindung zwischen den beiden geben. Im National Health Service (NHS) in England war beispielsweise die im Jahr 2020 am häufigsten in schriftlicher Form eingereichte Beschwerde die Kommunikation (NHS Digital, 2021).

In der CF-Versorgung ist die Bedeutung der Optimierung der Kommunikation zwischen Ärzten und Personen und Familien, die mit CF leben, allgemein bekannt, insbesondere in Bezug auf die tägliche Versorgung, Therapietreue und psychosoziale Bedenken. In einer 2020 veröffentlichten Studie betonten CF-Kliniker den Bedarf an Ressourcen und Schulungen, um ihre Patienten in Bereichen mit hoher Priorität wie soziale, psychologische und wirtschaftliche Herausforderungen, die Vorbereitung auf den Übergang ins Erwachsenenalter und die Aufrechterhaltung der täglichen Versorgung besser einzubinden. Darüber hinaus wurden fortgeschrittene Kommunikationsfähigkeiten, die den Vertrauensaufbau fördern, als sehr wertvoll vorgeschlagen (Cooley et al., 2020).

Die Grundlage guter Kommunikation ist das Zuhören. Zuhören und Verstehen helfen bei der Gestaltung von Konsultationen, um das Maximum an klinischen Informationen von Patienten zu erlangen. Es ist wichtig zu erkennen, dass gutes Zuhören kein passiver Prozess ist; es geht um mehr als nur still zu sitzen. Aktives Zuhören führt dazu, dass die Patienten aktiv in ihre Gesundheitsversorgung eingebunden werden und eine echte Zusammenarbeit zwischen ihnen und ihrem Gesundheitsexperten herbeigeführt wird. Es führt auch zu einem ehrlicheren – und letztlich nützlicheren – Dialog. Aktives Zuhören wird erreicht, indem man auf Folgendes achtet:

- Auf den Inhalt der Botschaft
- Ohne zu unterbrechen
- Auf die Gefühle des Sprechers
- Ohne zu urteilen

- Faktoren, die mit Therapietreue assoziiert sind
- Messung der Therapietreue
- Interventionen



Im Gegenzug besteht eine optimale Antwort aus „OARZ“ (Miller und Rollnick, 1991):

Offene Fragen: Diese Fragen können nicht mit einem einzigen Wort oder Satz beantwortet werden. Zum Beispiel, anstatt zu fragen „Trinken Sie gern?“, könnte ein Arzt fragen: „Was sind Ihre Gefühle im Zusammenhang mit Trinken?“

Affirmationen: Ein Arzt kann die Stärken, Motivation, Absichten und den Fortschritt eines Patienten unterstützen und kommentieren. Die Moral aufrechtzuerhalten, ist wirklich wichtig, besonders wenn man möchte, dass die Patienten einen schwierigen Schritt machen, wie z. B. die Behandlung in den Griff zu bekommen, wobei Selbstvertrauen ein wichtiger Faktor sein wird.

Reflektierendes Zuhören: Ein Arzt kann zeigen, dass er den Patienten gehört und verstanden hat, indem er wiedergibt, was der Patient geäußert hat. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, dies zu tun, von der einfachen (genau das wiedergeben, was gesagt wurde, vielleicht mit einigen geänderten Wörtern) bis hin zur komplexeren Möglichkeit (Wiedergabe der Bedeutung des Gesagten – oder zumindest der von Ihnen wahrgenommenen Bedeutung).

Zusammenfassungen: Die Zusammenfassung dessen, was besprochen wurde, kann wirklich nützlich sein. Dies stellt eine gute Pause im Gespräch her, bevor das Gespräch in eine andere Richtung geht. Das Zusammenbringen verschiedener Gesprächsfäden kann auch eine sehr starke Aussagekraft haben – zum Beispiel die verschiedenen Arten, wie jemand über seine Sorgen gesprochen hat.

In einer wirklich kooperativen Beziehung können CF-Teams ein offenes und ehrliches Gespräch mit den Patienten führen. Auf diesem Weg werden Informationen und Aufklärung vermittelt und der Patient wird befähigt, ihn betreffende Entscheidungen mit Unterstützung zu treffen. Bei solchen Interaktionen haben Patienten das Gefühl, dass sie etwas Kontrolle über ihr Behandlungsschema haben. Sie erhalten Informationen und kennen sich besser mit CF und ihrer Versorgung aus und können dann aus informierter Perspektive mit ihrem Team verhandeln.

Zusammenarbeit ist der Schlüssel zum Erfolg. Ohne sie vertrauen die Patienten dem Team nicht die Wahrheit darüber an, wie sie damit umgehen und wie gut sie mit ihrer Therapietreue wirklich zurechtkommen. Sie glauben und befolgen auch seltener Ratschläge. Informationen dazu, wie wichtig es ist, eine sinnvolle Kommunikation mit den Patienten durch reflektierendes Zuhören aufzubauen, sowie eine tiefgreifende Beschreibung von OARZ finden Sie [hier](#).

Beurteilen

Eine gute Beurteilung konzentriert sich nicht nur auf das aktuelle Therapietreueverhalten, auch wenn dies wichtig ist. Die Beurteilung sollte alle Faktoren umfassen, die das Therapietreueverhalten beeinflussen können. Im Allgemeinen sollte eine vollständige Beurteilung:

- **Aktuelles Verhalten ermitteln**
- **Aktuelles Wissen ermitteln**
- **Aktuelle Überzeugungen erkunden**
- **Ressourcen erkunden**
- **Die Rolle der Familie/Freunde/Partner des Patienten erkunden**
- **Hindernisse/Unterstützer erkunden**
- **Problemsituationen im Detail erkunden**

- Faktoren, die mit Therapietreue assoziiert sind
- Messung der Therapietreue
- Interventionen



Verhandeln

Wie in den vorherigen Abschnitten besprochen, ist es wichtig, zu berücksichtigen, wie die therapeutische Beziehung am besten zur Verbesserung der Therapietreue eingesetzt werden kann. Die Prinzipien einer echten Zusammenarbeit führen zu Folgendem:

- **Offene und ehrliche Gespräche**
- **Schlüsselbotschaften deutlich machen**
- **Einem aktiv eingebundenen Patienten zuhören und ihn verstehen**

Im Kontext der wirklich kooperativen Beziehung können Diskussionen und Verhandlungen über Behandlungspläne effektiv stattfinden.

Obwohl die CF-Teams klinische Verantwortung tragen und nicht offen die Unterstützung eines reduzierten/geänderten Behandlungsschema dulden können, muss diese Position sich das Gleichgewicht mit einer realistischen Beurteilung dessen halten, was ein Patient tatsächlich tun wird, wenn er aus einem stationären Aufenthalt entlassen wird oder die Klinik verlässt.

In vielen Fällen wird es notwendig sein, das Dilemma mit dem Patienten zu besprechen. Die Diskussion könnte mit folgendem Ansatz begonnen werden:

„Als Teil Ihres CF-Teams habe ich die Verantwortung, Ihnen die bestmögliche Betreuung zu bieten und Sie hinsichtlich eines Behandlungsplans zu beraten, der dies erreichen wird. Was ich aber bei Ihnen heraushöre ist, dass es derzeit für Sie so schwierig ist, sich an diesen Plan zu halten, dass dies nicht zu erreichen ist. Wie geht es jetzt weiter?“

Bei Verhandlungen müssen drei Dinge berücksichtigt werden:

Mit wem müssen wir verhandeln?	Patienten, Eltern, Betreuer, Partner, Geschwister
Was müssen wir verhandeln?	Nur die Aspekte der Behandlung, die der Patient nicht optimal einhalten kann
Wann müssen wir verhandeln?	Wenn es sicher ist, dass der Patient über gute Kenntnisse und Verständnis über die fragliche Behandlung verfügt Wenn herkömmliche Versuche, den Patienten bei der Einhaltung der Behandlung zu unterstützen, fehlgeschlagen sind

Motivieren

Die Idee der Veränderung ist greifbar, aber die Entscheidung liegt – natürlich – beim Patienten. Wir wissen jedoch, dass es für Menschen immer einfacher ist, sich nicht zu verändern, insbesondere wenn die von ihnen erwogene Veränderung schwierig ist und bedeutet, sich mit einigen beängstigenden oder beunruhigenden Gedanken über ihre Krankheit auseinandersetzen zu müssen.

Wir wissen, dass es immer besser ist, den Patienten zu helfen, Dinge für sich selbst zu erarbeiten, anstatt dass das CF-Team Vorschläge macht. Wie sollte also ein Mitglied des CF-Teams versuchen, die Voreingenommenheit für die Aufrechterhaltung des *Status quo* anzugehen? Das CF-Team kann dieses Problem angehen, indem es den Patienten hilft, alle ihre Gedanken und Gefühle bei der Wahl, ob eine Änderung stattfinden soll oder nicht, zu erkunden. Letztendlich geht es dabei um eine Konfrontation zwischen inkompatiblen oder inkonsistenten Überzeugungen. Die Theorie der „kognitiven Dissonanz“ ist ein nützliches Konzept, um diesen Prozess zu verstehen. Die kognitive Dissonanz wurde von Leon Festinger (Festinger, 1957) vorgeschlagen, um eine Situation zu beschreiben, in der zwei inkompatible Überzeugungen existieren, die nicht beide zutreffen können. Unstimmigkeiten zwischen Überzeugungen, wie z. B. wenn jemand das Gefühl hat, etwas tun zu sollen, dies aber nicht tut (z. B. das Rauchen aufgeben), geben Menschen ein unbehagliches Gefühl und erzeugen Impulse für Veränderungen, wenn sie auf die richtige Weise gehandhabt werden.

- Faktoren, die mit Therapietreue assoziiert sind
- Messung der Therapietreue
- Interventionen



Um Diskrepanzen zwischen den Gedanken und Verhaltensweisen der Patienten zu erkennen, müssen aktive Zuhörfähigkeiten eingesetzt werden (dies wird oft als „Entwicklung von Diskrepanzen“ bezeichnet). Dies ermöglicht eine Beurteilung, wie wichtig es für die Patienten ist, sich zu ändern (d. h. ihre Therapietreue zu erhöhen) und wie zuversichtlich sie sind, dies zu erreichen. In Wirklichkeit sind sich die Patienten der meisten Diskrepanzen in der Regel bereits bewusst, aber Menschen sind sehr geschickt darin, nicht über Dinge nachzudenken, die sie nicht tun (aber tun sollten), die ihnen Schuldgefühle oder Unbehagen bereiten.

Die Entwicklung von Diskrepanzen zwischen den Zielen oder Werten der Patienten und ihrem aktuellen Verhalten wird **hier** ausführlicher diskutiert.

Planen

Wenn eine Person sich für eine Veränderung entschieden hat, kann ein Plan den Unterschied zwischen Erfolg und Misserfolg ausmachen. Der erste Schritt während der Planungsphase umfasst das Setzen von Zielen. Es ist verlockend, vage Ziele zu setzen, z. B. alle Medikamente zu nehmen oder einfach besser zu werden. Wenn die Ziele jedoch nicht klar sind, kann sich die Veränderung als problematisch erweisen, und der Erfolg ist mit großer Wahrscheinlichkeit nicht zu beurteilen. Die beste Art, Ziele zu setzen, ist, diese Ziele „SMART“ zu machen:

- **S**pecific (Spezifisch)
- **M**easurable (Messbar)
- **A**ttainable (Erreichbar)
- **R**elevant
- **T**ime-bound (Zeitgebunden)

SMART ermöglicht es, Ziele eindeutig zu definieren, mit einem akzeptablen Maß an Gewissheit zu messen, realistisch, für die Ziele des Patienten relevant und innerhalb eines angemessenen Zeitrahmens erreichbar zu sein. Es ist erwähnenswert, dass es in der Regel am besten ist, mit kleinen, vorläufigen Schritten zu beginnen, um das Selbstvertrauen des Patienten aufzubauen.

Sobald die Ziele vereinbart sind, kann ein Change-Plan aufgestellt werden. Das Verfassen eines Change-Plans verpflichtet den Patienten zu Veränderungen und erinnert ihn an seine Gründe, warum er sich ändern möchte. Es hilft Patienten, sich darauf zu konzentrieren, was sie tatsächlich tun werden, und zu überlegen, was die Veränderung einfacher (oder schwieriger) machen könnte. Im Allgemeinen tun Menschen eher etwas, wenn sie es aufschreiben, sodass die Verpflichtung etwas formeller wird.

Wir haben ein Hilfsmittel für individuelle Behandlungspläne entwickelt, das Patienten helfen kann, die Kontrolle über ihre Behandlung zu übernehmen und Hindernisse für die Therapietreue zu überwinden. Dieses Vorlagendokument finden Sie **hier auf der CF CARE-Website.**

Der Schlüssel zu einer erfolgreichen Veränderung ist die Planung. Obwohl es für die meisten Menschen verlockend ist, ungeduldig zu sein und Veränderungen schnell durchführen zu wollen, ist es wahrscheinlich, dass ein Start in die Veränderung ohne Vorbereitung zum Scheitern führt. Gleichzeitig besteht der zweithäufigste Grund für ein Versagen darin, überhaupt nicht zu beginnen. Selbst wenn eine Entscheidung getroffen wurde, ist es einfach, den Beginn der Ausführung eines Plans zu verschieben.

Immer, wenn jemand anfängt, sich zu verändern, ist es sehr wahrscheinlich, dass er auf dem Weg auf Hindernisse stoßen wird. Diese Hindernisse können den Prozess der Veränderung verzögern oder stoppen oder verhindern, dass er überhaupt beginnt. Eine nützliche Strategie, um Patienten zu helfen, Hindernisse zu überwinden, ist die Einführung von Umsetzungsabsichtsplänen. Die Forschung hat gezeigt, dass diese einfache Technik einen mittleren bis großen Effekt auf die Rate des Erreichens von Zielen haben kann (Gollwitzer und Sheeran, 2006; Gollwitzer und Sheeran, 2008; Gollwitzer, 2014).

- Faktoren, die mit Therapietreue assoziiert sind
- Messung der Therapietreue
- Interventionen



Umsetzungsabsichtspläne helfen Patienten dabei, einen Aktionsplan für jegliche Hindernisse zu erstellen, die Veränderungen im Weg stehen. Vorauszusehen, was diese sein könnten, ist an sich schon nützlich, aber diese Technik beinhaltet auch das Generieren möglicher Lösungen. Vor allem werden Hindernis und Lösung aufgeschrieben, bevor die Veränderung versucht wird, d. h. die Lösung wird vor dem Auftreten des Problems gut geprobt. Hindernisse und Lösungen müssen in einem Format aufgeschrieben werden, das keinen Zweifel daran lässt, was passieren wird:

„Wenn _____ passiert, dann mache ich _____.“

Während des Planungsprozesses werden sich die Erfahrung und das Wissen der medizinischen Fachkraft als sehr hilfreich für den Patienten erweisen. Es ist wichtig, dass das Mitglied des CF-Teams sich daran erinnert, nicht in den „Expertenmodus“ zu verfallen, indem es den Patienten sagt, was zu tun ist. Stattdessen sollten die Patienten gefragt werden, ob es hilfreich wäre, wenn ihnen gesagt wird, was andere Patienten nützlich gefunden haben. „Anleiten“ (oder „Guiding“) ist eine sehr gute Beschreibung dieses Prozesses – Rat geben, zuhören und sich an die Bedürfnisse des Patienten anpassen.

Das Ziel jeder Verhaltensänderung ist es, sie zu einer Routine zu machen, damit das Verhalten automatisch (gewohnheitsmäßig) wird. In den ersten Tagen könnte das Zielverhalten bewusst einer bereits etablierten Routine hinzugefügt werden, sodass es in eine tägliche Aktivität oder Routine integriert wird. Alternativ könnte eine Aufforderung/ ein Hinweis als Erinnerung für den Patienten dienen. Beispiele für Aufforderungen/Hinweise sind folgende:

- **Mobiltelefonalarne, Aufkleber, Medikamente an einem Ort platzieren, an dem sie zu sehen sind**
- **Verhalten, das in eine bestehende Routine- oder Verhaltenssequenz integriert und als Hinweis verwendet wird (z. B. Zähneputzen)**
- **Verwendung von Freunden/Familie/Partnern (vom Patienten identifiziert) als Quelle für Erinnerungen und Unterstützung**

Eine weitere nützliche Technik besteht darin, den Patienten zu ermutigen, mögliche Probleme zu visualisieren und sich vorzustellen, mit ihnen erfolgreich umzugehen, indem die vorab geplanten Antworten verwendet werden, die gemeinsam vereinbart wurden. Der Prozess der Visualisierung macht es viel wahrscheinlicher, dass der Patient im wirklichen Leben besser damit zurechtkommt.

Es ist wichtig, sich an die entscheidende Rolle zu erinnern, die die Überzeugungen des Patienten spielen, wie zuvor besprochen. Es kann sein, dass diese Überzeugungen während der Planungsphase vorgebracht werden, daher ist es am besten, darauf vorbereitet zu sein, sie mit dem Patienten zu besprechen.

Der letzte Tipp ist die Verwendung von Bestärkung. Es ist ein häufig vorkommender Mythos, dass die stärkste Art und Weise, Verhalten zu ändern, darin liegt, Strafen anzudrohen. Tatsächlich ist positive Bestärkung ein weitaus stärkerer Anreiz und kann effektiv dafür eingesetzt werden, dem Patienten zu helfen, Veränderung zu planen. Es ist ratsam, dass ein Mitglied des CF-Teams Zeit damit verbringt, herauszufinden, was Patienten tun könnten, um sich selbst zu belohnen, wenn sie Veränderungen erfolgreich durchführen – und dabei ganz deutlich zu machen, was die Belohnung ist und wofür sie gegeben werden kann. Das schriftliche Aufzeichnen ist auch sehr hilfreich. Es ist wichtig, dass Belohnungen tatsächlich in Anspruch genommen werden, da sie das Verhalten mit der Belohnung in Verbindung bringen. Die effektivsten Bestärkungen sind psychologisch, weil sie dem Patienten das Gefühl geben, die Kontrolle zu haben und das Richtige zu tun und ihn stolz und selbstbewusst machen. Andererseits reagieren die meisten von uns auch auf mehr materielle Bestärkungen (ob das nun einkaufs- oder schokoladenorientiert ist!).

Einleitung

Therapietreue
bei CF

MI und
Verhaltens-
änderung

Ein CF
„Adherence
Advocate“
werden

Literatur-
hinweise

- Faktoren, die mit Therapietreue assoziiert sind
- Messung der Therapietreue
- Interventionen



Überwachen und überprüfen

Die letzte Phase besteht darin, zu überwachen, was passiert, nachdem ein Patient die Veränderung eingeleitet hat. Es ist wichtig, Zeit zuzuweisen, um den Fortschritt zu überprüfen, über Erfolge nachzudenken und den Plan zu überarbeiten, wenn er nicht funktioniert. Vor allem ist es wichtig, die Moral aufrechtzuerhalten und den Fokus auf die Veränderung gerichtet zu halten. Veränderungen sind nicht einfach und erfordern oft mehrere verschiedene Versuche, um Erfolg zu haben.

Wenn Menschen Veränderungen erreichen, vergessen sie manchmal, sich selbst dafür Anerkennung zu zollen. Manchmal antworten sie mit Bemerkungen wie „es ist nichts Besonderes – ich hätte das ohnehin schon vor langer Zeit machen sollen“. Dies könnte daran liegen, dass sie sich schuldig fühlen, weil sie Unterstützung für Veränderungen benötigt haben. In diesen Situationen ist es wichtig, den Prozess zu normalisieren – die Patienten daran zu erinnern, dass viele Menschen mit Veränderungen zu kämpfen haben, und darauf hinzuweisen, wie gut die Patienten es gemeistert haben. Wenn ein Mitglied des CF-Teams eine Belohnung geplant hatte, sollte es sicherstellen, dass der Patient sich diese auch gegönnt hat.

Der beste Weg, um sicherzustellen, dass jemand weiterhin Veränderungen vornimmt, ist es, ihm dabei zu helfen, selbst zu erkennen, dass die Veränderungen, die er vorgenommen hat, positiv sind.

Zusätzliche Interventionen, die auf spezifische Faktoren abzielen, die eine suboptimale Therapietreue verursachen, sind im Flowchart zum CF CARE-Therapietreuemangement [hier](#) auf der CF CARE-Website aufgeführt.

- Hintergrund zu MI
- Theorie von MI
- Die Strategien von MI



Hintergrund zu MI

MI ist eine Intervention, die für Situationen entwickelt wurde, in denen ein Patient eine Verhaltensänderung vornehmen muss, aber unsicher ist – manchmal in dem Ausmaß, dass er der Idee ablehnend gegenübersteht. Sie baut auf der Vorstellung auf, dass der erste Schritt in jeder Konsultation darin besteht, ein Gespräch zu beginnen. Dann verwendet sie bestimmte Strategien, um dieses Gespräch in Richtung Veränderung zu lenken.

Der Hintergrund der MI liegt in der Behandlung von Personen mit Alkoholproblemen. Der traditionelle Ansatz war es, die Person mit den Folgen ihres Alkoholproblems zu konfrontieren – also die Überzeugung, dass sie niemals gesund würde, wenn sie nicht zugibt, dass sie ein Problem hat.

Als dies jedoch geschah, war es nicht überraschend, dass sich die Menschen, die konfrontiert wurden, wehrten, indem sie verneinten, dass sie ein Problem hatten. Viele reagierten damit, das Gesagte zu überhören und Gründe vorzubringen, warum ihr Berater Unrecht hatte („Ich trinke nicht mehr als jeder andere ...“). Es war verlockend für die Berater, den Patienten dann die Schuld zu geben und sie als „ohne Willenskraft“ und „ohne Motivation“ zu sehen.

Der erste Artikel über MI, der von dem Psychologen Bill Miller in New Mexico, USA, (1983) verfasst wurde, befasste sich mit diesem Problem, wobei er auf seine eigene klinische Praxis zurückgriff. Im Gegensatz zu der vorherrschenden Meinung schlug er vor, dass, anstatt Ablehnung als mangende Willenskraft oder Motivationslosigkeit zu sehen, es hilfreicher sein könnte, dieses Ergebnis als ein Produkt der Situation in der Beratungssitzung zu sehen, d. h. Konfrontation führt zu Widerstand und Leugnen.

Bill Miller schlug weiterhin eine Reihe von Möglichkeiten vor, wie ein Berater versuchen könnte, eine Konfrontation zu vermeiden, und dies bildete die Grundlage für MI (Miller, 1983). Die MI wurde in Zusammenarbeit mit dem Psychologen Stephen Rollnick weiterentwickelt, einem klinischen Psychologen, der ursprünglich aus Südafrika stammte, dann aber in Großbritannien auf dem Gebiet der Suchterkrankungen arbeitete. Stephen Rollnick sah die Relevanz dieses Ansatzes für die körperliche Gesundheit, insbesondere für Veränderungen der Lebensweise und eine spätere Therapietreue. Bill Miller und Stephen Rollnick arbeiteten dann an dem ersten Buch zu MI und seither an vielen Publikationen zusammen (z. B. Miller und Rollnick, 1991; Rollnick und Miller, 1995; Rollnick et al., 2007; Arkowitz et al. 2017).

Ein direktonaler, klientenorientierter Beratungsstil, der Verhaltensänderungen hervorruft, indem er Klienten hilft, Ambivalenz zu erforschen und zu lösen. Rollnick und Miller, 1995

Manchmal erscheint es seltsam, die MI sowohl als personenzentriert als auch als direktiv zu sehen, da personenzentrierte Ansätze traditionell nicht direktiv sind. Dennoch ist es eine gute Beschreibung, da das Ziel der Intervention darin besteht, den Patienten zu ermutigen, sein Verhalten zu ändern.

- Hintergrund zu MI
- Theorie von MI
- Die Strategien von MI



Theorie von MI

Hauptprinzipien von MI

Obwohl MI ihre Wurzeln in der klinischen Praxis hat, ist es jetzt klar, dass die Hauptprinzipien hinter der MI eine sehr lange Geschichte haben. Sie können zu sechs allgemeinen Prinzipien zusammengefasst werden:

Prinzip 1: Personen sollte nicht gesagt oder vorgeschrieben werden, was sie tun sollen

Selbst wenn ein Mitglied des CF-Teams den richtigen Rat gibt, halten sich die meisten Menschen im Allgemeinen nicht daran, einfach weil ihnen gesagt wird, was zu tun ist. Wenn Menschen nicht das Gefühl haben, dass sie eine Wahl haben, haben sie das echte Bedürfnis, all das zu tun, wovon ihnen gesagt wurde, dass sie es nicht tun sollen – nur um zu beweisen, dass sie noch einen freien Willen haben. Dieses Phänomen wird durch die von Jack Brehm 1966 entwickelte „Reaktanztheorie“ beschrieben.

Prinzip 2: Zuhören

Wenn ein Mitglied des CF-Teams nicht zuhören und Patienten ins Gespräch einbeziehen kann, werden sich die Patienten wahrscheinlich nicht ändern. Dieser Teil der MI hat seine Wurzeln in der patientenorientierten Beratung, die von Carl Rogers vorgeschlagen wurde, der behauptete, dass Veränderungen erleichtert werden können, indem man Menschen mit Therapeuten zusammenbringt, die einen nicht-direktiven Stil haben, die einfühlsam sind, ehrlich in ihren Versuchen sind, Verständnis aufzubringen, warmherzig reagieren, aber hauptsächlich zuhören (Rogers, 1975).

Prinzip 3: Der Patient sollte dem Mitglied des CF-Teams sagen, dass er sich ändern muss

Das Beste, was passieren kann, ist, dass Patienten einem Mitglied des CF-Teams sagen, warum sie sich ändern sollten. Wenn Patienten es sich selbst sagen, ohne dass das Mitglied des CF-Teams es zuerst sagt, ist es viel machtvoller. Auch die Gründe sind ebenfalls tendenziell aussagekräftiger – wenn Personen etwas tun, weil sie denken, dass es richtig ist, ist es wahrscheinlicher, dass diese Personen es durchführen, anstatt wenn sie es tun würden, um jemand anderem einen Gefallen zu tun.

Prinzip 4: Kognitive Dissonanz

Wie im Abschnitt „Interventionen“ ([hier](#) zu finden) besprochen, wurde von Leon Festinger (1957) eine kognitive Dissonanz als Merkmal von Situationen vorgeschlagen, in denen Menschen mit einer Wahl über Veränderung zu kämpfen haben, die ihnen Unbehagen bereitet – wenn sie angemessen gehandhabt wird, erzeugt sie einen Impuls für Veränderung.

Kognitive Dissonanz ist ein sehr starkes Phänomen, das wir alle erlebt haben. MI bezieht sich auf diese (oder Ambivalenz, ein verwandtes Konzept) und zielt darauf ab, ein Verständnis der Prinzipien zu nutzen, um Veränderungen zu fördern. Wenn der Kontrast zwischen den beiden Optionen aufgedeckt wird, fühlen die Menschen den Drang, den Konflikt zu lösen, indem sie eine Wahl treffen.

Prinzip 5: Menschen müssen sich zuversichtlich fühlen, bevor sie versuchen, sich zu verändern

Selbst wenn Patienten von der Notwendigkeit der Veränderung überzeugt sind, ist es unwahrscheinlich, dass sie es versuchen, wenn sie sich nicht zuversichtlich fühlen. Schlimmer: Es kann es sein, dass sie sich deprimiert fühlen, wenn sie ihr Dilemma erkennen. Wenn der Glaube an sich selbst groß ist, werden sich die Patienten zuversichtlich fühlen, und es ist viel wahrscheinlicher, dass sie erfolgreich sind. MI weist ausdrücklich auf die Notwendigkeit hin, die Moral hoch zu halten.

Prinzip 6: Ambivalenz ist normal

Es ist normal, dass Menschen sich nicht sicher sind, was sie tun sollen, insbesondere wenn die Entscheidung schwierig ist oder eine schwierige Veränderung beinhaltet.

- Hintergrund zu MI
- Theorie von MI
- Die Strategien von MI



Die Strategien von MI

MI hat einen praktischen Fokus. Die Strategien der MI sind mehr überzeugend als zwingend, mehr unterstützend als streitlustig. Der Leiter der motivierenden Gesprächsführung muss mit einem starken Sinn für den Zweck, mit klaren Strategien und mit Fähigkeiten zur Verfolgung dieses Zwecks und einem guten Zeitgefühl fortfahren, um in einschneidenden Momenten auf bestimmte Arten einzugreifen. Miller und Rollnick, 1991

Die vier Hauptstrategien der MI lauten (Miller und Rollnick, 1991) wie folgt:

1. Empathie durch reflektierendes Zuhören zum Ausdruck bringen
2. Entwickeln der Diskrepanz zwischen Zielen/Werten und aktuellem Verhalten
3. Sich auf Widerstand einstellen, anstatt sich ihm direkt entgegenzustellen
4. Unterstützung der Selbstfürsprache und Steigerung des Selbstvertrauens

Mitglieder des CF-Versorgungsteams, die MI als bevorzugten Stil eingeführt haben, haben den Einsatz von OARZ (offene Fragen, Affirmationen, reflektierendes Zuhören, Zusammenfassungen – im vorherigen Abschnitt [hier](#) beschrieben) und das Erheben von Selbstmotivationsaussagen (wobei der Patient persönliche Bedenken und Absichten äußert, anstatt dass versucht wird, den Patienten zu überzeugen, dass Veränderungen notwendig sind) in den frühen Phasen der Behandlung als besonders nützlich identifiziert.

Empathie durch reflektierendes Zuhören zum Ausdruck bringen

Das erste Ziel des CF-Teams bei der Arbeit mit einem Patienten ist es, das Gespräch zu eröffnen. Auch wenn das CF-Team sich möglicherweise Sorgen um einen Patienten macht, insbesondere wenn dringend eine Verhaltensänderung erforderlich ist, zählen schnell eingesetzte Interventionen möglicherweise nichts, wenn das Team nicht reflektierend zuhört. Es spielt keine Rolle, ob ein Gesundheitsdienst Zugang zu den besten verfügbaren medizinischen Behandlungen hat: Wenn Patienten nicht zu einem Termin erscheinen, können sie daraus keinen Nutzen ziehen. Dies ist eine schwierige Situation, aber meistens ist es für Ärzte wichtiger, mit Patienten zu interagieren, damit Patienten eher auf das reagieren, was die Ärzte sagen und zurückkommen, als dass Ärzte die vollständige Liste der Dinge durchgehen, die behandelt werden müssen.

Man kann es sich so vorstellen, dass Gespräche auf zwei Ebenen geführt werden. Auf der ersten (oder oberflächlichen) Ebene sind die Interaktionen höflich, formell oder gehemmt. Auf der zweiten tieferen Ebene nehmen sich Ärzte Zeit, um herauszufinden, was mit ihrem Patienten vor sich geht und wie er sich fühlt. Die erste Ebene beschreibt die meisten Konsultationen, die in der Klinik stattfinden. Für die überwiegende Mehrheit der Fälle reicht dies aus. Manchmal reicht die erste Ebene jedoch nicht aus, um ein gutes Verständnis der Probleme zu erlangen, die die Patienten betreffen, und ihnen zu helfen. Die zweite Ebene beschreibt die Gespräche, die Menschen mit denen führen, die ihnen nahestehen und denen sie vertrauen. Wenn es ein erhebliches Problem gibt, das die Therapietreue verhindert, ist es unwahrscheinlich, dass es in der Klinik zu Tage tritt, es sei denn, das Gespräch geht auf eine tiefere Ebene.

Die meisten Menschen sind im Führen von Gesprächen auf tieferer Ebene kompetent, und wir alle führen solche Gespräche von Zeit zu Zeit. In der Klinik übernehmen die Mitglieder des CF-Teams jedoch normalerweise eine Art der Interaktion, die die Dinge auf einem oberflächlicheren Niveau hält. Dies ist eine sehr gute Möglichkeit für Mitglieder des CF-Teams, konzentriert zu bleiben und Zeit effektiv einzusetzen. Manchmal müssen Ärzte sich jedoch selbst die Erlaubnis geben, ihre natürlichen Fähigkeiten einzusetzen, um ein Gespräch mit einem Patienten auf tieferer Ebene zu eröffnen, um ihm zu helfen, ein Problem mit Therapietreue zu lösen.

Das CF-Team kann eine Reihe von Fähigkeiten einsetzen, damit sich die Patienten wohl und in der Lage fühlen, sich ihnen zu öffnen und sich verstanden zu fühlen, wenn sie einige schwierige Emotionen preisgeben. Dies kann durch die Verwendung von OARZ erreicht werden.

- Hintergrund zu MI
- Theorie von MI
- Die Strategien von MI



OFFENE FRAGEN

Offene Fragen sind sehr nützlich, um ein Gespräch zu eröffnen und Annahmen über den Status der Patienten oder darüber in Grenzen zu halten, wie sie sich fühlen. Nachfolgend finden Sie einige Beispiele für offene und geschlossene Fragen:

Geschlossene Frage

Verwenden Sie Ihren Vernebler?
 Glauben Sie, dass es eine gute Idee ist, Ihren Vernebler regelmäßig zu verwenden?
 Haben Sie heute den Vernebler verwendet?
 Rauchen Sie gerne?
 Wie war Ihre Anwendung von Medikamenten diese Woche im Vergleich zur letzten Woche: mehr, weniger oder ungefähr gleich?
 Wie lange ist es her, dass Sie Ihren Vernebler verwendet haben?

Offene Frage

Sagen Sie mir, warum Sie heute hier sind.
 Was halten Sie von der Möglichkeit, Ihren Vernebler regelmäßig zu verwenden?
 Erzählen Sie mir von der Verwendung Ihres Verneblers während einer typischen Woche.
 Was halten Sie vom Rauchen?
 Wie war Ihre Anwendung von Medikamenten in der letzten Woche?
 Erzählen Sie mir von der letzten Verwendung Ihres Verneblers.

AFFIRMATIONEN

Affirmationen oder Bestätigungen helfen dabei, die Moral aufrechtzuerhalten, wodurch es wahrscheinlicher wird, dass Veränderungen versucht werden. Es ist wichtig, dass Ermutigung und Unterstützung des Arztes ehrlich sind, da dies einen erheblichen Einfluss auf den Gesprächsverlauf haben kann. Eine Möglichkeit, dies zu tun, besteht in Aussagen zur Anerkennung der Stärken des Patienten:

Zum Beispiel:

„Nicht jeder kann das Rauchen aufgeben, so wie Sie es getan haben.“



Medizinische
Fachkraft

REFLEKTIERENDES ZUHÖREN

Reflektierendes Zuhören bezieht sich auf den Prozess, das wiederzugeben, was ein Patient gesagt hat. Die Reflexion kann einfach und intuitiv sein – wie zum Beispiel den Hauptinhalt einer Aussage (Inhaltsreflexion) wiedergeben. Dies ist die einfachste Reaktion auf Resistenz/Nichtresistenz – die Aussage des Patienten in neutraler Form wiederholen. Dadurch wird die Meinung des Patienten anerkannt und bestätigt und es zeigt, dass das Mitglied des CF-Teams zuhört.

Zum Beispiel:

„Das waren ein paar harte Wochen für mich.“

Patient



„Es hört sich so an, als ob die Dinge nicht gut laufen.“



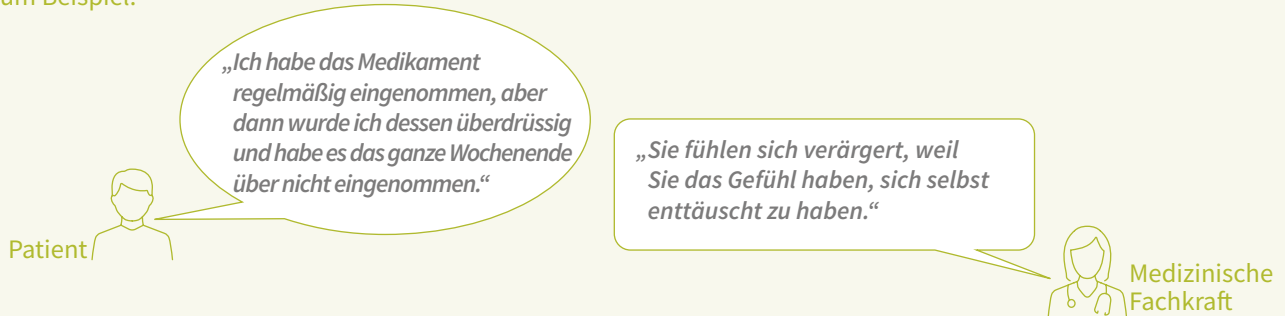
Medizinische
Fachkraft

Die Reflexion kann jedoch auch komplex und aussagekräftig sein, wie zum Beispiel eine Bedeutung aus einem früheren Zeitpunkt des Gesprächs wiederzugeben, die sich darauf auswirkt, was ein Patient gerade einem Mitglied des CF-Teams gesagt hat (**Bedeutungsreflexion**). Dies ist eine wirkungsvolle Möglichkeit, einem Patienten zu helfen, über etwas zu sprechen und nachzudenken, wie z. B. sein Verhalten zu ändern.

- Hintergrund zu MI
- Theorie von MI
- Die Strategien von MI



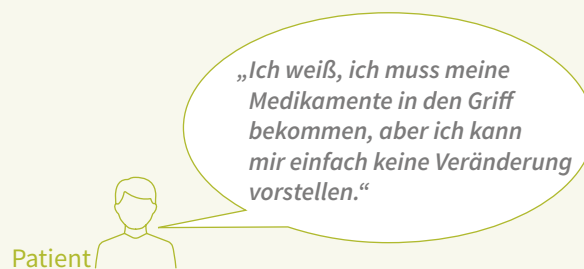
Zum Beispiel:



Bedeutungsreflexionen geben dem Mitglied des CF-Teams die Möglichkeit, das Gespräch zu sinnvolleren Themen weiterzuleiten und somit dem Patienten zu zeigen, dass der Mitarbeiter zuhört und versteht. Diese Technik kann riskant erscheinen, führt aber bei entsprechender Anwendung unweigerlich zu einem tieferen Verständnis. Selbst wenn der Mitarbeiter Unrecht hat, wird der Patient normalerweise sagen, was wirklich los ist.

Eine weitere Form der Reflexion ist die **verstärkte Reflexion**, bei der das Mitglied des CF-Teams das übertreibt, was ein Patient gerade gesagt hat, wenn dieser besonders negativ ist und es sich anfühlt, als ob das Gespräch in einer Sackgasse stecke. Diese Technik birgt mehr Risiko, kann aber sehr mächtig sein, wenn sie korrekt durchgeführt wird, und kann zu einer Neueinschätzung durch den Patienten führen.

Es gibt eine andere Form, die bei korrekter Anwendung sehr nützlich sein kann: die **doppelseitige Reflexion**. Dies beinhaltet die Reflexion unterschiedlicher widersprüchlicher Aussagen eines Patienten und das Nachdenken über die Reihenfolge, so dass der letzte ausgedrückte Punkt das Gespräch zu einem Gespräch über Veränderungen führt. Dies wird am besten durch ein Beispiel erklärt:

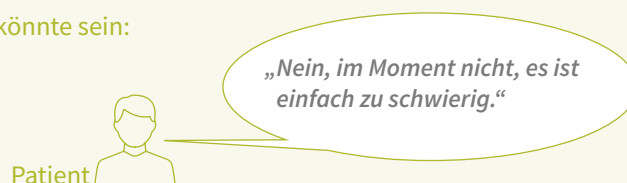


Tendenziell erfolgt die Wiedergabe auf folgende Weise:

„Also, Sie sagen, dass Sie die Notwendigkeit verstehen, Ihre Medikamente geregelt zu bekommen, sich aber im Moment nicht vorstellen können, das zu tun.“



Eine typische Antwort könnte sein:

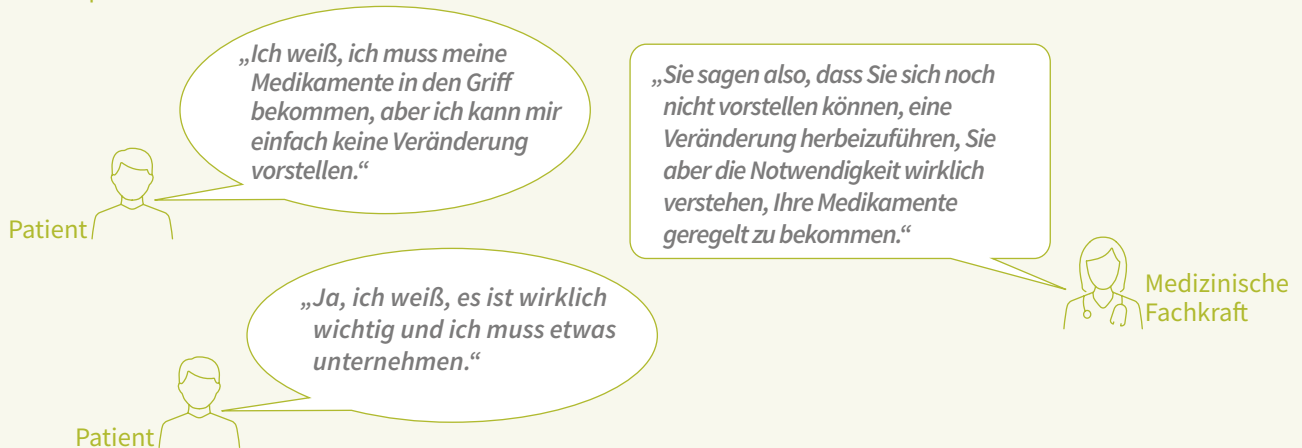


- Hintergrund zu MI
- Theorie von MI
- Die Strategien von MI



Denken Sie nun an die Reihenfolge, in der das Mitglied des CF-Teams die beiden Aussagen wiedergegeben hat. Was würde passieren, wenn das Mitglied des CF-Teams die Reihenfolge der Aussagen umkehrt und mit der positiveren Aussage abgeschlossen hätte?

Zum Beispiel:



Es ist dann also möglich, dass das Mitglied des CF-Teams den gesamten Ton des folgenden Gesprächs ändert. Eine Möglichkeit, wie ein Mitarbeiter dies üben kann, ist die Verwendung der Formulierungen „So, einerseits“ und „und andererseits“, wenn der Mitarbeiter beginnt, doppelseitige Reflexionen zu verwenden.

„Also einerseits sagen Sie, dass Sie sich noch nicht vorstellen können, eine Veränderung herbeizuführen, andererseits sehen Sie wirklich die Notwendigkeit, Ihre Medikamente geregelt zu bekommen.“



ZUSAMMENFASSUNGEN

Dies bezieht sich darauf, dass das Mitglied des CF-Teams die Dinge zusammenführt, die ein Patient gesagt hat, und sie in einer kurzen Zusammenfassung wiedergibt. Obwohl Zusammenfassungen wie eine einfache Technik aussehen, ist es überraschend, wie wirkungsvoll es ist, aktiv zusammenzufassen, was jemand gesagt hat, und es wiederzugeben. Manchmal erzeugt dies wirklich neue Erkenntnisse.

Schließlich bietet die Umdeutung einem Mitglied des CF-Teams die Möglichkeit, nicht nur das wiederzugeben, was ein Patient gesagt hat, sondern es auch mit einer anderen Perspektive neu zu formulieren – vielleicht, um auf die positiven Ergebnisse für einen Patienten hinzuweisen, der eine sehr negative Sichtweise auf seine bisherigen Erfolge hat. „Eine Umdeutung erkennt die Gültigkeit der Ausgangsbeobachtungen des Klienten an, bietet aber eine neue Bedeutung für diese.“ (Miller und Rollnick, 1991)

- Hintergrund zu MI
- Theorie von MI
- Die Strategien von MI



Entwickeln der Diskrepanz zwischen Zielen/Werten und aktuellem Verhalten

Sobald das Gespräch läuft, besteht die Aufgabe des Mitglieds des CF-Teams darin, den Patienten dabei zu helfen, über Veränderungen nachzudenken. Ein Mitarbeiter fragt sich vielleicht, ob es notwendig ist, Techniken anzuwenden, die sich auf Veränderungen konzentrieren, auf der Grundlage, dass das Thema Veränderung im Gespräch mit dem Patienten wahrscheinlich erwähnt wird. Dies sind berechnete Bedenken, aber in Situationen, in denen die Veränderung mit Emotionen belastet ist – zum Beispiel, wenn das Denken über die zunehmende Therapietreue mit einem Medikament Gedanken über die Folgen der Krankheit und die Nichttherapietreue auslöst – besteht die natürliche Tendenz einer Person in der Regel darin, zu versuchen, nicht darüber nachzudenken.

In diesem Zusammenhang besteht die Rolle des CF-Teams darin, sozusagen faire Voraussetzungen zu schaffen – zu versuchen, eine ehrliche Diskussion über die Konsequenzen der Veränderung und der Nicht-Veränderung zu führen. Mitglieder des CF-Teams sollten sich an Folgendes erinnern:

„Vor die Wahl gestellt, die Denkweise zu ändern oder nachzuweisen, dass dies nicht nötig ist, fängt fast jeder an, am Nachweis zu arbeiten.“ John Galbraith

Viele der Techniken, die in dieser Situation hilfreich sein können, sollen das Bewusstsein für das Problem schärfen und sich auf die Diskrepanz zwischen Überzeugungen und Zielen konzentrieren – was Patienten gerne tun würden (oder was sie denken, was sie tun sollten) und was sie tatsächlich tun. Das wissen Menschen oft schon, aber sie versuchen, nicht darüber nachzudenken.

Mitglieder des CF-Teams können dieses Ziel durch Zusammenfassungen erreichen. Mit Zustimmung kann ein Mitarbeiter objektive Beurteilungen wie Testergebnisse oder Tagebücher integrieren. Wenn sich die Mitarbeiter für objektive Bewertungen entscheiden, sollten sie sich Zeit nehmen, um die Auswirkungen der Bewertungsergebnisse zu untersuchen, um den Fokus auf das Hauptziel, d. h. Zusammenfassungen, beizubehalten. Eine Technik, die bei der Suchttherapie zum Einsatz kommt, ist das Ausfüllen eines „Trinktagebuchs“ mit dem Patienten: Das medizinische Fachpersonal gibt dem Patienten ein Blatt Papier, auf dem die Tage markiert sind, und zusammen tragen sie die Menge an Alkohol ein, die der Patient nach seiner Meinung in einem vorhergehenden Zeitraum getrunken hat. Die medizinische Fachkraft würde dann den Patienten bitten, die Menge zu addieren, und dann fragen, ob der Patient die Summe überraschend findet. Diese Technik kann für viele andere Situationen angepasst werden, einschließlich der Therapietreue.

MI umfasst die Verwendung von Skalierungsfragen. Diese konzentrieren sich auf die beiden Dinge (die entscheidend für Veränderungen sind), die zusammen „Bereitschaft“ erzeugen:

- **Wichtigkeit** („Ich weiß, dass ich mich ändern sollte“)
- **Selbstvertrauen** („Ich weiß, dass ich mich ändern kann“)

Das CF-Team sollte nach der Wichtigkeit fragen – d. h. was denkt der Patient zu diesem Zeitpunkt, wie wichtig es ist, dass er sich ändert; dies wird auf einer Skala von 0 bis 10 angegeben. Darauf folgt eine ähnliche Frage zum Selbstvertrauen darin, in der Lage zu sein, sich zu ändern.

NACHDENKEN ÜBER VERÄNDERUNGEN

Das Verhalten, das Sie zu ändern gedenken:

WICHTIGKEIT

Wie wichtig ist es Ihnen, dieses **Verhalten** jetzt zu ändern? Bitte bewerten Sie auf der folgenden Skala mit einem X, wie wichtig es Ihrer Meinung nach ist, sich zu ändern, wobei 0 für „überhaupt nicht wichtig“ und 10 für „das Wichtigste“ steht.



ZUVERSICHT

Wenn heute der Tag wäre, an dem Sie sich entscheiden, das Verhalten zu ändern, wie **zuversichtlich** sind Sie, dass Sie es tun könnten? Bitte bewerten Sie Ihre Zuversicht auf der folgenden Skala mit einem X, wobei 0 für „überhaupt nicht zuversichtlich“ und 10 für „sehr zuversichtlich“ steht.



- Hintergrund zu MI
- Theorie von MI
- Die Strategien von MI



Visuelle Analogskalen können sehr nützlich sein; sie fokussieren das Gespräch sofort auf das Hier und Jetzt und können potenzielle Hindernisse für Veränderungen aufzeigen, lange bevor sie die Arbeit stören. Nachdem das Mitglied des CF-Teams einen Patienten gebeten hat, die Wichtigkeit und sein Selbstvertrauen zu bewerten, kann es fragen: „Was wäre für Sie nötig, zu X zu gelangen?“, wobei X eine etwas höhere Bewertung ist als die, die der Patient gegeben hat.

Die Hilfsmittel Bereitschaftslineal und Skalierungsfragen, wie oben beschrieben, finden Sie zusammen mit anderen praktischen Hilfsmitteln im begleitenden Kit mit Hilfsmitteln für die Therapietreue [hier](#) auf der CF CARE-Website.

In gewisser Weise kann MI als Entscheidungshilfe für diejenigen angesehen werden, die entscheiden, ob ein Verhalten geändert werden soll oder nicht. Die Metapher der Waage ist nützlich; der Arzt hat die Aufgabe, den Patienten dabei zu helfen, die Vor- und Nachteile einer Veränderung abzuwägen und sie zu ermutigen, offen und ehrlich zu sein, wenn sie Gewichte auf die Seite der Veränderung legen. Eine nützliche Technik ist es, die Vor- und Nachteile mit Hilfe eines Rasters (eine Entscheidungsmatrix; siehe unten) explizit auszudrücken, das zusammen mit dem Patienten ausgefüllt werden kann und das die Vorteile und Kosten des Gleichbleibens und der Veränderung auflistet. Anhand dieses Rasters können die Vorteile des Nicht-Änderns und die Kosten des Änderns besprochen werden. Das ist wichtig und ehrlich. Wenn diese Punkte nicht besprochen werden, wird der Patient trotzdem an sie denken – die meisten Menschen haben sehr gute Gründe, keine Veränderung herbeizuführen. Das Raster ermöglicht jedoch auch die Diskussion der Vorteile einer Änderung. Die vorgeschlagene Möglichkeit, durch das Raster zu gehen, besteht darin, zuerst die Vorteile des gleichbleibenden Verhaltens, dann die Kosten des gleichbleibenden Verhaltens, dann die Kosten der Veränderung zu besprechen und mit den Vorteilen der Veränderung zu schließen.

ENTSCHEIDUNGSMATRIX

	Gleichbleibenden Verhaltensweise	Veränderung
Vorteile der		
Kosten der		

Wie bereits in der Diskussion über kognitive Dissonanz erwähnt, gibt es eine Tendenz bei Menschen, eine schwierige Wahl so schnell wie möglich zu beenden, und die MI zielt darauf ab, diese Diskussion fortzuführen, was die Veränderung viel wahrscheinlicher macht. Das CF-Team sollte daran denken, dass diese Übung sensibel durchgeführt werden sollte.

Sich auf Widerstand einstellen, anstatt sich ihm direkt entgegenzustellen

Wenn das Thema Veränderung im Gespräch aufkommt, muss das CF-Team auf ein gewisses Maß an Widerstand vorbereitet sein. Dies ist eine verständliche und häufige Reaktion. Das Vermeiden von Konfrontationen reduziert dies sicherlich, aber der Widerstand verschwindet nicht ganz.

Ein wichtiger Faktor ist, dass ein Mitglied des CF-Teams darauf achten muss, welche Wörter verwendet werden. Nach der Übung ist es für einen Mitarbeiter im Allgemeinen einfach, Wörter zu erkennen, die darauf hinweisen, dass ein Patient über Veränderungen nachdenkt, und Wörter, die darauf hinweisen, dass ein Patient dies nicht tut – oder sich widersetzt. Beispiele für Widerstand – oder die Aufrechterhaltung des Status Quo – sind Bestreiten, Unterbrechen, Leugnen und Ignorieren.

- Hintergrund zu MI
- Theorie von MI
- Die Strategien von MI



Forschungsergebnisse zeigen, dass ein starker Change Talk, insbesondere gegen Ende einer Sitzung, mit anschließenden Veränderungen verbunden ist. Das CF-Team muss auf Elemente achten, die im Akronym „DARN“ erfasst sind (Miller, 2004):

- Desire (Wunsch)
- Ability (Fähigkeit)
- Reason (Grund)
- Need (Bedarf)

Es mag aber durchaus sein, dass ein Mitglied des CF-Teams statt mit DARN-Wörtern mit Widerstand konfrontiert wird. Schlechte Therapietreue kann auch absichtlich sein, obwohl dies möglicherweise nicht explizit ist – ein Patient kann sich der Notwendigkeit einer Veränderung bewusst sein, hat aber zu viel Angst, es als eine Option vollständig in Betracht zu ziehen. In solchen Fällen muss ein Mitarbeiter mit dem Patienten über das Problemverhalten (d. h. die schlechte Therapietreue) sprechen, sobald ein gutes Verhältnis aufgebaut wurde. Ein Mitarbeiter kann dies offen sagen, solange er dem Patienten nicht sagt, was er tun soll, z. B.: „Ist es in Ordnung, wenn wir jetzt über das Medikament sprechen?“

Sobald dieses Gespräch beginnt, ist es wahrscheinlich, dass ein Mitglied des CF-Teams mit einigen abgedroschenen Gedanken und Phrasen konfrontiert wird, die Widerstand gegen Veränderungen darstellen. Dies ist zu erwarten; es ist ein schwieriges Thema, das ein Patient wahrscheinlich schon mehrmals in Betracht gezogen hat. Es ist auch ein sehr sensibles Thema, und die Patienten sind wahrscheinlich sehr kompetent darin geworden, besorgniserregende Gedanken in Schach zu halten.

Der Umgang mit diesem Widerstand ist eine der nützlichsten Fähigkeiten, die das CF-Team entwickeln kann. Widerstand auf einer gewissen Ebene ist ein Merkmal vieler Konsultationen. Schließlich gehen nur sehr wenige Patienten gerne ins Krankenhaus, um über die Dinge, die sie tun müssen, informiert zu werden, und Widerstand gegenüber der Idee eines langfristigen intrusiven Behandlungsschemas ist durchaus verständlich.

Es ist wichtig, dass ein CF-Team sicherstellt, dass der Widerstand die Diskussion über Veränderungen nicht vorzeitig beendet. Die natürliche Reaktion der meisten Menschen darauf, Widerstandsaussagen zu hören, besteht darin, ihrerseits dagegen zu argumentieren, zu versuchen, zu überzeugen, oder umgekehrt, das Thema ganz fallen zu lassen. In gewisser Weise ähnelt der Umgang mit Widerstand dem Versuch, ein Auto daran zu hindern, auf Eis ins Schleudern zu geraten. Man muss sich der natürlichen Neigung widersetzen, hart zu bremsen und das Lenkrad schnell zu drehen; stattdessen muss man den Fuß vom Gas nehmen und den Widerstand so nehmen, wie er kommt.

Wie sollte das CF-Team auf Widerstand reagieren? Es kommt häufig vor (ist aber nicht hilfreich), dass ein Mitglied des CF-Teams reagiert, indem es versucht, Patienten zu überzeugen, dass sie Unrecht haben. Es gibt eine sehr praktische Denkweise dazu: Ärzte müssen den „Es richten wollen“-Reflex vermeiden; dies ist der Drang, andere zu korrigieren, wenn sie sich irren, und ihnen Ratschläge zu geben, wenn sie sich in der Verantwortung fühlen. In klinischen Situationen kann diese Tendenz sehr stark sein. Leider führt es, wenn diesem Drang nachgegeben wird, fast immer zu nicht hilfreichen Antworten (z. B. „Ja, aber ...“).

ES GIBT VIELE BEISPIELE FÜR WIDERSTAND IN GESPRÄCHEN, MIT DENEN SIE VERTRAUT SEIN WERDEN

Nicht zustimmen	„Ja, aber ...“
Etwas abtun	„Ich habe das schon ausprobiert“
Unterbrechen	„Aber ...“
Ablenken	„Ich weiß, dass Sie möchten, dass ich meine Atemwegs-Clearance durchführe, aber haben Sie bemerkt, dass ich 5 Pfund zugenommen habe? Sie müssen zugeben, dass ich mit meinem Gewicht einen tollen Job gemacht habe!“
Fehlende Bereitschaft	„Ich möchte das nicht auch noch machen müssen“
Schulduzuweisung	„Es ist nicht meine Schuld. Wenn nur meine Eltern ...“
Streiten	„Woher wollen Sie das wissen?“
Herausfordern	„Meine aktuelle Behandlung macht keinen Unterschied für meine Lungenfunktion“
Minimierung	„Ich bin nicht so sehr untergewichtig“
Pessimismus	„Ich versuche immer wieder, es besser zu machen, aber nichts scheint zu helfen“
Entschuldigend	„Ich weiß, ich sollte mehr Kalorien zu mir nehmen, aber in meinem Job bin ich immer unterwegs und es ist schwer, eine große Mahlzeit vorzubereiten und mich dann hinzusetzen und sie zu essen“
Ignorieren	

- Hintergrund zu MI
- Theorie von MI
- Die Strategien von MI



„Rolling with resistance“, der Umgang mit Widerstand, ist der Begriff, der bei der MI verwendet wird, um den Akt zu beschreiben, nicht mit Überzeugungskraft zu reagieren, sondern ein Argument zu umgehen und das Gespräch zu fördern. Die MI schlägt vor, dass das CF-Team anerkennen sollte, dass Ambivalenz hinsichtlich einer Entscheidung – die zu einem gewissen Widerstand gegen Veränderungen führt – völlig normal ist. Wenn ein Mitglied des CF-Teams dies tut, verringert dies sofort den Widerstand. Alternativ kann das Mitglied des CF-Teams Umdeutung und reflektierendes Zuhören verwenden, um das Gespräch zu fördern und dem Patienten Alternativen aufzuzeigen.

Die Hauptprinzipien hinter dem Umgang mit Widerstand lauten wie folgt:

- Die Reaktion auf Widerstand sollte nicht Konfrontation sein.
- Es sollten Empathie und reflektierendes Zuhören verwendet werden.
- Aussagen sollten neu formuliert bzw. umgedeutet werden.
- Ambivalenz sollte als normal anerkannt werden.

Es ist wichtig, dass das CF-Team daran denkt, Patienten nicht als resistent zu beschreiben, da dies zu Konfrontationen führt. Stattdessen sollte ein Mitglied des CF-Teams das Gespräch auf die Erwägung von Alternativen lenken und den Patienten die Unverträglichkeit zwischen ihren Zielen und ihrem aktuellen Verhalten erkennen lassen. In diesem Fall besteht die Aufgabe dieses CF-Teams darin, die beiden Seiten des inneren Kampfes zum Vorschein kommen zu lassen.

Wenn Patienten eine Bereitschaft zur Erwägung von Veränderungen zeigen, kann das CF-Team mit ihnen Alternativen besprechen. Selbst nachdem sich ein Patient für eine Veränderung entschieden hat, gibt es in der Regel viele Möglichkeiten, diese zu erreichen.

Strategie	Beispiel
Einfache Reflexion	Patient: „Ich werde meinen Vernebler in naher Zukunft nicht benutzen.“ Mitglied des CF-Teams: „Sie glauben nicht, dass er Ihnen jetzt helfen würde.“
Verstärkte Reflexion	Patient: „Ich weiß nicht, warum meine Mutter besorgt ist; ich nehme die meisten meiner Medikamente ein.“ Mitglied des CF-Teams: „Also sollte sich Ihre Mutter überhaupt keine Sorgen machen?“
Doppelseitige Reflexion	Patient: „Ich weiß, dass Sie wollen, dass ich mit der Einnahme aller meiner Medikamente beginne, aber ich werde das nicht tun!“ Mitglied des CF-Teams: „Sie wollen nicht über das Medikament sprechen, obwohl Sie sehen können, dass es ein großes Problem ist.“
Fokusverschiebung	Patient: „Ich kann nicht zuhause bleiben und meinen Vernebler benutzen, wenn alle meine Freunde ausgehen!“ Mitglied des CF-Teams: „Sie sind mir voraus – wir waren dabei, Ihre Bedenken bezüglich des Medikaments zu erforschen. Sollen wir später darüber sprechen, wie der Vernebler in Ihr Leben passt?“
Zustimmung zu einer Wendung	Patient: „Warum interessiert sich jeder so dafür, dass ich meinen Vernebler nicht benutze? Sie würden auch die ganze Zeit rausgehen, wenn Ihre Familie Sie ständig anmeckern würde.“ Mitglied des CF-Teams: „Das ist ein guter Punkt. Es geht nicht einfach nur darum, dass Sie den Vernebler nicht benutzen. Ich stimme Ihnen zu, dass wir hier nicht versuchen sollten, Schuld zuzuweisen. Es klingt, als ob es die ganze Familie betrifft.“
Umdeutung	Patient: „Meine Mutter meckert immer wegen meines Verneblers.“ Mitglied des CF-Teams: „Es klingt, als ob Ihre Mutter wirklich besorgt ist, obwohl sie es auf eine Weise ausdrückt, die Ihnen auf die Nerven geht. Vielleicht können wir ihr helfen, eine bessere Art zu lernen, wie sie Ihnen sagen kann, dass sie sich Sorgen macht.“

Unterstützung der Selbstfürsprache und Steigerung des Selbstvertrauens

Wenn sich ein Patient verpflichtet, eine Veränderung vorzunehmen, kann ein mangelndes Vertrauen in seine Fähigkeiten große Frustration verursachen – er versteht nun die Notwendigkeit einer Veränderung, fühlt sich aber nicht dazu in der Lage. Im schlimmsten Fall kann dies die Belastung erhöhen. Die MI zielt daher ausdrücklich darauf ab, das Selbstvertrauen und die Selbstfürsprache zu erhöhen. Eine Möglichkeit, dies zu erreichen, besteht darin, dass das CF-Team Patienten und ihre

- Hintergrund zu MI

- Theorie von MI

- Die Strategien von MI



Entscheidungen konsequent mit Respekt behandelt. Wenn die Entscheidung zur Veränderung von den Patienten kommt, fühlen sie sich sofort sicherer in ihren eigenen Beurteilungen, als wenn die Veränderung von außen auferlegt wird.

Es ist ein zentrales Prinzip der MI, dass der Einzelne Verantwortung für seine eigenen Handlungen übernimmt. Dies ist wichtig, wenn die Veränderung fest verwurzelt sein soll, kann aber im klinischen Umfeld schwierig sein, insbesondere wenn Bedenken für das Wohlergehen eines Patienten bestehen. Es ist jedoch auch wichtig zu bedenken, dass, wenn Patienten nicht zu ihrer Entscheidung stehen, ein Verhalten zu ändern, jede Verhaltensänderung tendenziell nur von kurzer Dauer ist. Respekt für einen Patienten trägt zu seinem gesteigerten Selbstwertgefühl bei und kann eine Diskussion über das tatsächliche Ziel einer Verhaltensänderung ermöglichen.

Bei der Besprechung von Zielen mit Patienten gibt es viele Techniken, die das CF-Team anwenden kann, um die Selbstfürsprache eines Patienten und die Erfolgchancen zu verbessern. Eine Technik ist es, nach vergangenen Erfolgen zu suchen. Wenn ein Patient niedergeschlagen oder ängstlich ist, kann er vergangene Ereignisse oft aus einer sehr negativen Perspektive sehen. Diese Gedanken umzudeuten, kann hilfreich sein. Wenn praktische Überlegungen zur Verhaltensänderung besprochen werden, kann das CF-Team Techniken anwenden, um die Kreativität des Prozesses zu verbessern, wie z. B. Problemlösung und Brainstorming:

- **Erstellen einer Liste von Möglichkeiten zusammen mit dem Patienten (das CF-Team kann einige Vorschläge hinzufügen, z. B. welche Techniken andere Patienten ausprobiert haben)**
- **Ermutigen des Patienten, die Liste zu bewerten**

Die Patienten können dann ihre bevorzugte Option auswählen.

Es ist auch wichtig, dass die Mitglieder des CF-Teams realistisch sind und Brücken zwischen der Therapiesitzung und dem realen Leben bauen – ein gut entwickelter Plan wird keinen oder nur einen geringen Nutzen haben, wenn er unrealistisch ist; zum Beispiel sollte ein Mitarbeiter kleinere Ziele anstatt große Ziele setzen. Wenn Patienten dies wünschen, können sie Menschen, die für die Umsetzung ihrer Verhaltensänderung wichtig sein könnten, wie Freunde oder Verwandte, zu der Sitzung mitbringen.

Die zuvor besprochenen Skalierungsfragen können nützliche Hilfsmittel sein, ebenso wie das Setzen von Zielen: explizite, realistische Ziele setzen und große Ziele in kleinere, überschaubarere Schritte aufteilen. Die Verwendung einer einfachen Ziel-Strategie-Ziel-Formel kann nützlich sein. Diese Ziele aufzuschreiben, macht einen Unterschied – sie dienen als Erinnerung und fördern ein stärkeres Engagement für Veränderungen.

Manchmal benötigen Patienten vielleicht praktische Hilfe; vielleicht Wissen, zu dem ihnen das CF-Team Zugang ermöglichen kann, beispielsweise eine neue Fähigkeit, an der sie arbeiten müssen.

Selbstmotivierende Aussagen hervorzurufen, ist ein wichtiger Teil der Verbesserung der Selbstfürsprache. Vier Arten von Motivationsaussagen umfassen Folgendes (Miller und Rollnick, 1991):

- **Kognitives Erkennen des Problems** (z. B. „Ich glaube, das ist ernster, als ich dachte.“)
- **Affektiver Ausdruck der Sorge über das wahrgenommene Problem** (z. B. „Ich mache mir wirklich Sorgen darüber, was mit mir passiert.“)
- **Eine direkte oder implizite Absicht, Verhalten zu ändern** (z. B. „Ich muss etwas dagegen tun.“)
- **Optimismus über die Fähigkeit, sich zu verändern** (z. B. „Ich weiß, dass, wenn ich es versuche, ich es wirklich schaffen kann.“)

Zu den Strategien, um Selbstmotivationsaussagen hervorzurufen, gehören folgende:

- **Problemerkennung** (z. B. „Was lässt Sie denken, dass dies ein Problem ist?“)
- **Bedenken** (z. B. „Was ist an Ihrer Anwendung von Medikamenten, das Sie oder andere als Grund zur Sorge sehen könnten?“)
- **Änderungsabsicht** (z. B. „Wenn Sie zu 100 % erfolgreich wären und die Dinge genau so funktionieren würden, wie Sie es gerne hätten, was wäre anders?“)
- **Optimismus** (z. B. „Was lässt Sie denken, dass, wenn Sie sich für eine Änderung entscheiden, Sie das schaffen können?“)

Einleitung

Therapietreue bei CF

MI und Verhaltensänderung

Ein CF „Adherence Advocate“ werden

Literaturhinweise

Die Bedeutung der Kommunikation verstehen

Die Evidenzbasis für MI

Entwicklung von Fähigkeiten beim Unterrichten und Unterstützen anderer



Ein CF „Adherence Advocate“ werden

Die Bedeutung der Kommunikation verstehen

In der CF-Versorgung hängt das Erreichen der vorhergesagten Langlebigkeit von der erfolgreichen Therapietreue der Patienten und den damit verbundenen Verhaltensweisen hinsichtlich der Gesundheit ab, trotz der Belastung durch ihre Behandlungen. Für junge Menschen können die Konsultationen kompliziert sein, mit potenziell unterschiedlichen Perspektiven seitens der Patienten und Eltern, was eine erfolgreiche Kommunikation untergräbt. Personenzentrierte, kollaborative Ansätze für Beratungen und Management werden zu wünschenswerten Versorgungsmodellen (Dwamena et al., 2012; Duff und Latchford, 2010; Santana et al., 2018). Dies zeigt sowohl einen kulturellen Wandel der Erwartungen an die Beziehung zwischen Patienten und medizinischen Fachkräften als auch neue Nachweise, dass patientenzentrierte Stile im Vergleich zu traditionellen fachkundigen Konsultationen mit höherer Zufriedenheit und verbesserten Gesundheitsergebnissen assoziiert sind (Duff und Latchford, 2010; Rossiter et al., 2020).

Der Zusammenhang zwischen Patienten, die sich an den Rat einer medizinischen Fachkraft halten, und den Kommunikationsfähigkeiten der medizinischen Fachkraft ist in der Literatur gut dokumentiert. Die Art und Weise, wie ein Arzt mit Patienten kommuniziert, beeinflusst das Ergebnis der Versorgung. Dazu gehören auch Patientenzufriedenheit, Gesundheitszustand, Erinnerung an Informationen und Therapietreue. Es wurde eine Metaanalyse von Studien von 1949 bis 2008 durchgeführt, um zu untersuchen, ob eine insgesamt positive Korrelation zwischen Arztkommunikation und Therapietreue der Patienten besteht. Darüber hinaus betrachtete die Metaanalyse die Ergebnisse von Studien, die untersuchten, ob die Schulung von Ärzten in Kommunikationsfähigkeiten einen Einfluss auf die Patienten hatte, die Empfehlungen einhielten. Zolnierek und Dimatteo (2009) stellten Folgendes fest:

- **Von 106 Korrelationsstudien zeigten alle außer zwei eine positive Korrelation zwischen Arztkommunikation und Therapietreue der Patienten.**
- **Die Wahrscheinlichkeit der Therapietreue eines Patienten war bei denjenigen, deren Arzt ein guter Kommunikator war, um das 2,1-Fache erhöht.**
- **Von 21 analysierten experimentellen Interventionen war der Effekt der ärztlichen Schulung auf die Therapietreue der Patienten positiv.**
- **Die Wahrscheinlichkeit der Therapietreue eines Patienten war 1,62-mal größer, wenn sein Arzt eine Schulung in Kommunikationsfähigkeiten erhalten hatte.**

Die Bedeutung der Kommunikation verstehen

Die Evidenzbasis für MI

Entwicklung von Fähigkeiten beim Unterrichten und Unterstützen anderer



Die Evidenzbasis für MI

Diejenigen, die an der Entwicklung einer MI beteiligt waren, waren von Anfang an an der Bewertung interessiert. Seit ihrer Einführung zur Behandlung von Alkoholproblemen lag ein Großteil der frühen Arbeiten in diesem Bereich. Eine Übersicht über 11 klinische Studien zu MI, die 1997 veröffentlicht wurde, kam zu dem Schluss, dass es sich um einen wirksamen, effizienten und adaptiven therapeutischen Stil handelt (Noonan und Moyers, 1997).

Andere Studien haben diese Schlussfolgerung ebenfalls bestätigt, und MI ist mittlerweile als Behandlung der Wahl für Drogen- und Alkoholprobleme gut etabliert und wird in einer Reihe verschiedener Bereiche zunehmend populär, einschließlich Änderung des Lebensstils und Therapietreue bei chronischen Erkrankungen. Da die Anzahl der Studien zu MI zugenommen hat, haben wir auch die Möglichkeit, verschiedene Ergebnisse statistisch zusammenzufassen, um eine Metaanalyse zu erstellen. Die MARMITE (Meta-Analysis of Research on Motivational Interviewing Treatment Effectiveness)-Überprüfung (Hettema et al., 2005) umfasste 72 Studien aus Bereichen wie Alkoholmissbrauch (31), Drogenmissbrauch (14) und Therapietreue (5). Insgesamt umfassten die Studien 14.267 Teilnehmer, die mit MI behandelt wurden. Die in diesen Studien angebotene durchschnittliche MI-Dauer betrug nur 2,2 Stunden. Nicht überraschenderweise fanden die Prüfer heraus, dass die Wirksamkeit von MI zwischen den verschiedenen Studien stark variierte, konnten jedoch zu dem Schluss kommen, dass es robuste und anhaltende Wirkungen gab, wenn MI zu einer aktiven Behandlung hinzugefügt wird. Darüber hinaus stellten sie fest, dass MI die Behandlungsretention, die Therapietreue und die vom Personal wahrgenommene Motivation erhöhte.

Eine systematische Überprüfung und Metaanalyse von 48 randomisierten kontrollierten Studien (Lundahl et al., 2013) ergab einen signifikanten, mäßigen Vorteil für die MI (Odds Ratio: 1,55). Ähnlich wie die Ergebnisse von Hettema et al. (2005) variierte die Wirksamkeit in verschiedenen Studien. Eine MI wurde beispielsweise bei der Behandlung von Essstörungen nicht als nützlich erachtet, zeigte jedoch ein besonderes Potenzial für die Viruslast bei HIV. Zusammenfassend wurde festgestellt, dass die MI Moderatoren-übergreifend robust ist, wie z. B. Verabreichungsort und Patientenmerkmale, und bei kurzen Interventionen wirksam ist.

Eine frühere Übersichtsarbeit von Lundahl et al. (2010) hatte mehrere interessante Erkenntnisse aufgezeigt, darunter, dass die Auswirkungen der MI auch nach einer kurzen Intervention lange anhalten können und dass der berufliche Hintergrund der Person, die die MI durchführt, keinen Unterschied macht (d. h. es muss kein Psychologe sein).

In jüngerer Zeit hat sich gezeigt, dass MI bei der Verbesserung oder Unterstützung der Behandlung von Angststörungen (Marker et al., 2018), der Rehabilitationsversorgung bei Multipler Sklerose (Dorstyn et al., 2020), des Selbstfürsorgeverhaltens bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz (Ghizzardi et al., 2021), der Modifikation kardiovaskulärer Risikofaktoren (Mifsud et al., 2020) und der glykämischen Kontrolle bei Menschen mit Diabetes mellitus des Typs 2 (Berhe et al., 2020) helfen kann.

Darüber hinaus deutete eine Metaanalyse von 16 randomisierten kontrollierten Studien über eine Reihe von chronischen Erkrankungen hinweg darauf hin, dass MI-Interventionen bei der Verbesserung der Medikamententherapietreue bei Erwachsenen wirksam sein könnten, wobei Interventionen, die nur im direkten Gespräch durchgeführt wurden, wirksamer waren als solche, die ausschließlich telefonisch durchgeführt wurden (Zomahoun et al., 2017).

Eine Zusammenfassung der Literatur in Bezug auf CF wurde von Duff and Latchford (2010) überprüft; diese Prüfung deutete darauf hin, dass es inzwischen viele qualitativ hochwertige Studien gibt, die Populationen von Erwachsenen und Kindern in einer Reihe von klinischen Bereichen, einschließlich Diabetes und HIV, abdecken, und die Arbeit im Bereich CF läuft. Es gab auch eine Auswertung der CF-Teamschulung zu MI (Duff und Latchford, 2013), die dauerhafte Lernergebnisse und Änderungen in der Praxis zeigte. Insgesamt wird deutlich, dass MI zumindest eine vielversprechende Intervention ist.

Einleitung

Therapietreue
bei CF

MI und
Verhaltens-
änderung

Ein CF
„Adherence
Advocate“
werden

Literaturh-
inweise

Die Bedeutung der Kommunikation verstehen

Die Evidenzbasis für MI

Entwicklung von Fähigkeiten beim Unterrichten und
Unterstützen anderer



Entwicklung von Fähigkeiten beim Unterrichten und Unterstützen anderer

Das Verständnis, wie Schulungen vorbereitet und durchgeführt werden, kann es den „Adherence Advocates“ ermöglichen, effiziente und effektive Schulungsprogramme innerhalb eines CF-Zentrums zu erstellen und Vertrauen in die Beurteilung der Lernergebnisse zu entwickeln.

Verwenden Ärzte ohnehin MI? Wahrscheinlich nicht. Studien von Routinekonsultationen ergaben, dass Ärzte ohne Schulung keine MI verwenden (Moran et al., 2008); dies deutet darauf hin, dass eine Schulung erforderlich ist. Studien haben gezeigt, dass Krankenschwestern nach der Schulung die MI teilweise anwenden (Noordman et al., 2012; Noordman et al., 2013) und dass die Durchführung der MI während der Konsultation zunimmt, wenn mehr Zeit vorhanden ist, mehr Lebensstilgespräche geführt werden und die Patienten eine höhere Veränderungsbereitschaft zeigen (Jansink et al., 2013).

Eine Gefahr bei der Durchführung eines kurzen Workshops zu MI ohne Nachverfolgung besteht darin, dass die Praktiker nach der Schulung „vom Kurs abweichen“, bis sie die MI nicht mehr einsetzen, aber immer noch glauben, dies zu tun. Sie wurden praktisch gegen weitere Schulungen „geimpft“ (Miller und Mount, 2001). Eine gute Nachverfolgung und Unterstützung nach der Schulung ist daher unerlässlich.

Die Schlüsselemente, die in die MI-Schulung einbezogen werden sollten, sind gut etabliert. Ein Bericht der Health Foundation (2011) fasste die gute Praxis bei der Schulung zu MI zusammen. Dieser Bericht deutet darauf hin, dass selbst eine kurze Schulung langfristige Auswirkungen haben kann, dass aber Fachleute eine weiterführende und längere Schulung benötigen, um einige der komplexeren Aspekte anzubieten (Health Foundation, 2011) und den Teilnehmern die Möglichkeit zu geben, diese Fähigkeiten zu üben, Feedback zu erhalten und letztendlich die notwendige Expertise zu erlangen, um effektive MI-Anbieter zu sein (Victor et al., 2019).

Was die Organisation betrifft, so sollten die Hauptmerkmale Folgendes umfassen:

- **Fokus auf die zugrundeliegende Philosophie sowie auf Fähigkeiten**
- **Ausreichende Dauer, um die Einbettung von Fähigkeiten zu ermöglichen**
- **Gelegenheiten zum Üben durch Rollenspiel**
- **Möglichkeiten für kontinuierliches Feedback und Aufsicht**

MI ist ein Ansatz, der einen effektiven Rahmen zur Verbesserung der Offenheit der Patienten gegenüber Verhaltensänderungen bilden kann. Das CF-Team sollte MI in der klinischen Praxis einsetzen, um eine gute Therapietreue zu optimieren und den Patienten letztendlich effektiv zu unterstützen.



Literaturhinweise

- Abraham O., Li J.S., Monangai K.E. et al. The pharmacist's role in supporting people living with cystic fibrosis. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2018;58(3):246–249.
- Arden M.A., Drabble S., O’Cathain A. et al. Adherence to medication in adults with Cystic Fibrosis: An investigation using objective adherence data and the Theoretical Domains Framework. *Br J Health Psychol*. 2019;24:357–380.
- Arkowitz H., Miller W.R., Rollnick S. (Hrsg.) *Applications of Motivational Interviewing. Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems*. 2. Auflage New York, NY, USA Guilford Press. 2017.
- Berhe K.K., Gebru H.B., Kahsay H.B. Effect of motivational interviewing intervention on HgbA1C and depression in people with type 2 diabetes mellitus (systematic review and meta-analysis). *PLoS One*. 2020;15:e0240839.
- Brehm J.W. *A Theory of Psychological Reactance*. New York, NY, USA Academic Press, Inc. 1966.
- Bregnballe V., Schiøtz P.O., Boisen K.A. et al. Barriers to adherence in adolescents and young adults with cystic fibrosis: A questionnaire study in young patients and their parents. *Patient Prefer Adherence*. 2011;5:507–515.
- Briesacher B.A., Quittner A.L., Saiman L. et al. Adherence with tobramycin inhaled solution and health care utilization. *BMC Pulm Med*. 2011;11:5.
- Burgel P.R., Bellis G., Oleson H.V. et al. Future trends in cystic fibrosis demography in 34 European countries. *Eur Respir J*. 2015; 46:133–141.
- Calthorpe R.J., Smith S., Gathercole K. et al. Using digital technology for home monitoring, adherence and self-management in cystic fibrosis: a state-of-the-art review. *Thorax*. 2020;75:72–77.
- Calthorpe R.J., Smith S.J., Rowbotham N.J. et al. What effective ways of motivation, support and technologies help people with cystic fibrosis improve and sustain adherence to treatment? *BMJ Open Respir Res*. 2020;7:e000601.
- Cohen-Cymerknoh M., Tanny T., Breuer O. et al. Attention deficit hyperactivity disorder symptoms in patients with cystic fibrosis. *J Cyst Fibros*. 2018;17(2):281–285.
- Cooley L., Hudson J., Potter E. et al. Clinical communication preferences in cystic fibrosis and strategies to optimize care. *Pediatr Pulmonol*. 2020;55:948–958.
- Dorstyn D.S., Mathias J.L., Bombardier C.H. et al. Motivational interviewing to promote health outcomes and behaviour change in multiple sclerosis: A systematic review. *Clin Rehabil*. 2020;34:299–309.
- Duff A.J.A., Abbott J., Cowperthwaite C. et al. Depression and anxiety in adolescents and adults with cystic fibrosis in the UK: A cross-sectional study. *J Cyst Fibros*. 2014;13:745–753.
- Duff A.J.A., Latchford G.J. Motivational interviewing for adherence problems in cystic fibrosis. *Pediatr Pulmonol*. 2010;45:211–220.
- Duff A.J.A., Latchford G.J. Motivational interviewing for adherence problems in cystic fibrosis; evaluation of training healthcare professionals. *J Clin Med Res*. 2013;5:475–480.
- Dwamena F., Holmes-Rovner M., Gaulden C.M. et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;12:CD003267.
- Dziuban E.J., Saab-Abazeed L., Chaudhry S.R. et al. Identifying barriers to treatment adherence and related attitudinal patterns in adolescents with cystic fibrosis. *Pediatr Pulmonol*. 2010;45:450–458.
- Eakin M.N., Bilderback A., Boyle M.P. et al. Longitudinal association between medication adherence and lung health in people with cystic fibrosis. *J Cyst Fibros*. 2011;10:258–264.



- Eakin M.N., Riekert K.A. The impact of medication adherence on lung health outcomes in cystic fibrosis. *Curr Opin Pulm Med.* 2013;19:687–691.
- Everhart R.S., Fiese B.H., Smyth J.M. et al. Family functioning and treatment adherence in children and adolescents with cystic fibrosis. *Pediatr Allergy Immunol Pulmonol.* 2014;27:82–86.
- Festinger L. *A Theory of Cognitive Dissonance.* Stanford, CA, USA: Stanford University Press. 1957.
- Flores J.S., Teixeira F., Rovedder P.M. et al. Adherence to airway clearance therapies by adult cystic fibrosis patients. *Respir Care.* 2013;58:279–285.
- Ghizzardi G., Arrigoni C., Dellafiore F. et al. Efficacy of motivational interviewing on enhancing self-care behaviors among patients with chronic heart failure: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Heart Fail Rev.* 2021. DOI: 10.1007/s10741-021-10110-z.
- Gollwitzer P.M., Sheeran P. Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes. *Adv Exp Soc Psychol.* 2006;38:69–119.
- Gollwitzer P.M., Sheeran P. Implementation intentions. Health behavior constructs: Theory, measurement and research. Cancer Control and Population Sciences. National Institutes of Health; 2008. Verfügbar unter: https://cancercontrol.cancer.gov/brp/research/constructs/goal_intent_attain.pdf. Zugriff im Juli 2021
- Gollwitzer P.M. Weakness of the will: Is a quick fix possible? *Motiv Emot.* 2014;38:305–322.
- Health Foundation. Evidence scan: Training professionals in motivational interviewing. November 2011. Verfügbar unter: <https://www.health.org.uk/sites/default/files/TrainingProfessionalsInMotivationalInterviewing.pdf>. Zugriff im Juli 2021
- Happ M.B., Hoffman L.A., Higgins L.W. et al. Parent and child perceptions of a self-regulated, home-based exercise program for children with cystic fibrosis. *Nurs Res.* 2013;62:305–314.
- Helms S.W., Dellon E.P., Prinstein M.J. Friendship quality and health-related outcomes among adolescents with cystic fibrosis. *J Pediatr Psychol.* 2015;40:349–358.
- Hettema J., Steele J., Miller W.R. Motivational interviewing. *Annu Rev Clin Psychol.* 2005;1:91–111.
- Hogan A., Bonney M.A., Brien J.A. et al. Factors affecting nebulised medicine adherence in adult patients with cystic fibrosis: A qualitative study. *Int J Clin Pharm.* 2015;37:86–93.
- Keyte R., Egan H., Mantzios M. An exploration into knowledge, attitudes, and beliefs towards risky health behaviours in a paediatric cystic fibrosis population. *Clin Med Insights Circ Respir Pulm Med.* 2019;13:DOI:1179548419849427.
- Li S.S., Hayes D. Jr., Tobias J.D. et al. Health insurance and use of recommended routine care in adults with cystic fibrosis. *Clin Respir J.* 2018;12:1981–1988.
- Lomas P. Enhancing adherence to inhaled therapies in cystic fibrosis. *Ther Adv Respir Dis.* 2014;8:39–47.
- Lopes-Pacheco M. CFTR modulators: The changing face of cystic fibrosis in the era of precision medicine. *Front Pharmacol.* 2020;10:1662.
- Lundahl B.W., Kunz C., Brownell C. et al. A meta-analysis of motivational interviewing: twenty-five years of empirical studies. *Res Soc Work Pract.* 2010;20:137–160.
- Lundahl B., Moleni T., Burke B.L. et al. Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns.* 2013;93:157–168.
- Mikesell C.L., Kempainen R.R., Laguna T.A. et al. Objective measurement of adherence to out-patient airway clearance therapy by high-frequency chest wall compression in cystic fibrosis. *Respir Care.* 2017;62:920–927.



Miller W.R. Motivational interviewing with problem drinkers. *Behav Psychother.* 1983;11:147–172.

Miller W.R. Toward a theory of motivational interviewing. 2004. Verfügbar unter: www.motivationalinterviewing.org/sites/default/files/MItheory.ppt. Zugriff im Juli 2021

Miller W.R., Mount K.A. A small study of training in motivational interviewing. Does one workshop change clinician and patient behavior? *Behav Cogn Psychother.* 2001;29:457–471.

Miller W.R., Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviour.* New York, NY, USA Guilford Press. 1991.

Mifsud J.L., Galea J., Garside J. et al. Motivational interviewing to support modifiable risk factor change in individuals at increased risk of cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2020;15:e0241193.

Moran J., Bekker H., Latchford G. Everyday use of patient-centred, motivational techniques in routine consultations between physician and patients with diabetes. *Patient Educ Couns.* 2008;73:224–231.

Muther E.F., Polineni D., Sawicki G.S. Overcoming psychosocial challenges in cystic fibrosis: Promoting resilience. *Pediatr Pulmonol.* 2018;53:S86–S92.

Narayanan S., Mainz J.G., Gala S. et al. Adherence to therapies in cystic fibrosis: A targeted literature review. *Expert Rev Respir Med.* 2017;11:129–145.

NHS Digital. Data on Written Complaints in the NHS. Verfügbar unter: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/data-on-written-complaints-in-the-nhs/2020-21-quarter-1-and-quarter-2>. Zugriff im Juli 2021

NICE. Clinical guideline: CG76. Medicines adherence: Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence (January 2009). Verfügbar unter: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg76>. Zugriff im Juli 2021

Nicolais C.J., Bernstein R., Saez-Flores E. et al. Identifying factors that Facilitate Treatment Adherence in Cystic Fibrosis: Qualitative analyses of interviews with parents and adolescents. *J Clin Psychol Med Settings.* 2019;26:530–540.

Noonan W.C., Moyers T.B. Motivational interviewing. *J Subst Misuse.* 1997;2:8–16.

Oates G.R., Stepanikova I., Gamble S. et al. Adherence to airway clearance therapy in pediatric cystic fibrosis: Socioeconomic factors and respiratory outcomes. *Pediatr Pulmonol.* 2015;50:1244–1252.

Oddleifson D.A., Sawicki G.S. Adherence and recursive perception among young adults with cystic fibrosis. *Anthropol Med.* 2017;24:65–80.

Ohn M., Fitzgerald D.A. Question 12: What do you consider when discussing treatment adherence in patients with Cystic Fibrosis? *Paediatr Respir Rev.* 2018;25:33–36.

Pakhale S., Baron J., Armstrong M. et al. Lost in translation? How adults living with Cystic Fibrosis understand treatment recommendations from their healthcare providers, and the impact on adherence to therapy. *Patient Educ Couns.* 2016; 99:1319–1324.

Prieur M.G., Christon L.M., Mueller A. et al. Promoting emotional wellness in children with cystic fibrosis, Part I: Child and family resilience. *Pediatr Pulmonol.* 2021;56:(Anhang 1):S97–106.

Quittner A.L., Abbott J., Georgiopoulos A.M. et al. International Committee on Mental Health in Cystic Fibrosis (Internationales Gremium zur physischen Gesundheit bei zystischer Fibrose): Cystic Fibrosis Foundation and European Cystic Fibrosis Society consensus statements for screening and treating depression and anxiety. *Thorax.* 2016;71:26–34.

Quittner A.L., Modi A.C., Lemanek K.L. et al. Evidence-based assessment of adherence to medical treatments in pediatric psychology. *J Pediatr Psychol.* 2008;33:916–936.

Quittner A.L., Zhang J., Marynchenko M. et al. Pulmonary medication adherence and health-care use in cystic fibrosis. *Chest.* 2014;146:142–151.



Riekert K.A., Eakin M.N., Bilderback A. et al. Opportunities for cystic fibrosis care teams to support treatment adherence. *J Cyst Fibros*. 2015;14:142–148.

Rogers C. Empathic: An unappreciated way of being. *Couns Psychol*. 1975;5:2–10.

Rollnick S., Miller W.R. What is motivational interviewing? *Behav Cogn Psychother*. 1995;23:325–334.

Rollnick S., Miller W.R., Butler C.C. *Motivational Interviewing in Health Care*. New York, NY, USA Guilford Press. 2007.

Ronan N.J., Elborn J.S., Plant B.J. Current and emerging comorbidities in cystic fibrosis. *Presse Med*. 2017;46:e125–e138.

Rossiter C., Levett-Jones T., Pich J. The impact of person-centred care on patient safety: An umbrella review of systematic reviews. *Int J Nurs Stud*. 2020;109:103658.

Santana M.J., Manalili K., Jolley R.J. et al. How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expect*. 2018;21:429–440.

Santuzzi C.H., Liberato F.M.G., Morau S.A.C. et al. Adherence and barriers to general and respiratory exercises in cystic fibrosis. *Pediatr Pulmonol*. 2020;55:2646–2652.

Sawicki G.S., Tiddens H. Managing treatment complexity in cystic fibrosis: challenges and opportunities. *Pediatr Pulmonol*. 2012;47:523–533.

Sawicki G.S., Ren C.L., Konstan M.W. et al. Treatment complexity in cystic fibrosis: trends over time and associations with site-specific outcomes. *J Cyst Fibros*. 2013;12:461–467.

Sawicki G.S., Goss C.H. Tackling the increasing complexity of CF care. *Pediatr Pulmonol*. 2015;50 (Anhang 40):S74–79.

Thee S., Stahl M., Fischer R. et al. A multi-centre, randomized, controlled trial on coaching and telemonitoring in patients with cystic fibrosis: conneCT CF. *BMC Pulm Med*. 2021;21:131.

White H., Shaw N., Denman S. et al. Variation in lung function as a marker of adherence to oral and inhaled medication in cystic fibrosis. *Eur Respir J*. 2017;49:1600987.

Zanni R.L., Sembrano E.U., Du D.T. et al. The impact of re-education of airway clearance techniques (REACT) on adherence and pulmonary function in patients with cystic fibrosis. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(Anhang 1):i50–55.

Zobell J.T., Schwab E., Collingridge D.S. et al. Impact of pharmacy services on cystic fibrosis medication adherence. *Pediatr Pulmonol*. 2017;52:1006–1012.

Zolnierok K.B., Dimatteo M.R. Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Med Care*. 2009;47:826–834.

Zomahoun H.T.V., Guenette L., Gregoire J.P. et al. Effectiveness of motivational interviewing interventions on medication adherence in adults with chronic diseases: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol*. 2017;46:589–602.