

# Motivierende Gesprächsführung in der zahnärztlichen Therapie

Johan Wölber, Katrin Frick

## Übersicht

Einleitung	247
Was ist Motivational Interviewing?	247
MI in der zahnärztlichen Therapie	259
Fazit	265



### Audio-Podcast online!

Sie finden den Audio-Podcast zu diesem Beitrag unter [www.thieme-connect.de/ejournals](http://www.thieme-connect.de/ejournals) bei Ihrer Zahnmedizin up2date.

## Einleitung

Karies und Parodontitis sind multifaktorielle Erkrankungen, die durch genetische und umweltbedingte Risikofaktoren beeinflusst werden. Während die genetischen Ursachen derzeit nicht oder kaum beeinflusst werden können, sind die umweltbedingten Faktoren der Hauptansatzpunkt in der Therapie. Ein Großteil der umweltbedingten Faktoren wird durch das Verhalten des Individuums bestimmt. So sind in der Kariesentstehung die Menge und die Häufigkeit des Kohlenhydratekonsums sowie die Qualität und Quantität der chemomechanischen Plaquekontrolle wichtige Einflussfaktoren. Im Falle der Parodontitisentstehung kommen neben der Mundhygiene noch weitere entzündungsmodulierende Faktoren hinzu, wie Rauchen, Ernährung, körperliche Aktivität, Stress, Adipositas, Blutzuckerkontrolle bei Diabetikern sowie das Wahrnehmen des regelmäßigen Kontrollbesuchs beim Zahnarzt im Rahmen der parodontalen Nachsorge [1].

Aufgrund der Bedeutung dieser verhaltensbedingten Faktoren sollten in einer präventiv ausgerichteten und kausal-therapierenden zahnärztlichen Behandlung – neben der restaurativen Therapie oder der mechanischen Belagentfernung – auch das Gesundheitsverhalten des Patienten adressiert werden. Die Fragen, welche Faktoren zum Entstehen der Erkrankung beim

individuellen Patienten dazu beigetragen haben und welche Faktoren zukünftig moduliert werden können, sind dabei von wesentlicher Bedeutung. Die Technik des Motivational Interviewing (MI, dt.: „*Motivierende Gesprächsführung*“), die ursprünglich zur Therapie von Suchterkrankten entwickelt wurde, hat sich dabei in vielen Gesundheitsbereichen als nachweislich wirksame Methode gezeigt, Gesundheitsverhalten positiv zu beeinflussen [2, 3]. Im Gegensatz zu der Annahme, dass Patienten nicht motiviert sind, wird im MI davon ausgegangen, dass Patienten lediglich ambivalent gegenüber dem problematischen Verhalten sind. In einem partnerschaftlichen Umgang wird diese Ambivalenz mithilfe von MI empathisch erforscht und aufgelöst. Der vorliegende Artikel soll einen allgemeinen Überblick über die klinische Methode des MI und deren Anwendung speziell im zahnärztlichen Setting geben.

## Was ist Motivational Interviewing?

Motivational Interviewing ist eine evidenzbasierte Methode der Kommunikation zur Förderung der Veränderungsbereitschaft. Die Gesprächsmethode des MI geht auf die Arbeiten der Psychologen William R. Miller und Stephen Rollnick zurück. Aufgrund der Unzufriedenheit der Therapeuten mit der Wirksamkeit von

konfrontativen Therapiemethoden in der Behandlung von Suchterkrankten entwickelten Miller und Rollnick Anfang der 1990er-Jahre eine Kommunikationsmethode, die einen personenzentrierten Ansatz verfolgte. Aufgrund der besseren empirischen Ergebnisse dieser Intervention im Vergleich zu konfrontativen Methoden wurden immer weitere Einsatzgebiete für MI gefunden und deren Wirksamkeit erfolgreich getestet. Über Substanzmissbrauch und -abhängigkeit hinaus erwies sich die Intervention als wirksam in vielen anderen verhaltensabhängigen Gesundheitsbereichen und hinsichtlich verschiedenster Outcome-Kriterien, z. B. [2–5]:

- Diätpläneinhaltung
- Gewicht
- Blutdruck
- HIV-riskantes Verhalten
- Mundhygiene

In einem Review von Rubak et al. [3] zeigte sich die Wirksamkeit von MI in 74% der untersuchten 72 Studien aus unterschiedlichen Anwendungsfeldern. Dabei wurden gleichermaßen hohe Effekte für somatische wie auch psychische Störungen gefunden und die Wirksamkeit von MI schon bei kurzen Anwendungszeiten von 10–20 Minuten in 64% der Studien nachgewiesen. Die Metaanalyse von 19 Studien im Rahmen dieses Reviews zeigte signifikante Effekte in Bezug auf:

- Body-Mass-Index
- Cholesterinwerte
- systolischen Druck
- Blutalkohol

MI gilt inzwischen als State-of-the-Art-Basisintervention in der Suchtbehandlung und fand Eingang in einschlägige Weiterbildungscurricula. Verschiedene Anwendungsmanuale und Arbeitsbücher stehen für das Selbststudium zur Verfügung, für Forschungszwecke gibt es ein auch für den deutschen Sprachraum adaptiertes Messverfahren [6–9].

**Merke:** MI ist eine evidenzbasierte Gesprächsintervention, deren Wirksamkeit in verschiedenen Anwendungsfeldern gesundheitsschädlichen Verhaltens nachgewiesen ist.

Miller u. Rollnick [8] definieren MI als eine klientenzentrierte, direkte Methode der Kommunikation zur Förderung der intrinsischen Motivation für eine Verhaltensänderung mittels der Erforschung und Auflösung von Ambivalenz. Neben dieser Hauptdefinition beschreiben die Psychologen die notwendige Einstellung und Grundhaltung (engl.: „spirit“) des Therapeuten dem Patienten gegenüber, um MI anwenden zu

können, sowie vier allgemeine Prinzipien und fünf Basisstrategien zur Umsetzung.

**Merke:** MI ist eine personenzentrierte, direkte Kommunikationsmethode zur Förderung intrinsischer Motivation für eine Verhaltensänderung durch Exploration und Auflösung von Ambivalenz.

## Personenzentrierter Ansatz

Die Methode des MI fußt in weiten Teilen auf der klientenzentrierten Therapie des US-amerikanischen Psychologen Carl Rogers [10]. Der klienten- oder personenzentrierte Ansatz basiert im Wesentlichen auf *Empathie, positiver Wertschätzung und bedingungsloser Akzeptanz dem Klienten gegenüber* sowie auf *Selbstkongruenz und Echtheit des Therapeuten*. Diese Variablen des Therapeutenverhaltens haben sich empirisch als wirksam erwiesen. Das einführende Verstehen und die partnerschaftliche therapeutische Beziehung stehen im Zentrum des Ansatzes unter der Annahme, dass die Unterstützung von Veränderungsprozessen überhaupt erst in transparenter und vertrauensvoller Atmosphäre ermöglicht wird, in der auch problematisches Verhalten akzeptiert und nicht verteidigt werden muss. Die therapeutische Beziehung blieb auch in der jüngeren Therapieforschung der letzten zwei Jahrzehnte Gegenstand des Forschungsinteresses und erwies sich als bedeutender globaler Wirkfaktor und Outcome-Prädiktor [11]. Dazu kommt, dass die Empathie auch als einer der Hauptwirkfaktoren im Rahmen der Psychotherapie gewertet wird [12].

Um Empathie auszudrücken, wandte Rogers das sog. *aktive Zuhören* an, eine Gesprächstechnik, in welcher der Therapeut dem Klienten durch offene Fragen und reflektierendes Zuhören im Gespräch unbestimmt (nondirektiv) folgt und zur Selbstreflexion anregt. Die durch das einführende Verstehen gewonnenen Spiegelungen verbalisieren vor allem emotionale Erlebnisinhalte, ohne dem Klienten Interpretationen aus der Deutungswelt des Therapeuten aufzudrängen. Rogers verwendete den neutraleren Begriff „Klient“ statt „Patient“, um die negativen Konnotationen (Mehrdeutungen) des Begriffs zu vermeiden.

Wenngleich sich MI auf Erkenntnisse und methodische Bestandteile der personenzentrierten Beratung bezieht und die gleiche humanistische und autonomieorientierte Grundhaltung teilt, betonen Miller u. Rollnick [13], dass MI nicht einfach eine „Reinkarnation“ der Roger'schen klientenzentrierten Beratung unter neu-

em Namen sei. MI wäre eher als „evolution of client-centered counseling“ zu verstehen, unter Hervorhebung der Bedeutung und Nutzung spezifischer veränderungsrelevanter Klientenäußerungen, die im MI als Change-Talk benannt werden und später näher erläutert werden.

#### ■ Direktiv und nondirektiv

Unter Direktivität lässt sich der Grad an Richtungsbestimmung durch den Therapeuten beschreiben. Im Gegensatz zum klassischen aktiven Zuhören nach Rogers, bei dem nicht der Therapeut die Richtung des Gesprächs vorgibt, sondern dieser dem Klienten nondirektiv (im Sinne von unbestimmt) folgt, führt im MI der Therapeut den Patienten in Richtung Ambivalenzauflösung und Förderung der Veränderungsbereitschaft. Im Gespräch reagiert der Therapeut bewusst und selektiv auf selbstmotivierende Patientenäußerungen in Richtung einer gesundheitsförderlichen Verhaltensänderung und er versucht durch seine Fragen, solche Äußerungen hervorzulocken. Allerdings bezieht sich im MI die Direktivität vor allem auf die veränderungsrelevanten Äußerungen und Themen des Gesprächs, ohne den Patienten zu bedrängen und eigene Werte oder Ziele vorzugeben oder gar Entscheidungen abzuverlangen.

#### ■ Beispiele der Direktivität im MI

Anbei ein paar Beispiele von Äußerungen des Zahnarztes, die die Richtung des Gesprächs direktiv lenken:

- „Wäre das in Ordnung für Sie, wenn wir uns zum Abschluss des Gesprächs einmal über das Rauchen unterhalten?“
- „Wie denken Sie zurzeit über Ihr Rauchverhalten?“
- „Was sind denn die Vor- und Nachteile des Rauchens aus Ihrer Sicht?“
- „Mit der aktuellen Situation sind Sie nicht so glücklich – was hätten Sie denn gerne anders?“
- „Angenommen, Sie entscheiden sich, am Rauchen etwas zu ändern – wie könnte das aussehen?“

### Ambivalenz

Eine Grundannahme im MI ist, dass jedes Verhalten als *ambivalent* betrachtet wird, also mit positiven und negativen Begleiterscheinungen einhergeht. Ausdrücken tut sich dies meist in Gedanken wie dass man *eigentlich* etwas tun sollte, aber wiederum andere Gründe da-

gegen sprechen. So kann Joggen auf der einen Seite verbunden sein mit:

- körperlicher Fitness
- Stressabbau
- körperlicher Attraktivität
- psychischem Wohlfühlen

Auf der anderen Seite aber auch mit:

- Anstrengung
- Überwindung
- Kauf von notwendigem Material, z. B. Joggingschuhen
- sich dem evtl. schlechten Wetter aussetzen
- hoher Zeitaufwand

Diese Ambivalenz lässt sich metaphorisch als Waage darstellen (Abb. 1). Falls das betreffende Verhalten nun regelmäßig durchgeführt wird, überwiegen das Gewicht der Argumente einer Seite bzw. die subjektiv gewichteten Argumente auf einer Seite und es erhöht die Wahrscheinlichkeit für das entsprechende Verhalten. Ziel im MI ist es, dass der Patient das betreffende Gesundheitsverhalten bezüglich seiner Vor- und Nachteile beleuchtet. Bei diesem Prozess werden die Patienten vom Therapeuten durch aktives Zuhören unterstützt und begleitet. Beide Seiten der Ambivalenz werden benannt und gehalten. Doch durch Hervorlocken und Verstärken veränderungsrelevanter Äußerungen wird dabei die Veränderungsseite gestärkt. Die intensive Auseinandersetzung mit dem Für und Wider aus subjektiver Sicht lässt Diskrepanzen widersprüchlicher Werte und Ziele entstehen. Ambivalenz ist unangenehm. Da eine bewusste Diskrepanz zwischen dem Ist- und dem Soll-Zustand besonders schwer auszuhalten

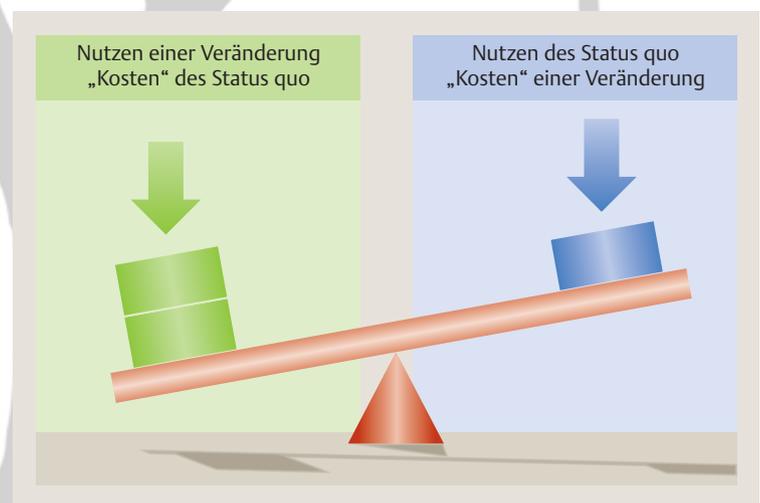


Abb. 1 Waagemodell der Ambivalenz. Jedes Verhalten wird durch den Patienten mit Vor- und Nachteilen bezüglich seiner Ausführung betrachtet und die Veränderungsseite durch Motivierende Gesprächsführung gestärkt (modifiziert nach [14]).

ist, tendieren die Patienten zu einer Auflösung dieser Ambivalenz.

**Merke:** Ziel im MI ist es, dass der Patient das betreffende Gesundheitsverhalten bezüglich seiner Vor- und Nachteile beleuchtet. Da eine bewusste Diskrepanz zwischen dem Ist- und dem Soll-Zustand besonders schwer auszuhalten ist, tendieren die Patienten zu einer Auflösung dieser Ambivalenz.

Das Modell einer Entscheidungswaage lässt sich bei Bedarf einfach verwenden, um die Exploration anzustoßen. Ein auf einem Blatt grob skizziertes Vier-Felder-Schema kann es dem Patienten erleichtern, seine Pro- und Kontraargumente zu sortieren und die Gewichtungen zu visualisieren. Auf der einen Seite – der des Status quo – stehen alle Gründe, Ziele, Konsequenzen, die für das alte Verhalten sprechen und im Feld darunter alle gegen das neue Verhalten. Auf der anderen, der Veränderungsseite werden im oberen Feld alle Argumente gegen das alte Verhalten notiert und darunter die für das neue Verhalten. Diese alte Technik hat für sich genommen nichts mit MI zu tun, wie Miller u. Rollnick [13] betonen, kann jedoch gelegentlich hilfreich sein, die Absichtsfindung anzustoßen – vor allem bei Patienten zu Beginn der Absichtsfindung, wenn es im Gespräch nur zögerlich gelingt, Veränderungsargumente beim Patienten hervorzulocken.

Bei der Exploration der Status-quo-Seite und speziell der Vorteile gesundheitsschädlichen Verhaltens ist

allerdings auch Vorsicht geboten. Es ist zwar wichtig, die Funktionalität des problematischen Verhaltens zu verstehen, Hindernisse für eine Verhaltensänderung zu identifizieren und zu reflektieren, es gilt jedoch zu vermeiden, dabei den „sustain talk“ (Beibehaltungssprache) zu stark zu betonen und damit die Argumente für den Erhalt des gesundheitsschädlichen Verhaltens zu verstärken.

#### ■ Widerstand und Change-Talk – die beiden Seiten der Ambivalenz

Miller u. Rollnick [8] beschreiben im MI verschiedene Patientenreaktionen, die in Zusammenhang mit der Auseinandersetzung der Ambivalenz stehen (Tab. 1). Eine mögliche Reaktion von Patienten ist dabei der Widerstand. Dieser umfasst nach Miller u. Rollnick alle Äußerungen des Patienten, die für das problematische Verhalten sprechen, bzw. gegen das Gesundheitsverhalten oder auch Pessimismus gegenüber einer Veränderung.

**Merke:** Widerstand ist meist auch Ausdruck einer Dissonanz in der therapeutischen Beziehung.

Auf der anderen Seite zeigt das Auftreten von selbstmotivierenden Aussagen (= Change-Talk) eine Konsonanz der therapeutischen Beziehung. Change-Talk umfasst alle Aussagen des Patienten, die für einen Veränderungsprozess in Richtung Gesundheitsverhalten oder Vermeidung des gesundheitsschädlichen Verhaltens sprechen oder Optimismus bezüglich einer Veränderung ausdrücken. Zunächst einmal gilt es, Change-Talk zu erkennen und herauszuhören. Tab. 2 zeigt unterschiedliche Beispiele von Change-Talk.

**Merke:** Change-Talk sind Patientenäußerungen, mit denen sie ihre Gründe, Fähigkeiten, Zuversicht sowie Bereitschaft und Absicht für eine Veränderung zum Ausdruck bringen.

Miller u. Rollnick [8] sehen Change-Talk und Widerstand als „zwei Pole der Ambivalenz“ an. Das Verhältnis von Widerstand und Change-Talk ist abhängig vom Therapeutenverhalten. Während ein konfrontativer Gesprächsstil eher viel Widerstand und wenig Change-Talk provoziert, ruft MI umgekehrt mehr Change-Talk und weniger Widerstand hervor. Im Verfahrensvergleich von MI und konfrontativen Methoden zeigte sich im Ein-Jahres-Outcome, dass Patienten umso mehr tranken, je mehr die Therapeuten konfrontiert hatten [15].

**Tabelle 1**

**Kategorien von Widerstandsverhalten (nach [8]) und Beispiele von Patientenäußerungen.**

Verhalten	Äußerung
Argumentieren (Patient greift die Expertise des Arztes an)	Patient: „Ich bin dagegen, dass wir ein Antibiotikum benutzen! Bakterien sind ja nicht nur schlecht.“ Patient: „Was Sie gesagt haben, hat gar nicht funktioniert. Ich habe zweimal am Tag geputzt und habe nun doch ein Loch bekommen.“
Unterbrechen	Der Patient fällt dem Arzt ins Wort.
Negieren (Patient zeigt Unwilligkeit, die Probleme zu erkennen)	Patient: „Am Rauchen können Sie auch nichts ändern. Schauen Sie sich Helmut Schmidt an! Der ist 90 und raucht immer noch.“
Ignorieren	Der Patient ist unaufmerksam, hört nicht zu, antwortet nicht oder lenkt ab.

## Übungsvorschlag

### Change-Talk

Versuchen Sie, in Ihrem nächsten Patientengespräch auf Change-Talk zu achten. Gelingt es Ihnen, ab und zu Change-Talk zu identifizieren? Dies ist nicht immer einfach und leicht zu überhören.

**Merke:** Das Verhältnis von Widerstand und Change-Talk ist abhängig vom Therapeutenverhalten.

## Motivation

Nach Deci u. Ryan [16] lassen sich zwei Arten der Motivation unterscheiden:

- intrinsische Motivation
- extrinsische Motivation

Intrinsisch motivierte Verhaltensweisen werden von ihrer selbst willen durchgeführt, da sie Spaß machen und/oder für das Individuum Sinn in ihrer Ausführung ergeben. Im Gegensatz dazu werden extrinsisch motivierte Verhaltensweisen durchgeführt, um eine Belohnung zu erhalten oder einer Bestrafung vorzubeugen. Letztere Faktoren können starke Motivatoren sein, das Verhalten hört jedoch in der Regel auf, wenn diese wegfallen.

MI zielt deswegen auf die *Stärkung der intrinsischen Motivation* ab, um ein langfristig gesichertes Verhalten zu unterstützen.

**Merke:** Voraussetzung zur Förderung eines intrinsisch motivierten Verhaltens ist die Wahrung der Autonomie des Patienten, da Eigenmotivation nur auf einem freiheitlichen Boden entstehen kann, der auch gegenteiliges Verhalten zulässt.

Wesentlich hierbei ist, dass der Patient die Ziele im Gesundheitsverhalten selbst formulieren und bestimmen kann, und nicht von außen vorgegeben bekommt.

Im MI wird Motivation als Verhaltensbereitschaft und natürlicher Vorgang verstanden, der sich jedoch durch geschicktes Gesprächsverhalten fördern lässt. Der Behandelnde bzw. sein Gesprächsstil können die Motivation maßgeblich und in beide Richtungen beeinflussen, d. h. je nach Gesprächsstil die Veränderungsbereitschaft eher fördern oder hindern und über Reaktanzphänomene zu einer Festigung des alten

**Tabelle 2**

**Kategorien für das Auftreten von Change-Talk (nach [8]) und Beispiele von Patientenäußerungen.**

Kategorie	Äußerung
Erkennen der Nachteile des derzeitigen Verhaltens	Patient: „Ich glaube, wenn ich so weiterrauche, dann verliere ich meine Zähne wirklich.“
Erkennen der Vorteile einer Veränderung	Patient: „Wenn ich mit dieser intensiven Reinigung meine Zähne retten kann, ist das doch eine lohnenswerte Sache.“
Zuversicht bezüglich einer Veränderung (auch „Confidence-Talk“ genannt)	Patient: „Ich denke, das mit der Mundhygiene werde ich gut hingekommen.“
Äußern einer Veränderungsabsicht	Patient: „Ich muss jetzt etwas ändern, das kann so nicht weitergehen!“

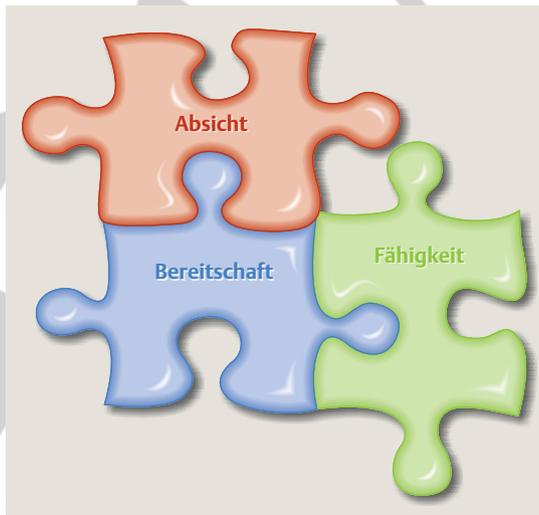


Abb. 2 Die drei Komponenten der Motivation (nach [7]).

Verhaltens beitragen. Miller u. Rollnick [8] heben auch die besondere Bedeutung der Zuversicht und Selbstwirksamkeitserwartung hervor. Die Überzeugung, sich ändern zu können, wirkt motivierend.

Entgegen eines intuitiven Verständnisses von Motivation, dass dieses v. a. mit intentionalen Aspekten gleichgesetzt, lohnt es sich, drei Aspekte der Motivation näher zu betrachten (Abb. 2). Neben der Absicht, in der sich die subjektiv empfundene Wichtigkeit einer Verhaltensänderung spiegelt, sind nach Miller u. Rollnick [8] noch zwei weitere Bestimmungsstücke zu berücksichtigen: Die wahrgenommene Fähigkeit sowie die aktuelle Bereitschaft, das Verhalten umzusetzen. Die Intention alleine reicht nicht aus. Ein Patient kann beispielsweise von der Notwendigkeit korrekter Mundhygiene über-

zeugt sein und sie umsetzen *wollen*, doch bei geringer Selbstwirksamkeitserwartung (vielleicht aufgrund missglückter Vorerfahrungen) und fehlender Zuversicht, dass ihm die Fertigkeiten auch gelingen und sie sich erfolgreich in seinen Alltag integrieren lassen, wird er das gewünschte Verhalten vermutlich *nicht zeigen*. Doch auch die vorhandene Absicht und hohe Selbstwirksamkeitserwartung sind noch kein Garant für eine Verhaltensänderung. Der Patient kann die Veränderung wollen und auch überzeugt sein, dass sie ihm gelingt („Wenn ich mir was vornehme, dann schaffe ich das auch!“), aber das Verhalten dennoch nicht umsetzen, wenn die aktuelle Bereitschaft fehlt, weil er beispielsweise nicht so kurz vor dem Campingurlaub damit anfangen will. Der Aspekt der Bereitschaft ist eine Frage aktueller Prioritäten. In der Begleitung ist es wichtig, alle *drei Motivationsaspekte* zu explorieren.

### MI-Grundhaltung

Um MI anwenden zu können, bedarf es einer entsprechenden Grundhaltung („spirit“) des Therapeuten dem Patienten gegenüber (Abb. 3). Dazu gehören:

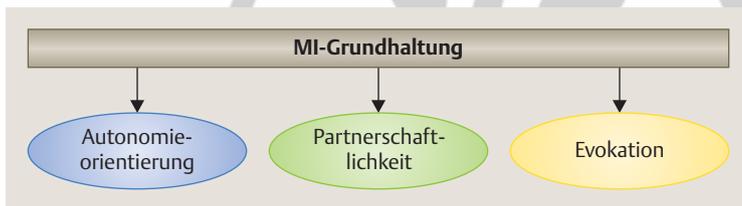


Abb. 3 Die drei Grundhaltungen der Motivierenden Gesprächsführung.

**Tabelle 3**

**Autonomieorientierung. Äußerungen, bei denen die Patientenautonomie unterschiedlich tangiert wird.**

Gesprächsbeispiel	Kommentar
ZA: „Sie müssen besser putzen, sonst werden Sie alle Ihre Zähne verlieren!“ Pat.: „Na klasse, dann ist es endlich vorbei mit den Problemen!“	Der Zahnarzt gibt direktiv eine Verhaltensweise vor und schränkt die Patientenautonomie ein. Der Patient reagiert mit Reaktanz und Widerstand.
ZA: „Rauchen Sie?“ Pat.: „Ja, aber fangen Sie bloß nicht an, darüber mit mir reden zu wollen! Das hat keinen Sinn!“ ZA: „Es liegt absolut nur bei Ihnen, ob Sie rauchen oder mit dem Rauchen aufhören wollen.“	Der Zahnarzt fragt nach einer für den Patienten problematisch empfundenen Verhaltensweise. Nachdem der Patient mit Widerstand reagiert, betont der Zahnarzt die Autonomie.
ZA = Zahnarzt; Pat. = Patient	

- Wahren der Autonomie des Patienten
- Partnerschaftlichkeit
- Evokation (Hervorlocken individueller Veränderungsziele, anstatt sie autoritär vorzugeben)

Es ist zentraler Bestandteil von MI, dass der Patient die Ziele im Gesundheitsverhalten selbst formulieren und bestimmen kann und nicht von außen vorgegeben bekommt.

Um diese Grundhaltung besser verstehen zu können, sollen im Folgenden die einzelnen Begriffe näher erläutert werden.

#### ■ Autonomie

Die Wahrung der Autonomie des Klienten und eine entsprechende Einstellung des Therapeuten sind von grundlegender Bedeutung in der Anwendung von MI. Dies kann für Ärzte und Zahnärzte ein manchmal schwierig auszuhaltendes Verhalten sein, falls Patienten eine gesundheitsschädliche Absicht äußern oder eine nur geringe Adhärenz (damals: Compliance) zeigen, und hat natürlich Grenzen, falls suizidale Absichten geäußert werden oder Dritte gefährdet sind.

Über Ziele, Art und Ausmaß von Verhaltensänderungen entscheiden Patienten jederzeit selbst. Die Verantwortung für das gesundheitsrelevante (potenziell gesundheitsschädliche oder -förderliche) Verhalten bleibt stets beim Patienten. Aufgabe von MI anwendenden Behandlern ist es, Patienten beim Prozess in Richtung gesundheitsförderlicher Verhaltensänderungen zu unterstützen und nicht, die Änderung zu forcieren.

Für intrinsisch motiviertes Gesundheitsverhalten und eine partnerschaftliche Arzt-Patienten-Beziehung ist die Patientenautonomie wesentliche Voraussetzung, denn eine Einschränkung der Autonomie mündet oft in Reaktanz (im Sinne einer menschlichen Abwehrreaktion) und Widerstand. Umgekehrt kann es sehr hilfreich sein, die Patientenautonomie explizit zu betonen, falls der Patient Widerstand äußert (Tab. 3).

**Merke:** Die Wahrung der Autonomie des Klienten und eine entsprechende Einstellung des Therapeuten sind von grundlegender Bedeutung in der Anwendung von MI.

### ■ Partnerschaftlichkeit

Im Gegensatz zu einer paternalistischen Therapeut-Patient-Beziehung, die in ihrem Ansatz auf dem Hippokratischen Eid fußt und besagt, dass allein der Arzt die notwendige Entscheidung trifft, basiert MI auf einer partnerschaftlichen Therapeut-Patient-Beziehung. In dieser Partnerschaft wird der Patient auf gleicher Augenhöhe und als *gleichberechtigter Partner* betrachtet. Der Arzt oder Therapeut gilt dabei als professioneller Gesundheitsexperte, der dem Patienten in Bezug auf dessen Therapie unterstützend zur Seite steht. Der Therapeut versucht, eine positive, empathische Atmosphäre herzustellen, die einen Veränderungsprozess unterstützen kann.

### ■ Evokation

Verhaltensziele, die durch den Patienten selbst geäußert werden, werden häufiger auch umgesetzt und eingehalten. Vor dem Hintergrund der Autonomie und Partnerschaftlichkeit zielt MI darauf ab, dass der Patient seine möglichen Verhaltensziele selbst formuliert und diese nicht durch den Therapeuten vorgegeben bekommt. Gründe und Motive für und gegen konkrete Verhaltensweisen sind keine Allgemeinplätze, sondern abhängig vom individuellen Wertesystem der Patienten. Auch deshalb ist es sinnvoll, die Äußerung solch subjektiver Einstellungen zu evozieren (= hervorzulocken), anstatt etwas vorzugeben oder gar vorzuschreiben. Dies ist neben der Patientenautonomie ein für Zahnärzte oftmals schwer einzuhaltendes Ziel, da es im engen zeitlichen Rahmen des Praxisalltags viel schneller geht, dem Patienten die Verhaltensziele direktiv aufzutragen. Betrachtet man allerdings die empirischen Ergebnisse der psychologischen Forschung, haben diese direktiven Vorgaben und ärztlichen Ratschläge zwar gewisse positive Effekte [15], allerdings in nur wesentlich geringerem Maße als patientenformulierte Ziele. Im Rahmen von MI können Verhaltensziele und Change-Talk durch *offene Fragen* und *geschicktes Reflektieren* evoziert werden (Tab. 4).

### MI-Prinzipien

Basierend auf der MI-Grundhaltung folgt MI vier Grundprinzipien und allgemeinen Interventionen (Abb. 4).

**Tabelle 4**

**Evokation. Gesprächsbeispiele für das Evozieren von Gesundheitszielen im Gegensatz zur direktiven Vorgabe des ärztlichen Ratschlags. Im Falle der direktiven Vorgabe ist besonders die Kürze der Gesprächssequenz auffallend, sowie der geringe Grad an Information, den der Therapeut über den Patienten erfährt. Probleme in der Durchführung werden unter Umständen dadurch nicht erfasst.**

Evokation von Verhaltenszielen	direktives Vorgeben von Zielen durch den Arzt
ZA: „Wenn ich Sie fragen darf, wie betreiben Sie denn momentan Mundhygiene?“	ZA: „Sie müssen zweimal täglich putzen und einmal am Tag die Zahnzwischenräume reinigen.“
Pat.: „Ja, also Zahnputzen mach' ich zweimal am Tag.“	
ZA: „Prima. Wie schaut es bei Ihnen mit der Zahnzwischenraumreinigung aus?“	
Pat (zögerlich): „Ja, das ist so eine Sache. Das mach ich vielleicht einmal in der Woche.“	
ZA: „Einmal in der Woche. Das ist doch schon ein super Anfang.“	
Pat.: „Ja, ich müsste eigentlich mehr, oder?“	
ZA: „Ja, also empfohlen ist es, die Zahnzwischenräume einmal täglich zu reinigen. Aber ich weiß ja nicht, ob das bei Ihnen machbar wäre.“	
Pat.: „Täglich wird wahrscheinlich schwierig, aber so alle zwei Tage wäre wahrscheinlich schon drinne!“	
ZA: „Alle zwei Tage! Das finde ich klasse, dass Sie sich da steigern wollen!“	
ZA = Zahnarzt; Pat. = Patient	

### Übungsvorschlag

#### Grundhaltung

Versuchen Sie beim nächsten Patientengespräch einmal, auf die gesamte Interaktionsatmosphäre zu achten:

- Wie partnerschaftlich wirkt das Gespräch auf Sie – eher wie ein Tanz oder wie Tauziehen?
- Fühlen Sie sich selbst eher entspannt oder unter Druck?
- Was fällt Ihnen beim Patienten auf?

### ■ Ausdrücken von Empathie

Die Bedeutung von Empathie ist eng verbunden mit den personenzentrierten Wurzeln von MI und wurde eingangs auch im Zusammenhang mit den Implikationen für das Therapie-Outcome hervorgehoben. Empathisches Zuhören und einführendes Verstehen ist auch im MI ein zentrales Element und prägt jede Gesprächssituation. Hierbei ist nicht notwendig, gleicher Meinung mit dem Patienten zu sein, sondern lediglich,



Abb. 4 Die vier Grundprinzipien der Motivierenden Gesprächsführung.

sich in ihn hineinzusetzen und einzufühlen. Empathie drückt sich verbal und nonverbal aus. Verbal wird sie über die weiter unten beschriebene Basisstrategie des aktiven Zuhörens oder auch Reflektierens ausgedrückt.

#### ■ Entwicklung von Diskrepanzen

Bei aller Akzeptanz und Autonomieorientierung ist MI ein direktives Verfahren und zielt auf die Förderung gesundheitsförderlicher Verhaltensänderungen. Aufgrund der kognitiven Dissonanz wächst die Bereitschaft zur Ambivalenzauflösung in Richtung Verhaltensänderung mit zunehmender Diskrepanz zwischen aktuellem Verhalten und wichtigen subjektiven Zielen und Werten, die mit dem alten Verhalten im Widerspruch stehen. Im MI wird deshalb versucht, solche wahrgenommenen Diskrepanzen zu erzeugen bzw. zu verstärken. Dies geschieht über die Exploration der Ambivalenz. Wichtig ist hierbei, sich stets an den persönlichen Werten und Zielen des Patienten zu orientieren und nicht an vermuteten Diskrepanzen, die vielleicht dem Therapeuten plausibel erscheinen, für den Patienten und dessen individuelles Wertesystem jedoch keine Bedeutung haben.

#### ■ Umlenkung von Widerstand

In mehreren Studien konnten Miller u. Rollnick [8] aufzeigen, dass das Auftreten von Widerstand aufseiten des Patienten mit einer geringeren positiven Veränderung korreliert war. Nicht zuletzt aus diesem Grunde zielt das Gesprächsverhalten darauf, Widerstand möglichst zu vermeiden oder zu minimieren. Von daher wird im Gespräch auftretender Widerstand als wichtiges Signal aufgenommen und versucht, diesen umzulenken.

**Merke:** Widerstand wird im MI nicht mit Widerstand begegnet.

Im Gespräch ist Widerstand ein Zeichen von Dissonanz und einer interaktionellen Störung, die signalisiert, anders zu reagieren und das Gesprächsverhalten zu verändern. Im Zweifelsfall hilft es zu reflektieren (s. Kap. „MI-Basisstrategien“). Mitunter kann es sinnvoll sein, explizit die Wahl- und Entscheidungsfreiheit zu betonen (Tab. 4). Weitere Möglichkeiten eines „geschmeidigen Umgangs mit Widerstand“ [14] ist das *Reframing* oder die Zustimmung mit einer Wendung. Noch besser als darauf zu reagieren ist die *Vermeidung* von Widerstand auslösendem Verhalten. Wie bereits erläutert, ist das Ausmaß an Widerstandsverhalten abhängig vom Therapeutenverhalten. Ein bevormundendes Therapeutenverhalten löst beim Patienten besonders leicht Widerstand aus und ist daher zu vermeiden. Miller und Rollnick [8] nennen in diesem Zusammenhang sechs Bevormundungsarten, die möglichst vermieden werden sollten:

- für eine Veränderung argumentieren
- Expertenrolle einnehmen
- kritisieren, beschämen oder Schuld zuweisen
- etikettieren
- in Eile sein
- Vorrang beanspruchen

### Übungsvorschlag

#### Widerstand

Versuchen Sie, auf die nachfolgende Patientenäußerung jeweils eine Antwort zu finden, die versucht

- zu argumentieren
- zu belehren
- durch empathisches Reflektieren Widerstand zu vermeiden

Wie ist Ihre Vermutung der Patientenreaktion auf die drei Varianten?

Patient: „Morgens in der Hektik vor der Arbeit und bis die Kinder endlich raus zur Schule sind, da hab' ich echt keine Zeit, mir noch lang die Zähne zu putzen!“

Wenn dies nicht möglich ist (wie im Falle der Eile) kann es helfen, diese transparent zu benennen und z.B. eine weitere Terminoption anzubieten.

**Cave: Widerstand nicht mit Widerstand begegnen! Das Auftreten von Widerstand ist ein Signal, etwas im Gesprächsverhalten zu verändern.**

■ Förderung von Selbstwirksamkeit

Wie bereits erwähnt ist die Selbstwirksamkeitserwartung ein wesentliches Element der Motivation. Je höher die Selbstwirksamkeitserwartung von Patienten hinsichtlich eines bestimmten Verhaltens ist, desto höher ist auch die Wahrscheinlichkeit für den Erfolg der Verhaltensänderung [17]. Patienten, die zuversichtlich sind, dass es ihnen gelingt, mit dem Rauchen aufzuhören, sind erfolgreicher als Patienten, die Zweifel haben, ob sie es schaffen können [18].

**Merke: Die Selbstwirksamkeitserwartung zu fördern ist daher zielführend und ein fester Bestandteil des MI.**

Die Selbstwirksamkeitserwartung wird auch von bisherigen Erfahrungen mit zurückliegenden Versuchen, dieses oder ein ähnliches Verhalten zu ändern, beeinflusst. Es kann also hilfreich sein, bei geringer Selbstwirksamkeitserwartung frühere Erfolge oder ggf. auch allgemeine Ressourcen im Gespräch zu explorieren, diese zu erfragen und zu reflektieren.

**MI-Basisstrategien**

Nach der Erläuterung der Grundhaltung, Ziele und MI-Prinzipien stellt sich nun die Frage, wie sich all das konkret im Gespräch umsetzen lässt. Hierzu gibt es fünf Basisstrategien (Abb. 5), die nachfolgend anhand von Beispielen erklärt werden.

Tabelle 5	
Beispiele für geschlossene und offene Fragen.	
Geschlossene Frage	Offene Frage
„Putzen Sie zweimal am Tag die Zähne?“	„Wie betreiben Sie aktuell Mundhygiene?“
„Kommen Sie mit der Diabetestherapie zurecht?“	„Wie kommen Sie mit der Diabetestherapie zurecht?“
„Rauchen Sie?“	„Was denken Sie über das Rauchen?“

■ Offene Fragen

Offene Fragen lassen sich im Gegensatz zu geschlossenen Fragen nicht nur mit Ja oder Nein beantworten. Dadurch laden sie zur Exploration ein, fördern den Gesprächsfluss bzw. den Anteil des Patienten am Gespräch und geben ihm die Möglichkeit, bestimmte Anliegen breiter auszuführen. Die berufliche Sozialisation in der Medizin fördert meist einen von geschlossenen Fragen geprägten Gesprächsstil. Geschlossene Fragen bremsen jedoch den Gesprächsfluss und dienen dem schnellen Erfassen von wichtigen Fragen oder Entscheidungen, wie es eher in Notfallsituationen angebracht ist als im motivierenden Gespräch, das auf Verhaltensänderung zielt (Tab. 5). Für MI liegt der Hauptfokus auf den Patientenaussagen, wodurch hauptsächlich offene Fragen zum Einsatz kommen.

**Cave: Vermeiden Sie zu viele Fragen, vor allem geschlossene!**

■ Reflektieren/aktives Zuhören

Reflexionen sind verbale Wiedergaben von verbalen und nonverbalen Äußerungen und erfüllen im Gespräch vielfältige Funktionen. Dabei kann die Reflexion dieselben verwendeten Worte des Patienten beinhalten oder den inhaltlichen Sinn in anderen Worten ausdrücken.

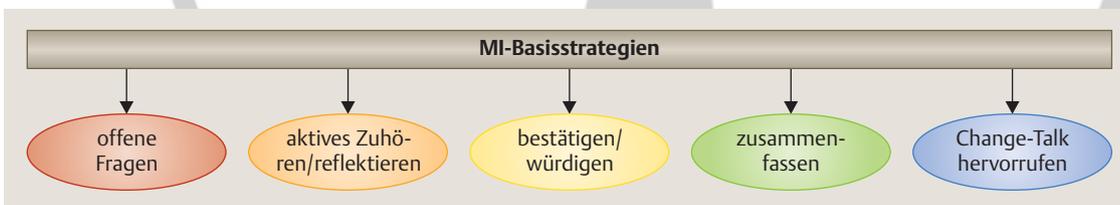


Abb. 5 Die fünf Basisstrategien der Motivierenden Gesprächsführung.

Tabelle 6

## Beispiele unterschiedlicher Arten von Reflexionen.

Reflexion	Beispiel
einfache Reflexion	Pat.: „Wissen Sie, Herr Doktor, wenn ich abends nach Hause komme, habe ich so überhaupt keine Energie mehr, mir noch 10 Minuten Zeit fürs Zähneputzen zu nehmen.“  ZA: „Wenn Sie abends nach Hause kommen, fehlt Ihnen einfach die Energie zur Mundhygiene.“
komplexe Reflexion	Pat.: siehe oben  ZA: „Sie sind abends total erschöpft und haben dann keine Lust mehr.“
doppelseitige Reflexion	Pat.: siehe oben  ZA: „Auf der einen Seite sind Sie abends nach der Arbeit total erschöpft und alles ist zu anstrengend. Auf der anderen Seite würden Sie schon gerne was für Ihre Zähne tun und sich dafür Zeit nehmen können.“
überzogene Reflexion	Pat.: „Ach ja, wissen Sie, bei uns in der Familie haben wir einfach schlechtes Zahnmaterial.“  ZA: „Sie können überhaupt nichts für den Zustand Ihrer Zähne.“

ZA = Zahnarzt; Pat. = Patient

Durch das Reflektieren

- hört der Patient seine Aussage noch einmal und kann diese neu bewerten,
- erfährt der Patient eine Wertschätzung dadurch, dass die Bedeutung des Gesagten erhört wird und so wichtig war, dass der Arzt sie wiederholt,
- fühlt der Patient sich verstanden („Der Arzt hört mir wirklich zu“),
- kann der Therapeut zu einem besseren Verständnis der Inhalte kommen.

Bei den Reflexionen lassen sich einfache von komplexen Reflexionen unterscheiden (Tab. 6). Die kleinste Form der Reflexion ist das sog. *Echoing*, die Wiederholung eines Wortes oder eines Wortfragments. Das *Echoing* dient eher als eine Art Gesprächsverstärker, dass der Gesprächspartner gehört wurde. Der Patient wird damit zum Weiterreden ermutigt.

Die *einfache Reflexion* fügt dem Gesagten wenig oder keine neuen Informationen hinzu, während *komplexe Reflexionen* Gefühle und Einstellungen besonderer Bedeutung spiegeln. Es ist auch möglich, dem Gesagten durch Verschieben des Schwerpunkts ein erhebliches Maß an Bedeutung oder Gewichtung hinzuzufügen.

## Übungsvorschlag

## Aktives Zuhören

Versuchen Sie, im Gespräch mit einem „einfachen“ Patienten das aktive Zuhören auszuprobieren. Gelingt es Ihnen, auf einige der Äußerungen mit einer Reflexion anstatt einer Frage zu reagieren?

Eine geschickte Möglichkeit, beide Seiten der Ambivalenz zu spiegeln, ist die *doppelseitige Reflexion*, in der zuvor geäußerte ambivalente Positionen in einer Gesamtreflexion zusammenfasst werden. Eine weitere Form ist die sog. *überzogene Reflexion*, eine stark überspitzte Wiedergabe von Gesprächsinhalten, mit dem Ziel, eine Auseinandersetzung mit der Ambivalenz zu provozieren und ggf. Change-Talk in Richtung der anderen Ambivalenzseite anzuregen.

**Cave:** Bei der überzogenen Reflexion ist die akzeptierende Haltung besonders wichtig und es sollte unbedingt vermieden werden, dass eigene Wertungen oder gar ein ironischer Unterton mit-schwingen.

## ■ Bestätigung/Würdigung

Direkte Anerkennung gegenüber dem Patienten auszudrücken bzw. konkrete Verhaltensweisen und Leistungen anzuerkennen ist eine weitere Basisstrategie im MI. Bestätigungen fördern die positive Beziehung und verstärken die Exploration. Besondere Bedeutung gewinnen solche anerkennenden Würdigungen anlässlich kleiner Erfolge der Selbstüberwindung, wenn ein Patient z. B. trotz Scham über den schlechten Zahnzustand oder Erwartung einer aversiven Behandlung beim Zahnarzt erscheint. Das Erscheinen als Erfolg zu attribuieren kann selbstwirksamkeits- und adhärenzförderlich wirken.

## ■ Zusammenfassungen

Zusammenfassungen sind genau genommen eine Kombination verschiedener, oft komplexer Reflexionen. Indem wesentliche Inhalte und Change-Talk noch einmal zusammenfassend angeboten werden, werden diese verstärkt. Gleichzeitig wird eine Überprüfung ermöglicht, ob der Therapeut den Patienten richtig verstanden hat, bzw. Gelegenheit zur Korrektur und weiteren Exploration gegeben. In einer Zusammenfassung

lassen sich Äußerungen reframen, d. h. in einen anderen Zusammenhang stellen oder den Schwerpunkt verschieben.

#### ■ Förderung von Change-Talk

Im Rahmen des MI gilt es, diesen Change-Talk hervorzurufen und zu fördern. Das heißt demnach auch, dass der Hauptgesprächsanteil beim Patienten liegen sollte. Der vom Patienten geäußerte Change-Talk wirkt als Motivationsverstärker und selbstverpflichtend. Es geht für den Patienten darum, sich mit eigenen Argumenten in die Veränderung sozusagen hineinzureden. Grundsätzlich wirkt Reflektieren generell Change-Talk-fördernd und ruft selbstmotivierende Äußerungen hervor.

Auch die Exploration von Selbsteinschätzungen auf imaginierten oder skizzierten Skalen kann Change-Talk fördern.

Zwei wichtige Faktoren innerhalb des Ambivalenzmodells sind:

- Wichtigkeit/Dringlichkeit
- Zuversicht

Es bietet sich an, diese Dimensionen anhand einer Skala zu klären, um ein Bild von der Veränderungsabsicht der Person zu bekommen und gleichzeitig Change-Talk hervorzurufen. Die *Dringlichkeit* lässt sich beispielhaft mit der Frage „Wie dringend ist es für Sie zu ...?“ erfragen und auf einer Skala von 0 (überhaupt nicht wichtig) bis 10 (extrem wichtig) zu markieren. Die *Zuversicht* lässt sich dementsprechend mit der Frage „Falls Sie sich schon für ... entschieden hätten: Wie zuversichtlich sind Sie, dass ...?“ erfassen. Die Frage nach der Zuversicht ist deshalb anders formuliert, um nicht einer Person die Entscheidung vorwegzunehmen. Falls der Patient gar nicht die Absicht besitzt, mit dem Rauchen aufzuhören, wäre die Frage nach der Zuversicht ziemlich verstörend.

Bei der Verwendung solcher Ratings ist nicht der absolute Wert von Interesse, sondern die Möglichkeit, auf Basis dieser Selbsteinschätzung durch weiteres explorierendes Befragen Change-Talk hervorzurufen. Hierzu kann der Patient beispielsweise gefragt werden, warum er den Wert x und nicht Null gewählt hat. Auf diese Frage reagiert der Patient in der Regel mit Change-Talk, also individuellen Begründungen, wieso er sich sicher sei, jenes Verhalten anzustreben oder auch zu erzielen.

**Cave:** Beim Einsatz von Selbsteinschätzungsskalen geht es nicht um die Erhebung absoluter Werte, sondern um den in der Exploration des Ratings hervorgerufenen Change-Talk.

*Zuversichtsäußerungen (Confidence-Talk)* als Sonderform des Change-Talk lassen sich auch durch Exploration früherer erfolgreicher Veränderung anderer Verhaltensweisen hervorlocken und verstärken. Auch ein allgemeines Brainstorming zu hilfreichen Ideen bei der Unterstützung der Veränderungsumsetzung und deren Reflexion lässt sich nutzen, um Confidence-Talk zu unterstützen. Bei lähmendem Fokus auf Schwierigkeiten und Hindernisse kann ein hypothetischer Blick hilfreich sein, unterstützende Faktoren zu identifizieren und so die Zuversicht zu stärken. Dafür wird der Patient ermuntert, so zu tun, als ob die Veränderung schon gelungen und die Hindernisse überwunden wären, um dann hypothetisch auf die dabei hilfreichen Faktoren zurückzuschauen.

#### Kommunikationsfallen

Eine mögliche Kommunikationsfalle, die *Frage-Antwort-Falle*, resultiert aus dem zu häufigen Stellen von geschlossenen Fragen. Des Weiteren sollte in der Kommunikation mit Patienten unbedingt vermieden werden, aus einer Expertenrolle heraus behelrende Argumentationen anzubieten. Nicht nur aufgrund der Prinzipien der Partnerschaftlichkeit und Evokation sollte der Therapeut nicht für das Gesundheitsziel argumentieren, sondern auch aufgrund der Ambivalenz des Verhaltens. Wenn jedes Verhalten mit persönlichen Vor- und Nachteilen belegt ist, führt ein einseitiges Argumentieren des Therapeuten für eine Seite zum ausgleichenden und kontraproduktiven Argumentieren für die andere Seite. Dies nennt man die Falle des „*Parteiergreifens*“; es erinnert im Gespräch an ein verbales Tauziehen. Direkt daran anknüpfend beschreibt die *Expertenfalle* (Tab. 7) eine übereifrige Lösungsorientierung, die den Patienten mit vielen gut gemeinten, professionell fundierten Lösungsvorschlägen und Angeboten überfährt [8].

**Cave:** Vermeiden Sie es, behelrend für Ihren ärztlichen Ratschlag zu argumentieren – Argumente provozieren Gegenargumente!

Tabelle 7

**Partei ergreifen und Expertenfalle. Auf jede belehrende Aussage des Zahnarztes, die nur eine Ambivalenzseite betont und explizit für eine Verhaltensänderung plädiert, reagiert der Patient mit einem ausgleichenden, gegenteiligen Argument.**

Beispiel	Fälle
ZA: „Sie sollten das Rauchen wirklich aufgeben. Das wird Sie die Zähne kosten!“  Pat.: „Ja, aber das ist nicht so einfach. Ich hab's schon mehrmals probiert.“	Partei ergreifen
ZA: „Die Zähne sollten ein wichtiger Grund für Sie sein!“ Pat.: „Naja, Lungenkrebs wäre für mich schlimmer.“	Belehrung/ Partei ergreifen
ZA: „Das Allerwichtigste ist, dass Sie jetzt endlich anfangen, die Zähne wie empfohlen zu putzen. Sonst können Sie sich die Therapie sparen!“  Pat.: „Ich bin Fernfahrer! Wie soll ich das auf den Touren machen?“	Expertenfalle
ZA: „Ihnen wird was einfallen müssen, wenn Sie Ihre Zähne retten wollen.“  Pat.: „Na klasse, dann kann ich meinen Job an den Nagel hängen.“	Partei ergreifen

ZA = Zahnarzt; Pat. = Patient

### Zwei Phasen im MI

Förderung und Aufbau der intrinsischen Motivation sind Gegenstand der ersten Phase des MI, in der die Ambivalenzexploration während der Absichtsbildung im Mittelpunkt steht und die individuelle Wichtigkeit und Zuversicht bezüglich einer Verhaltensänderung geklärt wird. Wenn die Ambivalenz dann kippt und Veränderungsbereitschaft signalisiert wird, gilt es, die Selbstverpflichtung zur Veränderung zu verstärken, was nach Miller und Rollnick [8] die zweite Phase von MI darstellt.

Im Übergang von Phase eins zu Phase zwei erweisen sich *Zusammenfassungen* als hilfreich, die das Für und Wider der Ambivalenz sowie wesentlichen Change-Talk und Zuversichtsäußerungen des Patienten zusammenfassen. Über die bekannten Strategien der ersten Phase hinaus können nun noch weitere Strategien zur Anwendung kommen, um Selbstverpflichtungen zu fördern und zu verstärken. Eine Möglichkeit sind *Schlüsselfragen* nach den nächsten Schritten oder Optionen, die Antworten werden dann in gewohnter Art

reflektiert. In dieser Phase ist auch die Bereitstellung von Informationen und *Empfehlungen* unter Achtung der Autonomie denkbar, wenn Sie vom Patienten darum gebeten werden oder um Erlaubnis bitten, solche Vorschläge anzubieten.

Zentraler Gegenstand der *zweiten Phase* ist die Vereinbarung eines Veränderungsplans. Es geht also nicht mehr um das *Ob*, sondern um das *Wie* und *Was genau*. In einem partnerschaftlichen Klärungsprozess werden konkrete Ziele erarbeitet und verschiedene Optionen zur Umsetzung beispielsweise in einem Brainstorming zusammengetragen und ausgewählt. Von besonderer Wichtigkeit ist auch hier die Wahrung der *Autonomie* und eigenständige Formulierung der Ziele und Umsetzungspläne durch den Patienten, die in der Begleitung durch *Reflektieren* und *Zusammenfassungen* verstärkt werden. Auch hier geht es nicht darum, Ziele und Problemlösungen vorzugeben, sondern zu evozieren und zu verstärken. Äußerungen von *Selbstverpflichtung* zum individuellen Veränderungsplan beenden die zweite MI-Phase.

**Merke:** In der ersten Phase der Absichtsbildung steht der Aufbau intrinsischer Motivation durch Exploration von Ambivalenz, Wichtigkeit und Zuversicht im Mittelpunkt. Die zweite Phase zielt auf einen Veränderungsplan und die Verstärkung der Selbstverpflichtung.

In der Begleitung ist es allerdings wichtig zu wissen, dass auch nachdem ein Entschluss gefasst und erste Schritte ins neue Verhalten ausprobiert wurden, Ambivalenz auftreten kann. Diese wird dann in ebenso empathischer Grundhaltung begleitet wie in der ersten Phase, um die Motivation zu festigen bzw. erneut aufzubauen.

**Merke:** Letztendlich kann Ambivalenz jederzeit nach erfolgreicher Verhaltensänderung erneut auftreten, und Rückfälle in alte Verhaltensmuster sind keine Seltenheit.

Doch auch hier lässt sich MI wieder erfolgreich anwenden, um Motivation erneut zu fördern.

## MI in der zahnärztlichen Therapie

Wozu wäre MI im zahnärztlichen Rahmen nun sinnvoll anzuwenden? Wie in der Einleitung erwähnt, sind die Prävention und die Therapie oraler Erkrankungen zum Teil stark verhaltensabhängig und damit gut geeignet, MI zu adressieren.

Die Anwendung von MI lässt sich erfahrungsgemäß nicht einfach 1 : 1 aus dem psychologischen Setting in das zahnärztliche Umfeld übertragen, bietet aber in einem klar abgegrenzten Rahmen eine gute Möglichkeit, verhaltensbedingte Faktoren in der zahnärztlichen Therapie zu beeinflussen. Im Folgenden sollen die derzeit verfügbare Evidenz für den zahnmedizinischen Einsatz, die praktischen Einschränkungen und die möglichen Anwendungsfelder in der zahnärztlichen Therapie beleuchtet werden.

### Derzeitiger Evidenzgrad zum Einsatz von MI in der Zahnmedizin

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die derzeitige Evidenz für die Wirksamkeit von MI in der Zahnmedizin noch gering ausfällt [19]. In einer Metaanalyse von Lundahl et al. [20] aus der Arbeitsgruppe um Stephen Rollnick wurde allerdings speziell auch der zahnmedizinische Bereich als vielversprechendes Einsatzgebiet hervorgehoben, wie auch schon in einer Übersichtsarbeit von Renz et al. [21] erwähnt wurde. Die meisten positiven Studien kommen aus dem Bereich der Prävention der frühkindlichen Karies, bei welcher MI im Gespräch mit den Eltern eingesetzt wurde [22, 23], und aus der Mundhygieneförderung von Erwachsenen [4, 24]. In einer qualitativ gut durchgeführten Studie von Stenman et al. [25] konnte demgegenüber kein zusätzlicher Effekt des MI gefunden werden. Dabei ist zu beachten, dass – anders als in den Studien mit positiven Ergebnissen – MI hierbei einmalig durch einen Psychologen und nicht durch einen zahnmedizinischen Experten angewandt wurde. Aus eigenen Studienergebnissen bei der Anwendung von MI im Studierendenkurs bei Parodontitispatienten lässt sich ein geringerer, aber signifikant positiver Effekt des MI auf den Gingivalzustand erkennen im Vergleich zu Patienten, die von nicht MI-geschulten Studierenden behandelt wurden [26]. Die meisten Untersuchungen beziehen sich jedoch auf einen nur kurzen Zeitraum von unter einem Jahr, sodass keine Aussagen für eine langfristige Verhaltensveränderung gemacht werden können. Im Bereich der Beeinflussung von anderen Gesundheits-

faktoren im zahnärztlichen Rahmen findet MI vor allem Erwähnung in der Motivation zur Raucherentwöhnung und ist mittlerweile als expliziter Baustein in einem europäischen Konsensusreport zur Rauchprävention durch Mundgesundheitsexperten genannt [27]. In einer interessanten Studie von Schoonheim-Klein et al. [28] wurde untersucht, inwieweit sich MI sinnvoll im Studierendenkurs zur Raucherentwöhnung einsetzen lässt. Neben dem Ergebnis, das MI-geschulte Studierende signifikant mehr Patienten zur Rauchfreiheit motivieren konnten, schätzten die geschulten Studierenden ihre kommunikativen Fähigkeiten nach der Schulung viel kritischer ein als die ungeschulten Studierenden. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Beschäftigung mit einer Kommunikationsmethode wie dem MI dazu anregt, sich mit dem Verständnis und den Fähigkeiten der eigenen Kommunikation und dem Verhalten des Patienten auseinanderzusetzen.

**Merke:** Verschiedene Studien zeigen, dass die Beschäftigung mit einer Kommunikationsmethode wie dem MI dazu anregt, sich mit dem Verständnis und den Fähigkeiten der eigenen Kommunikation und dem Verhalten des Patienten auseinanderzusetzen.

### Schwierigkeiten in der zahnärztlichen Anwendung von MI

Eine wesentliche Schwierigkeit in der Anwendung von MI in der Zahnarztpraxis kann es sein, dass durch den gefühlten Zeitdruck des Zahnarztes wichtige Prinzipien wie Evokation, Partnerschaftlichkeit und Verwendung von Reflexionen Widerstand im Verhalten des Zahnarztes hervorrufen können. Gründe dafür liegen zum einen in der nur geringen Vergütung des Zahnarzt-Patienten-Gesprächs im Leistungskatalog der Krankenkassen und zum anderen vermutlich auch in dem erlernten Handlungsverständnis eines Zahnarztes, überwiegend Reparaturmedizin zu betreiben. Der letzte Punkt wird jedoch stark interpersonell unterschiedlich sein und hängt auch wesentlich mit der Behandlungsphilosophie des zahnärztlichen Teams zusammen (Tab. 8).

**Merke:** Die Klärung des eigenen zahnärztlichen Verständnisses ist daher für den Erfolg einer guten Kommunikation in der zahnärztlichen Praxis von wesentlicher Bedeutung.

Aus eigenen Erfahrungen, Erfahrung mit Studierenden im Umgang mit MI und ersten Studienergebnissen

Tabelle 8

## Faktoren, welche die Anwendung von MI im zahnärztlichen Rahmen erschweren können.

Faktor	Auswirkung
gefühlter Zeitdruck	Verhaltensänderungen, Evokation und Patientenzentrierung benötigen Zeit, die im hektischen Praxisalltag oft fehlt.
fehlende Honorierung	Das Zahnarzt-Patienten-Gespräch hat im Rahmen der Krankenkassenleistungen einen nur untergeordneten Stellenwert und wird nicht entsprechend vergütet. Des Weiteren gibt es keine Positionen zu speziellen Gesprächsmethoden.
Asymmetrie in der Partnerschaftlichkeit	Ein Gespräch auf Augenhöhe ist aufgrund der räumlichen und strukturellen Eigenschaften der Zahnarztpraxis eingeschränkt (Geruch, Behandlungseinheit, Berufsbekleidung etc.).

Tabelle 9

## Faktoren, die eine Anwendung von MI im zahnärztlichen Rahmen vereinfachen können.

Faktor	Auswirkung
Klärung des eigenen zeitlichen Rahmens	Wichtig ist dabei die Klärung der Frage, wieviel Zeit für ein motivierendes Gespräch mit dem jeweiligen Patienten zur Verfügung steht.
zeitlich und strukturell begrenzte Anwendung von MI	Aufgrund der strukturellen Eigenheiten der zahnärztlichen Behandlung kann und sollte nicht ausschließlich im Sinne des MI kommuniziert werden. Von daher ist es sehr hilfreich, sich klare Gedanken zu machen, wann, wie lange und welches Thema besprochen werden sollte.
Klärung von Indikationen und Zielen des MI	Allein die bloße Anwendung von MI kann für den Patienten hilfreich sein, es sollte jedoch immer eine Indikation für das Gespräch vorliegen und es sollte für den zahnärztlichen Experten klar sein, welche Verhaltensänderungen im Gespräch erzielt werden können. Beispielhaft kann es ein Ziel sein, den Patienten für eine Raucherentwöhnung zu gewinnen, die allerdings final durch eine dritte Stelle (Krankenkasse, präventiv orientierte ärztliche Einrichtungen) durchgeführt wird. Zudem sollten die ethischen Aspekte im Vorfeld geklärt sein (Operationen, Privatvereinbarungen etc.).

lässt sich allerdings sagen, dass MI eine sehr gute und passende Methode in der Zahnmedizin sein kann. Bestimmte Voraussetzungen können dabei den erfolgreichen Einsatz erleichtern (Tab. 9). Wie bei den Schwierigkeiten erwähnt, ist es definitiv hilfreich, sich vorher den zur Verfügung stehenden zeitlichen Rahmen und das zu besprechende Thema klar zu machen. Der hohe Gesprächsanteil des Patienten im MI kann sonst entsprechend zu einer gefühlten Hektik führen und den Zahnarzt zu Unterbrechungen oder anderem nicht

MI-adhärenten Verhalten beeinflussen. Es ist dabei zu beachten, dass durch die klientenzentrierte Gesprächsführung anfangs mehr Zeit veranschlagt werden muss, in der Regel danach aber weitere Termine zeitlich profitieren, da grundlegende Themen nicht immer neu thematisiert werden müssen. Zudem geht die Art der Gesprächsführung mit einer hohen Patientenzufriedenheit einher, was einen generell positiven Einfluss auf das Zahnarzt-Patienten-Verhältnis hat [29]. Es ist davon auszugehen, dass dies einen erheblichen Einfluss auf den wirtschaftlichen Erfolg einer zahnärztlichen Praxis hat.

**Merke:** MI kann durch die Art der Gesprächsführung zu einer hohen Patientenzufriedenheit beitragen, was den wirtschaftlichen Erfolg der Zahnarztpraxis sichern kann.

Zudem sollte klar sein, für welche Anwendungsfelder das MI eingesetzt werden sollte. Dies kann je nach zahnmedizinischem Feld variieren. Tab. 10 stellt einige mögliche Beispiele für den Einsatz von MI in der Zahnmedizin dar. Insbesondere im Bereich der Parodontistherapie ist die Förderung von antiinflammatorischen Maßnahmen ein sehr interessantes Einsatzgebiet [1]. Abb. 6 zeigt ein Beispiel für ein Arbeitsblatt, das für den Einsatz im Bereich der Mundhygiene und der Raucherentwöhnung eingesetzt werden kann.

## Ethische Überlegungen

Nach den bisherigen Forschungserkenntnissen kann davon ausgegangen werden, dass MI einen Einfluss auf die Patienten hat. Miller u. Rollnick [8] widmen daher in ihrem Buch zur Motivierenden Gesprächsführung notwendigerweise auch ein Kapitel den ethischen Überlegungen zur Anwendung von MI.

**Merke:** Ethische Bedenken sind vor allem dann zentral, wenn Menschen zu etwas beeinflusst werden sollen, was sie nicht tun wollen oder nicht getan hätten.

Eine wichtige Frage, die jeder zahnmedizinische Experte zuvor mit sich und auch mit anderen Kollegen klären sollte, ist, in welchen thematischen Bereichen MI eingesetzt werden darf und in welchen nicht. Miller u. Rollnick [8] formulieren, je mehr der *persönliche Vorteil* von einem bestimmten Behandlungsergebnis abhängt, umso mehr sollte der Einsatz von MI abgewägt werden. Falls die zahnärztliche Intention nicht mit dem höchsten Wohl des Patienten übereinstimmt,

### Mundhygiene

besprochen am: .....

Schwerpunktthema:

Zähneputzen                       Zahnzwischenraumreinigung

aktuell durchgeführte Mundhygienemaßnahmen:

manuelle Zahnbürste               elektrische Zahnbürste

Zahnseide                               Interdentalraumbürsten

Vorteile von                              Nachteile von

Zahnzwischenraumhygiene       Zahnzwischenraumhygiene

Zähneputzen                               Zähneputzen

---

Wie groß ist Ihre Absicht, die Mundhygienemaßnahme zu betreiben?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

überhaupt nicht                              sehr groß

Wie zuversichtlich sind Sie, die Mundhygienemaßnahme wie empfohlen umzusetzen?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

überhaupt nicht                              sehr groß

### Tabakkonsum

besprochen am: .....

Vorteile des Rauchens:                      Nachteile des Rauchens:

---

Nachteile der Rauchfreiheit:              Vorteile von Rauchfreiheit:

---

Wie groß ist Ihre Absicht, das Rauchen aufzugeben?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

überhaupt nicht                              sehr groß

Falls Absicht besteht:  
Wie zuversichtlich sind Sie, das Rauchen aufzugeben?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

überhaupt nicht                              sehr groß

Abb. 6 Arbeitsblatt der Motivierenden Gesprächsführung für den Einsatz im Bereich der Mundhygiene und Raucherentwöhnung.

ist der Gebrauch von MI eher unangebracht. In der zahnmedizinischen Tätigkeit kann insbesondere dort *Konfliktpotenzial* liegen, wo die Behandlung mit der Vereinbarung von Privatzuzahlungen einhergeht, die nicht unbedingt medizinisch indiziert sind. Eine ethische Abwägung dieser Behandlungen ist allerdings auch ohne den Einsatz von MI absolut notwendig.

### Beispiele und praktische Tipps zur zahnärztlichen Anwendung von MI

Im Folgenden sollen verschiedene Gesprächsbeispiele die Anwendung von MI bei zahnärztlichen Themen verdeutlichen. Aufgrund des engeren *zeitlichen Rahmens* in der zahnärztlichen Behandlung zeigen die Beispiele nicht durchweg alle Methoden des MI. Besonders *Reflexionen* und *offene Fragen* sind allerdings gerade auch in kurzen Gesprächsabschnitten ideal, um verhaltensabhängige Faktoren weiter zu klären. Aufgrund der speziellen Autorenexpertise stammen die Beispiele vor

Tabelle 10	
Mögliche Einsatzgebiete für MI in der Zahnmedizin.	
Bereich	Einsatzgebiet
Kariologie	Mundhygieneförderung, Prävention der frühkindlichen Karies, Ernährungslenkung (Reduktion von Kohlenhydraten bzw. von säurehaltigen Nahrungsmitteln), Therapieadhärenz
Parodontologie	Mundhygieneförderung, Förderung von antiinflammatorischen Maßnahmen (Raucherentwöhnung, Ernährung, körperliche Aktivität, Adipositasstherapie, Stressabbau), Therapieadhärenz (in der Parodontitistherapie sowie anderen medizinischen Gebieten wie der Diabetestherapie)
Prothetik	Therapieadhärenz
Kieferorthopädie	Therapieadhärenz in der Anwendung von kieferorthopädischen Geräten
zahnärztliche Chirurgie	Therapieadhärenz, Prävention von krebsförderlichem Verhalten (Raucherentwöhnung, Alkoholabstinenz)

Tabelle 11

Gesprächsbeispiel MI in der Parodontitistherapie am Beispiel der Blutzuckereinstellung (ZA = Zahnarzt; Pat. = Patient).

Äußerung	Kategorie
Zu Beginn der Anamnese: ZA: „Leiden Sie an Diabetes?“ Pat.: „Ja, Typ II, seit 2 Jahren.“ ZA: „Mmh, wissen Sie Ihren aktuellen Langzeitblutzuckerwert, den HbA <sub>1c</sub> -Wert?“ Pat.: „Ja, der könnte besser liegen ... Momentan so bei 9.“	
ZA: „Da sagen Sie selbst, dass der Ihnen zu hoch ist.“	Reflexion
Pat.: „Ja, mein Doktor schimpft auch schon immer mit mir. Ich versuch's halt mit Ernährung und Bewegung in den Griff zu bekommen und möchte ungern Insulin spritzen.“	z. T. Change-Talk
ZA: „Ok, Sie möchten das Insulin gerne vermeiden, bekommen das allerdings mit Ernährung und Bewegung nur bedingt hin.“	Reflexion
Pat.: „Ja (überlegt) ..., wahrscheinlich bin ich da von der Ernährung auch nicht wirklich konsequent genug. Ich meine, das Brötchen morgens sollte wahrscheinlich wirklich nicht sein ... Aber ich kann mir nicht vorstellen, dass das so schlimm sein soll.“	z. T. Change-Talk
ZA: „Sie meinen, was soll ein einziges Brötchen schon schaden.“	überzogene Reflexion
Pat.: „Naja, es ist ja nicht nur das Brötchen, sondern viele kleine Dinge über den Tag hinweg. Dann gibt's hier mal einen Kuchen oder da mal ein Stück Schokolade. (überlegt) Ich sollte da aber eigentlich wirklich mehr aufpassen ... ich habe keine Lust, nachher mit so einem diabetischen Fuß aufzuwachen.“	z. T. Change-Talk
ZA: „Klingt so als hätten Sie einerseits wirklich Schwierigkeiten, eine kohlenhydratarme Ernährung über den Tag hinweg einzuhalten. Und andererseits graust es Ihnen auch vor den Konsequenzen.“	doppelseitige Reflexion der Ambivalenz
Pat.: „Ja, das wäre ja schlimm, die Augen können ja auch noch betroffen werden.“	Change-Talk
ZA: „Also, das macht Ihnen Sorgen, dass der Diabetes am Fuß nicht halt macht.“	Reflexion
Pat.: „Natürlich! Fehlt nur noch, dass Sie mir sagen, dass die Zähne davon auch ausfallen.“	Change-Talk
ZA: „Das ist leider in gewisser Weise der Fall. Auch Ihr Zahnhalteapparat wird durch einen zu hohen HbA <sub>1c</sub> negativ beeinflusst.“	Information
Pat.: „Das habe ich befürchtet. Ich glaube, ich muss doch wieder zum Doktor. Das kann ja so nicht weitergehen.“	Change-Talk
ZA: „Das ist eine gute Idee, ich glaube auch, das wäre wirklich wichtig für Sie! Und wenn Sie dort die richtige Unterstützung für einen gut eingestellten Blutzucker bekommen, können wir Ihnen mit Ihren Zähnen viel besser helfen.“	Bestätigung/Würdigung des Patienten
Pat.: „Ich werde mir Anfang der Woche einen Termin geben lassen.“	

allem aus dem Bereich der Zahnerhaltung und Parodontologie (Tab. 11).

In Tab. 11 hört man gleich zu Beginn die Ambivalenz bzw. die Unzufriedenheit der Patientin mit dem HbA<sub>1c</sub> Wert heraus („Ja, der könnte besser liegen...“). Stellt man sich in diesem Beispiel eine anweisende ärztliche Kommunikation vor („Oh, da müssen Sie auf jeden Fall was machen!“), kann man sich weiter vorstellen, dass viele der in diesem Gespräch gewonnenen Informationen vielleicht gar nicht zur Sprache gekommen wären. Interessanterweise hat die Patientin ein genaues Gespür für ihren gesundheitlichen Weg, sodass der Zahnarzt ihr nur *reflektierend folgen* muss. Die an einer Stelle durch den Zahnarzt reflektierte Ambivalenz (Schwierigkeit der Ernährung/Angst vor Konsequenzen) entscheidet die Patienten zugunsten eines Change-Talks, dass sie etwas ändern muss. Falls in diesem Fall das Gespräch noch länger gewesen wäre, hätte der Zahnarzt auch fragen können, ob er das Thema bei einer der nächsten Sitzungen wieder thematisieren kann.

Das Beispiel in Tab. 12 zeigt einen möglichen Einstieg in ein zahnärztliches Gespräch zur Raucherentwöhnung mit einem eher konventionellen, nicht ganz MI-adhärenten Beginn unter Verwendung mehrerer geschlossener Fragen. Man bemerke, dass nach den geschlossenen Fragen der Fokus des Patienten eigentlich auf der negativen Seite lag („aber das ist nicht das einfachste, gell“), vom Zahnarzt aber die *positive Aussage* des Patienten *gespiegelt* und verstärkt wird („Natürlich?“), um weiteren *Change-Talk* hervorzulocken und den Patienten den Change-Talk dann weiter explorieren zu lassen („Warum wollten Sie aufhören?“). Alternativ wäre hier auch eine *doppelte Reflexion* möglich: „Es ist nicht so einfach, das umzusetzen, aber es gab schon mal den Gedanken, evtl. aufzuhören“. Man kann sich auch bei diesem Beispiel gut vorstellen, wie schnell eine anweisende ärztliche Kommunikation das Gespräch verhärtet oder verkürzt hätte.

Im Falle eines extrem negativ eingestellten Patienten lässt sich ein Gespräch auch immer auf einen *späteren Zeitpunkt* verschieben. Im Gesprächsbeispiel in Tab. 13 befindet sich der Patient aktuell tatsächlich in stabiler Absichtslosigkeit. Die *überzogene Reflexion* war ein Versuch, dies auszuloten. Bei Vorliegen erster Anzeichen von Ambivalenz hätte sich durch dieses Reflexionsangebot evtl. eine erste Ambivalenzäußerung hervorlocken lassen („Na, was heißt schon ‚kein Problem‘ – aber ich rauche halt gerne und mag da jetzt nicht groß drüber reden.“). Bei einer derart geringen Veränderungsabsicht ist die Indikation zur weiteren Explo-

Tabelle 12

## Gesprächssequenz zur Raucherentwöhnung.

Äußerung	Kategorie
ZA: „Rauchen Sie?“ Pat.: „Ja.“	geschlossene Frage
ZA: „Ok, und wie viel rauchen Sie so?“ Pat.: „Naja, so eine Schachtel wird's schon sein.“	geschlossene Frage
ZA: „Eine Schachtel. Und seit wie lange schon?“ Pat.: „Oje, da muss ich überlegen ... 10 Jährchen werden's wohl schon sein.“	geschlossene Frage
ZA: „Ok. Und haben Sie sich in der Zeit schon mal überlegt, mit dem Rauchen aufzuhören?“ Pat. (lacht): „Tja, natürlich, aber das ist nicht das Einfachste, gell!“	geschlossene Frage
ZA: „Natürlich? Warum wollten Sie denn aufhören?“	offene Frage
Pat.: „Naja, für die Lungen ist das ja nicht gerade förderlich. Und Geld kostet's auch noch.“	Change-Talk
ZA: „Also aus gesundheitlichen Gründen und des Geldes wegen.“	Reflexion
Pat.: „Ja, und meine Frau beklagt sich immer, dass das Auto dann so riecht.“	Change-Talk
ZA (verschmitzt): „Also, da macht Ihnen Ihre Frau auch noch Druck.“ Pat.: „Ja, genau.“	Reflexion
ZA: „Wäre das in Ordnung für Sie, im Laufe der Behandlung noch mal über das Thema Rauchen zu sprechen?“ Pat.: „Natürlich. Aber versprechen Sie sich nicht zuviel davon.“ ZA: „Ok, prima, dann würde ich jetzt gern weitermachen mit ...“	Einverständnis einholen, zeitliche Gliederung

Tabelle 13

## Gesprächsbeispiel zur Raucherentwöhnung bei einem sehr negativ eingestellten Patienten.

Äußerung	Kategorie
ZA: „Haben Sie sich schon einmal überlegt, mit dem Rauchen aufzuhören?“	geschlossene Frage
Pat.: „Ich rauche gern. Wir brauchen da eigentlich nicht weiter drüber sprechen.“	Sustain-Talk/Widerstand
ZA: „Das Rauchen ist für Sie kein Problem und Sie möchten dazu auch nicht weiter behelligt werden.“ Pat.: „Genau.“	überzogene Reflexion
ZA: „Ok, dann sprechen wir nicht weiter darüber. Wäre es in Ordnung für Sie, wenn ich Sie beim nächsten Kontrolltermin dazu noch mal frage?“ Pat.: „Tun Sie was Sie nicht lassen können.“	Einverständnis einholen, zeitliche Gliederung

**Merke:** In Fällen von negativ eingestellten Patienten mit stabiler Absichtslosigkeit ist es besser, zunächst eine vertrauensvolle Zahnarzt-Patienten-Beziehung herzustellen, in der der Patient einen Raum hat, in dem er sich öffnen kann.

Das Beispiel in Tab. 14 zeigt eine Möglichkeit, ein *Motivationsgespräch* bezüglich der Mundhygiene zu führen. Zu beachten ist, dass die Rückmeldung über den Status quo der Mundhygiene erst nach *Erlaubnis* durch den Patienten und zunächst mit einer *positiven Rückmeldung* erfolgt. Die Durchführung der Mundhygiene ist für viele Patienten immer noch ein mit Scham belegtes Thema, und häufig reduzieren Patienten den Zahnarztbesuch auf die Interaktion zur Mundhygiene („Er hat gesagt, ich soll mal wieder besser putzen.“). Des Weiteren erfolgt nur ein *Feedback* über den zu verbessernden Befund („Im Bereich der Zahnzwischenräume allerdings findet sich regelmäßig Zahnbelag.“), ohne dass darauf gleich eine Anweisung (z. B. „Da müssen Sie besser reinigen.“) folgt. Der Zahnarzt könnte mit dieser direktiven Anweisung die Thematik beenden und dann weiter machen. Die alleinige Rückmeldung des Befundes gibt dem Patienten jedoch die Zeit zum Reagieren und zum Kommentieren des Befundes. In diesem Fall besteht ein schon gutes Zahnarzt-Patienten-Verhältnis, sodass der Patient bemüht ist, einen *Lösungsvorschlag* zu geben.

ration nur fraglich gegeben und hätte auch nur geringe Erfolgsaussichten, da die Beziehung zwischen Zahnarzt und Patient augenscheinlich noch nicht wirklich etabliert ist. Die Gründe dafür können in vorherigen Arztbesuchen oder in anderweitigen Erfahrungen liegen.

Tabelle 14

## Gesprächsbeispiel zur Motivation in der Mundhygiene.

Äußerung	Kategorie
ZA: „Wäre es in Ordnung für Sie, über Ihre Mundhygiene zu sprechen?“ Pat.: „Natürlich. Sieht diese nicht so gut aus?“	eingehendes Einverständnis zum Gespräch
ZA: „Also, auf den Glattflächen erreichen Sie eine sehr gute Reinigung. Da ist so gut wie kein Belag. Im Bereich der Zahnzwischenräume allerdings findet sich regelmäßig Zahnbelag.“	Der Zahnarzt gibt zuerst ein positives Feedback und stellt dann den zu verbessernden Befund.
Pat.: „Oh, dann sollte ich vielleicht doch öfter die Zahnseide anwenden, oder?“	Patient spricht von sich aus Verhaltensänderung an (Change-Talk).
ZA: „Das wäre natürlich eine prima Sache! Wie oft kommen Sie denn momentan dazu?“ Pat.: „Naja, wenn ich ehrlich sein soll ... vielleicht so zweimal die Woche?“	Würdigung/geschlossene Frage
ZA: „Also, zweimal in der Woche schaffen Sie das schon?“	Reflexion und Betonung des positiven Aspekts (Reframing)
Pat.: „Ja, aber augenscheinlich reicht das ja nicht ... Wahrscheinlich sollte ich das einmal täglich machen, oder?“	Change-Talk und Frage an Experten
ZA: „Einmal täglich wäre die von den Fachgesellschaften empfohlene Häufigkeit. Aber ich weiß ja nicht, ob das für Sie machbar ist.“	Information und offene Frage
Pat.: „Also, wenn mich das wirklich nach vorne bringt, mach ich das!“	Change-Talk/Selbstverpflichtung
ZA: „Das finde ich klasse, dass Sie da so aufgeschlossen sind! Was würde Ihnen helfen, die tägliche Anwendung auch auf Dauer zu schaffen?“	Würdigung und offene Frage Fokus auf den positiven Aspekt
Pat.: „Gute Frage! (überlegt) Also, ich kann's ja so machen, dass ich die Zwischenräume vor dem Zähneputzen reinige und mir erst dann die Zähne putzen darf. Dann vergess' ich das nicht.“	Change-Talk, Zielformulierung durch den Patienten
ZA: „Das finde ich eine tolle Idee! Dass Sie erst putzen dürfen, wenn Sie die Zwischenräume gereinigt haben.“ Pat.: „Ja, das könnte funktionieren.“	Würdigung und Kooperation
ZA: „Sie sagen ‚könnte‘?“ Pat.: „Ich kenn mich ja... ich mach das dann zwei Wochen und dann werd ich wieder nachlässig.“	Reflexion zur Exploration des Hindernisses

Tabelle 14

## Gesprächsbeispiel zur Motivation in der Mundhygiene (Fortsetzung).

Äußerung	Kategorie
ZA: „Zwei Wochen ist ja schon eine lange Zeit! Was würde Ihnen helfen, dass Sie danach weiter machen?“ Pat.: (lacht) „Naja, eigentlich müsste ich dann von Ihnen wieder hören, dass ich so weiter machen soll.“ ZA: „Ok, wenn Ihnen das helfen würde, lade ich Sie gerne in zwei Wochen zu einem kleinen Kontrolltermin ein und schau mir an, wie gut Sie gearbeitet haben. Was halten Sie davon?“ Pat.: (lacht) „Wirklich? (überlegt) Also gut, warum nicht!“ ZA: „Prima!“	Würdigung/Reframing und offene Frage

Im Weiteren folgt der Zahnarzt dem Patienten *wertschätzend* und unterstützt die Lösungsfindung mit offenen Fragen (Tab. 15). Interessant an diesem Beispiel ist die flexibel getroffene Lösung, dass der Patient in zwei Wochen noch einmal vorstellig wird, um ein weiteres Feedback zu erhalten.

**Merke:** Die Vermeidung von anweisenden Elementen und der Evokation von Zielen führt in der Regel oft zu sehr individuellen Lösungen und bereichert die Vielfältigkeit in der zahnärztlichen Kommunikation.

Bezüglich der Motivation zur Mundhygiene lässt sich allerdings auch eine eingangs erwähnte Schwierigkeit der vollständigen Umsetzung von Motivierender Gesprächsführung in der Zahnmedizin erkennen, da die Motivierung und die Instruktion durch dieselbe Person (Zahnarzt oder Prophylaxe kraft) erfolgen und mit der Instruktion in der Regel auch anweisende Kommentare verbunden sind (Prophylaxe kraft demonstriert Anwendung von Interdentalraumbürsten vor dem Spiegel mit dem Patienten: „Schauen Sie, da hinten ist eine schwierig zu reinigende Stelle. Da würde ich Ihnen empfehlen, das Bürstchen leicht zu biegen.“). Hilfreich ist es, diese Rückmeldungen und Anweisungen mit zuvor *erfragter Erlaubnis* zu geben („Darf ich Ihnen ein paar Tipps in der Anwendung zu den Bürstchen geben?“), sodass der Patient immer in die Anweisung einwilligt. Zu beachten ist, dass dies lediglich den motivationalen Aspekt der Mundhygiene anspricht. Ma-

nuelle Fertigkeiten, Techniken und die notwendigen Mundhygieneutensilien sind von genau so großer Bedeutung.

Die Eingangsfrage „Wäre das in Ordnung für Sie?“ ist eine gute Möglichkeit, sich als Therapeut vorsichtig und Widerstand vermeidend zu nähern. Kaum ein Patient wird die Frage verneinen und das folgende Einverständnis sichert die Gesprächsbegründung sowie den Gesprächsverlauf.

## Fazit

Eine präventiv orientierte und kausal-therapierende Zahnmedizin sollte auch verhaltensbedingte Risikofaktoren adressieren. Die Methode der Motivierenden Gesprächsführung (Motivational Interviewing, MI) stellt eine evidenzbasierte Gesprächsmethode dar, Patientenverhalten positiv zu beeinflussen. Unter Berücksichtigung eines geeigneten zeitlichen und strukturellen Rahmens lassen sich viele Elemente des MI gut in der zahnärztlichen Praxis für unterschiedlichste Verhaltensfaktoren (Mundhygiene, Rauchen, Wahrnehmen des Recalls, Ernährung etc.) einsetzen.

## Danksagung

Danke an Kristina Holst und Andreas Jähne für ihre Anregungen.

**Tabelle 15**

Beispielsätze, die in der Anwendung des MI hilfreich sein können.

Kategorie	Äußerung
offene Fragen	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ „Sie bekommen vom Arzt bestimmt immer zu hören, dass Sie mit dem Rauchen aufhören sollten. Mich würde aber interessieren, was Sie darüber denken?“</li> <li>■ „Darf ich Sie fragen, warum haben Sie schon mal überlegt, mit dem Rauchen aufzuhören?“</li> <li>■ „Wie betreiben Sie momentan Mundhygiene?“</li> <li>■ „Wie könnte ein nächster Schritt aussehen?“</li> <li>■ „Was würde Ihnen dabei helfen?“</li> <li>■ „Was meinen Sie, wie könnten Sie die Therapie optimal unterstützen?“</li> </ul>
zeitliche Gliederung	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ „Wäre das in Ordnung, wenn wir das Thema ... am Ende einmal kurz besprechen?“</li> <li>■ „Wäre das für Sie in Ordnung, wenn ich Sie in den nächsten Sitzungen wieder danach frage?“</li> </ul>
Bestätigung/ Würdigung	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ „Ich finde es klasse, dass Sie so offen darüber sprechen können!“</li> <li>■ „Das ist kein einfaches Thema für Sie und Sie schaffen es trotzdem, sich damit auseinanderzusetzen.“</li> </ul>

## Über die Autoren

### Johan Wölber



Dr. med. dent., 2007 Staatsexamen Zahnmedizin an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau. 2007 Assistenz Zahnarzt in Praxis Dr. Wölber, Dr. Intrau, Meldorf. Seit 2007 Assistenz Zahnarzt und Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Abteilung für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie des Universitätsklinikums Freiburg im Breisgau. 2010 Promotion. 2010 Oral-B blend-a-med Prophylaxepreis 2010 unter Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde. 2012 Curriculum „Zahnärztliche Hypnose und Kommunikation“ (DGZH e.V.). 2012 Mitarbeit beim Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Zahnmedizin (NKLZ) der DGZMK/VHZMK im Bereich Prävention. 2013 Tagungsbestpreis der Jahrestagung des Arbeitskreises für Psychosomatik und Psychologie in der DGZMK (AKPP). 2013 Early Career Excellence in Dental Education Award der European Association for Dental Education (ADEE), verliehen auf der 39. ADEE Annual Meeting, 28.–31. August 2013, Birmingham, UK.

### Katrin Frick



Dipl.-Psych. Seit 2009 Fachliche Leitung an der Deutschen Psychologen Akademie des Berufsverbandes Deutscher Psychologen, Berlin. Seit 2003 Freiberufliche Dozententätigkeit: Motivational Interviewing, klientenzentrierte Gesprächsführung, Focusing, alkoholismusspezifische Psychotherapie.

1994–2000 Studium der Psychologie an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. 1993–1997 Weiterbildung Klientenzentrierte Gesprächsführung und Personenzentrierte Beratung (AKT Siegen). 2001–2002 Psychotherapeutische Tätigkeit an der Rehabilitationsklinik Hüttenbühl der BfA Bad Dürkheim. 2002–2008 Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universitätsklinik Freiburg, Abteilung für Psychiatrie, Schwerpunkt Suchtforschung.

## Literatur

- 1 Genco RJ, Borgnakke WS. Risk factors for periodontal disease. *Periodontol* 2000 2013; 62: 59–94
- 2 Dunn C, Deroo L, Rivara FP. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction* 2001; 96: 1725–1742
- 3 Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T et al. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 305–312
- 4 Jönsson B, Ohrn K, Oscarson N et al. The effectiveness of an individually tailored oral health educational programme on oral hygiene behaviour in patients with periodontal disease: a blinded randomized-controlled clinical trial (one-year follow-up). *J Clin Periodontol* 2009; 36: 1025–1034
- 5 Yevlahova D, Satur J. Models for individual oral health promotion and their effectiveness: a systematic review. *Aust Den J* 2009; 54: 190–197
- 6 Brueck RK, Frick K, Loessl B et al. Psychometric properties of the German version of the Motivational Interviewing Treatment Integrity Code. *J Subst Abuse Treat* 2009; 36: 44–48
- 7 Frick KM, Brueck R. Kurzinterventionen mit motivierender Gesprächsführung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2010
- 8 Miller WR, Rollnick S. Motivierende Gesprächsführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus; 2004
- 9 Rosengren DB. Arbeitsbuch motivierende Gesprächsführung. Trainingsmanual. Lichtenau/Westfalen: Probst; 2012
- 10 Rogers CR. Client-centered Therapy: Its current Practice, Implications and Theory. Boston: Houghton Mifflin; 1951
- 11 Priebe S, McCabe R. Therapeutic relationships in psychiatry: the basis of therapy or therapy in itself? *Int Rev Psychiatry* 2008; 20: 521–526
- 12 Grawe K. Psychological Therapy. Cambridge, Mass.: Hogrefe and Huber; 2004
- 13 Miller WR, Rollnick S. Ten things that motivational interviewing is not. *Behav Cogn Psychother* 2009; 37: 129–140
- 14 Körkel J, Veltrup C. Motivational Interviewing: Eine Uebersicht. *Motivational interviewing: An overview. Suchttherapie* 2003; 4: 115–124
- 15 Miller W, Benefield G, Tonigan J. Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61: 455–461
- 16 Deci EL, Ryan RM. Intrinsic Motivation and Self-Determination in human Behavior. New York: Plenum; 1985
- 17 Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Educ Behav* 2004; 31: 143–164
- 18 Macnee CL, Talsma A. Predictors of progress in smoking cessation. *Public Health Nurs* 1995; 12: 242–248
- 19 Gao X, Lo EC, Kot SC et al. Motivational interviewing in improving oral health: a systematic review of randomized controlled trials. *J Periodontol* 2014; 85: 426–437
- 20 Lundahl B, Moleni T, Burke BL 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
- 21 Renz A, Ide M, Newton T et al. Psychological interventions to improve adherence to oral hygiene instructions in adults with periodontal diseases. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 2: CD005097
- 22 Harrison R, Benton T, Everson-Stewart S et al. Effect of motivational interviewing on rates of early childhood caries: a randomized trial. *Pediat Dent* 2007; 29: 16–22
- 23 Weinstein P, Harrison R, Benton T. Motivating mothers to prevent caries: confirming the beneficial effect of counseling. *J Am Den Assoc* 2006; 137: 789–793
- 24 Jönsson B, Ohrn K, Lindberg P et al. Evaluation of an individually tailored oral health educational programme on periodontal health. *J Clin Periodontol* 2010; 37: 912–919
- 25 Stenman J, Lundgren J, Wennström JL et al. A single session of motivational interviewing as an additive means to improve adherence in periodontal infection control: a randomized controlled trial. *J Clin Periodontol* 2012; 39: 947–954
- 26 Woelber JP, Spann-Aloge N, Hanna G. Einfluss von Motivational Interviewing auf die Mundhygiene von Parodontitispatienten – erste Ergebnisse einer randomisierten, kontrollierten Studie. *Parodontologie* 2013; 24: 332
- 27 Ramseier CA, Warnakulasuriya S, Needleman IG et al. Consensus Report: 2nd European Workshop on Tobacco Use Prevention and Cessation for Oral Health Professionals. *Int Dent J* 2010; 60: 3–6
- 28 Schoonheim-Klein M, Gresnigt C, van der Velden U. Influence of dental education in motivational interviewing on the efficacy of interventions for smoking cessation. *Eur J Dent Educ* 2013; 17: e28–e33
- 29 Hagenow F. Zahnbehandlungsangst: Evaluation eines Trainingskurses für Zahnärzte zum Umgang mit ängstlichen Patienten. Saarbrücken: Akademikerverlag; 2012

### Weiterführende Literatur

- 30 Frick KM, Brueck R. Kurzinterventionen mit Motivierender Gesprächsführung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2010
- 31 Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68: 438–450
- 32 Miller W, Rollnick S. Motivierende Gesprächsführung. Freiburg: Lambertus; 2004
- 33 Noonan WC, Moyers TB. Motivational interviewing. *J Subst Misuse* 1997; 2: 8–16

### Internetadressen

- 34 <http://www.motivationalinterviewing.org>

### Korrespondenzadresse

Dr. Johan Wölber  
 Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde  
 Abteilung für Zahnerhaltung und Parodontologie  
 Universitätsklinikum Freiburg  
 Hugstetter Str. 55  
 79106 Freiburg  
 Telefon: 07 61/2 70-4 73 10  
 E-Mail: [johan.woelber@uniklinik-freiburg.de](mailto:johan.woelber@uniklinik-freiburg.de)

# CME-Fragen

CME.thieme.de

## CME-Teilnahme

- ▶ Viel Erfolg bei Ihrer CME-Teilnahme unter <http://cme.thieme.de>
- ▶ Diese Fortbildungseinheit ist 12 Monate online für eine CME-Teilnahme verfügbar.
- ▶ Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, unter <http://cme.thieme.de/hilfe> finden Sie eine ausführliche Anleitung.

<b>1</b>	Was gehört nicht zu den zentralen Prinzipien des Motivational Interviewing?	<ul style="list-style-type: none"> <li>A Widerstand umlenken</li> <li>B Selbstwirksamkeit fördern</li> <li>C Akzeptanz des ärztlichen Ratschlags</li> <li>D Diskrepanzen zwischen Verhalten und persönlichen Zielen entwickeln</li> <li>E Empathie ausdrücken</li> </ul>
<b>2</b>	Welche Strategien sind kein Bestandteil der Motivierenden Gesprächsführung?	<ul style="list-style-type: none"> <li>A Zusammenfassungen</li> <li>B offene Fragen stellen</li> <li>C Change-Talk hervorrufen</li> <li>D aktives Zuhören</li> <li>E konfrontieren</li> </ul>
<b>3</b>	Welche Aussage ist falsch?	<ul style="list-style-type: none"> <li>A MI ist eine Kommunikationsmethode zur Förderung intrinsischer Motivation.</li> <li>B MI ist eine nondirektive Gesprächsintervention.</li> <li>C MI versucht, Veränderungsziele beim Patienten hervorzulocken anstatt sie vorzugeben.</li> <li>D MI ist eine evidenzbasierte Methode, deren Wirksamkeit in verschiedenen Bereichen von Gesundheitsverhalten belegt ist.</li> <li>E MI basiert auf einer personenzentrierten Grundhaltung.</li> </ul>
<b>4</b>	Welche Verhaltensweisen eignen sich nicht zum Evozieren und Verstärken von Change-Talk oder Confidence-Talk?	<ul style="list-style-type: none"> <li>A Offene Fragen stellen.</li> <li>B Vom Patienten geäußerte Nachteile des aktuellen Verhaltens reflektieren.</li> <li>C Selbsteinschätzungsratings explorieren.</li> <li>D Vom Patienten geäußerte Gründe, die für eine Verhaltensänderung sprechen, reflektieren.</li> <li>E Für eine Veränderung argumentieren.</li> </ul>
<b>5</b>	Welche Aussage ist falsch?	<ul style="list-style-type: none"> <li>A MI versucht, durch spezifische Gesprächstechniken Change-Talk hervorzurufen und zu verstärken.</li> <li>B MI basiert auf einer autonomieorientierten partnerschaftlichen Grundhaltung.</li> <li>C MI bevorzugt offene Fragen, die zur Exploration einladen.</li> <li>D MI empfiehlt eine effiziente Gesprächstechnik mit strukturierenden geschlossenen Fragen.</li> <li>E Wesentlicher Bestandteil im MI ist es, die Selbstwirksamkeitserwartung zu fördern.</li> </ul>
<b>6</b>	Welche Aussage zur Anwendung von MI in der zahnärztlichen Praxis ist richtig?	<ul style="list-style-type: none"> <li>A MI kann gut 1 : 1 aus dem psychologischen Setting der Zahnheilkunde angewendet werden.</li> <li>B MI kann ethisch einwandfrei zur Motivation für ästhetische Leistungen angewendet werden.</li> <li>C Direktive Anweisungen durch den Zahnarzt verlängern die Gesprächszeit.</li> <li>D MI kann zeitlich begrenzt für bestimmte Themen im zahnärztlichen Gespräch benutzt werden.</li> <li>E Reflexionen im Sinne des MI sind gedankliche Überlegungen des Zahnarztes.</li> </ul>

# CME-Fragen

Motivierende Gesprächsführung in der zahnärztlichen Therapie

7

Welche Aussage zur derzeitigen Evidenz der Anwendung von MI ist richtig?

- A Studien zeigen keine Evidenz für die Anwendung von MI in der Zahnmedizin.
- B Studien zeigen eine sehr hohe Evidenz für die Wirksamkeit von MI in der Motivation zur Mundhygiene.
- C Die Evidenz zur Wirksamkeit von MI zu zahnmedizinischen Themen ist noch als gering einzustufen.
- D Die meisten Studien in der Zahnmedizin stammen aus dem Bereich der Kieferorthopädie.
- E Es gibt noch keine Metaanalysen zur Wirksamkeit von MI.

8

Welche Aussage zu den verhaltensbedingten Risikofaktoren in der Zahnmedizin ist richtig?

- A Der Zahnarzt kann den Patienten motivieren, sich zur Raucherentwöhnung an eine weiterführende Einrichtung zu wenden (Krankenkasse, ärztliche Einrichtung).
- B Die Ätiologie der Parodontitis ist vor allem genetisch bedingt und kann damit nicht moduliert werden.
- C Die Mundhygiene ist der alleinige präventive Faktor innerhalb der Zahnerhaltung.
- D Direktive Anweisungen durch den Zahnarzt fördern die Zahnarzt-Patienten-Beziehung.
- E Verhaltensbedingte Risikofaktoren sind nicht beeinflussbar.

9

Welche Aussage zur Anwendung von MI in der zahnärztlichen Therapie ist richtig?

- A Das Herausarbeiten der Ambivalenz im Patientenverhalten ist eine einfach umzusetzende Methode im MI.
- B Offene Fragen und Reflexionen sind einfach umzusetzende Methoden von MI.
- C Grundlage für MI ist ein paternalistisches Zahnarzt-Patienten-Verhältnis.
- D Patienten können in der Regel keine eigenen Lösungen zu Problemen formulieren.
- E Die Anwendung von Skalen im MI ist in der Zahnmedizin nicht möglich.

10

Welche der folgenden Fragen ist eine geschlossene Frage?

- A „Wie denken Sie über Ihre Mundhygiene?“
- B „Treiben Sie Sport?“
- C „Was halten Sie von Rauchfreiheit?“
- D „Warum betreiben Sie Mundhygiene?“
- E „Weshalb haben Sie schon einmal überlegt, mit dem Rauchen aufzuhören?“