

L. Dehne¹, Th. Schneller¹

Unterscheidung von Prophylaxe-Patienten hinsichtlich ihrer Motivierbarkeit und Mitarbeitsbereitschaft



L. Dehne

Differentiation of prophylaxis patients with respect to their motivation and readiness to change

Einleitung: Anhand von 5 Fragen zu ihren Mundpflegegewohnheiten und zu beabsichtigten Änderungen dieses Verhaltens wird eine Klassifizierung auf die 5 Stufen des Transtheoretischen Modells (TTM) versucht. Durch 3 weitere Fragen (Häufigkeit der Zahnarztbesuche, Inanspruchnahme von professioneller Zahnreinigung, Wahrnehmung eigener oraler Probleme) wird geprüft, ob die Stufeneinteilung hinreichend valide ist und somit das TTM zur Klassifikation zahnärztlicher Prophylaxe-Patienten geeignet erscheint.

Ergebnisse: 522 Patienten aus 10 verschiedenen Zahnarztpraxen (Durchschnittsalter: 42 J.; SD = 15,6; 61,8 % weiblich) ließen sich gut auf die TTM-Stufen einteilen (34 % auf die Stufen der Absichtslosigkeit bzw. Absichtsbildung; 23 % Vorbereitungsstufe, 14 % Handlungsstufe; 29 % Stufe der Aufrechterhaltung). Die Validitätsprüfung ergab einleuchtende Zusammenhänge zwischen der gefundenen Stufeneinteilung und den Abständen zwischen den zahnärztlichen Kontrollbesuchen sowie der Wahrnehmung von professionellen Zahnreinigungen.

Diskussion: Die Einteilung der Patienten auf die 5 Stufen der Veränderungsbereitschaft ist auch in der Zahnmedizin möglich. Dadurch können Patienten auf jeweils gleicher Stufe mit ähnlichen Verhaltensweisen, Gefühlen und Gedanken gezielter angesprochen und prophylaktisch betreut werden. (Dtsch Zahnärztl Z 2012, 67: 248–253)

Schlüsselwörter: Gesundheitspsychologie, Transtheoretisches Modell, Individualprophylaxe, Motivierbarkeit, Mitarbeitsbereitschaft

Introduction: It shall be examined whether the transtheoretical model (TTM) is suitable for classifying the degree of motivation for preventive behaviour of dental patients.

Material and Methods: Patients from 10 dental practices were asked to complete a self developed questionnaire assessing their attitudes and their oral health behaviour. 5 questions were used for classifying patients into a system depicting their motivation for oral prevention. The remaining questions were used for determining the validity of the classification system.

Results: 522 patients (mean age 42 yrs; SD = 15.6; 61.8 % females) completed the questionnaire. 34 % were classified as having no intention or as being ambivalent, 23 % were in a preparatory stage, 14 % were about to change their behaviour, and 29 % were practising new oral health behaviours for at least 6 months.

Discussion: Classifying patients according to 5 steps of readiness for change has proven to be useful also in dentistry. These steps may facilitate preventive work with patients. On the lower levels emotional-cognitive strategies are useful while action-oriented ones are helpful at the higher levels.

Keywords: health psychology, transtheoretical model, dental prophylaxis, motivation, readiness to change

¹ Lehr- und Forschungseinheit für Medizinische Psychologie (Leitung: Prof. Dr. K. Lange), Arbeitsbereich Zahnmedizinische Psychologie, Medizinischen Hochschule Hannover
Peer-reviewed article: eingereicht: 15.02.2010, revidierte Fassung akzeptiert: 10.09.2011
DOI 10.3238/dzz.2012.0248-0253

Einleitung

Im Rahmen der Anamnese bzw. Mundpflegeanamnese fragt der Zahnarzt bzw. die Prophylaxe-Assistentin (ZMP, DH) den Patienten nach seinem Mundpflegeverhalten, z. B. wie oft und lange er putzt oder welche Hilfsmittel er zur Zahnpflege einsetzt. Je nach Antwort und aufgrund der oralen Untersuchung wird dann – meist intuitiv – entschieden, ob und in welchem Ausmaß prophylaktische Empfehlungen gegeben oder Maßnahmen (z. B. PZR) empfohlen werden.

Es gibt kaum Untersuchungen dazu, wie die dazugehörigen Entscheidungsprozesse ablaufen, warum wann welche Empfehlungen gegeben und welche Prophylaxemaßnahmen angeordnet werden und wie die oft zitierte „Motivation“ und „Remotivation“ im Einzelnen durchgeführt werden.

Hinsichtlich der Ergebnisse zum Erfolg der häuslichen Mundpflege geben die Deutschen Mundgesundheitsstudien (DMS III und IV) des Instituts der Deutschen Zahnärzte [2, 4] und die epidemiologischen Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege [5–7] eindeutig Auskunft: trotz deutlicher Verbesserungen in einzelnen Bereichen, z. B. bei Kindern, bleiben die Neuerkrankungsraten an Karies und Parodontitis auf einem hohen Niveau.

In dieser Studie soll anhand eines Modells aus der Gesundheitspsychologie geprüft werden, ob mit wenigen Fragen zur persönlichen Durchführung der Mundhygiene und der Risikowahrnehmung vom Zahnarzt oder von der ZMP bestimmt werden kann, auf welcher Motivationsstufe sich ein Patient befindet. Wenn man korrekt zuordnen kann, ob ein Patient sein Erkrankungsrisiko erkennt und seine Bereitschaft signalisiert, an einer Verbesserung seiner Mundpflege arbeiten zu wollen – oder eben nicht –, kann er zielgenauer angesprochen, motiviert und instruiert werden.

Nach dem präventiven Interventionsmodell von *Weinstein* et al. [13] zählen das Erkennen des Patienten, ein zahnmedizinisches Problem zu haben (Risikowahrnehmung) und die Entwicklung einer Bereitschaft, daran arbeiten zu wollen (Mitarbeitsbereitschaft), zu den Grundpfeilern jeder erfolgreichen Prophylaxe.



Abbildung 1 Die Stufen des Transtheoretischen Modells [vgl. 9].

Figure 1 The stages of the transtheoretical model.

(Abb. 1, 3–6 u. Tab. 1: L. Dehne, vgl. [1])

Die Gesundheitspsychologie bietet verschiedene Möglichkeiten Patienten zu beeinflussen, ihr Verhalten zu verbessern (*Renneberg & Hammelstein; Schwarzer*) [10, 12]. Ein aktuelles Modell für die Optimierung des Gesundheitsverhaltens ist das Transtheoretische Modell (TTM) [3, 8, 9]. Dieses Stufen- bzw. Stadienmodell geht von der Annahme aus, dass Menschen, die ein problematisches Gesundheitsverhalten aufweisen, eine ganz unterschiedliche Bereitschaft zu dessen Änderung mit sich bringen. Gelingt es, die Personen hinsichtlich ihrer motivationalen Ausgangslage in verschiedene Stufen bzw. Veränderungsstadien einzuteilen, kann man sie durch spezifische präventive Maßnahmen unterstützen, auf eine höhere Motivationsstufe zu kommen. Dabei unterscheiden sich die Stufen bzw. Stadien qualitativ, d. h. Personen in einem Stadium unterscheiden sich stark von denjenigen in anderen Stadien und kaum von Personen im eigenen Stadium. Die Unterschiede bestehen sowohl in Gedanken und Gefühlen als auch im Verhalten.

Eine Verhaltensänderung wird dabei als mehrstufiger Prozess aufgefasst, bei welchem der Patient von einer Motivationsstufe zur nächsten voranschreitet. Insgesamt definiert das TTM fünf Stufen von der Absichtslosigkeit bis zur Aufrechterhaltung eines neu erlernten Verhaltensmusters (Abb. 1).

1. Stufe der Absichtslosigkeit

Patienten auf dieser Stufe zeichnen sich durch eine unzureichende Zahnpflege aus. Sie haben noch nicht bewusst über ihre Mundgesundheit und ihr Zahnpflegeverhalten nachgedacht. Diesen Patienten scheinen ihre eigenen Zähne gleichgültig zu sein, da sie sich selbst nicht als Verantwortliche ihrer Mundgesundheit sehen. Sie haben nicht die Absicht, ihr Verhalten zu ändern, weil sie keinen Sinn darin sehen oder sich keinen Nutzen davon versprechen.

2. Stufe der Absichtsbildung

Auf dieser Stufe ahnen die Patienten, dass ihr Zahnpflegeverhalten nicht optimal ist. Sie sind unzufrieden mit ihrem Mundgesundheitszustand und sind offen für nützliche Informationen. Sie haben noch nichts unternommen, um ihr Verhalten zu ändern. Sie schweben in einem Ambivalenzkonflikt: guten Argumenten („pro“; Vorteile) wie gesunde und schmerzfreie Zähne zu haben stehen negative Argumente („kontra“; Barrieren) wie Zeitaufwand, Kosten oder mangelndes Selbstvertrauen entgegen.

3. Stufe der Vorbereitung

Patienten auf dieser Stufe haben ihr Problem erkannt und sind motiviert, ihr

Stufe	Häufigkeit Zahnputzen	Interdentalraumpflege	Verhaltensänderung	
Stufe 1	< 2 x tgl.	nein	bislang nicht geändert; Änderung nicht geplant	
Stufe 2	2 x tgl. oder weniger, evtl. adäquate Putztechnik*	nein	geplant	
Stufe 3	2-3 x tgl. oder weniger, evtl. adäquate Putztechnik	nein oder erste Versuche	Verhalten bereits verbessert	weitere Verbesserung geplant
Stufe 4	2-3 x tgl. adäquate Putztechnik	ja	optimale Pflege seit weniger als einem halben Jahr	
Stufe 5	2-3 x tgl. adäquate Putztechnik	ja	optimale Pflege seit länger als einem haben Jahr	

* Als adäquate Putztechnik werden folgende Antworten akzeptiert: Rot-Weiß-Technik; spezielle vom Zahnarzt empfohlene Putztechnik, wie die modifizierte Bass-Technik; elektrische Zahnbürste

Tabelle 1 Zuordnung der Mundhygiene in das Stufenschema des TTMs.

Table 1 Classification of oral hygiene into the stages of change

Absichtslosigkeit	Absichtsbildung	Vorbereitung	Handlung	Aufrechterhaltung
Emotional-kognitive Prozesse unterstützen				
Handlungsorientierte Strategien unterstützen				
Steigerung des Problembewusstseins				
Bewertung der Vorteile stärken				
Barrieren abbauen, Zweifel ausräumen				
Selbstwirksamkeit erhöhen				
Fremd- und Selbstverstärkung				

Abbildung 2 Anwendung unterschiedlicher Strategien zur Einstellungs- und Verhaltensänderung.

Figure 2 Different strategies to reach attitude and behaviour changes.

(Abb. 2: T. Schneller; in Anlehnung an Abb. 2 in Stefan Keller [Hrsg.]: Motivation zur Verhaltensänderung. Lambertus-Verlag, Freiburg 1999, S. 27, vgl. [3]).

Verhalten zu ändern. Sie haben eine feste Intention (Absicht) und ein Handlungsziel, das sie umsetzen möchten. Oftmals liegen schon erste Schritte vor, z. B. die Vereinbarung eines Prophylaxetermins bei ihrem Zahnarzt. Auf dieser Stufe des Aktivwerdens befinden sich die Patienten nur relativ kurze Zeit (Übergangsstufe).

4. Stufe der Handlung

Diese Stufe ist gekennzeichnet durch die Umsetzung der Intentionen und Pläne der vorhergehenden Stufen. Der Patient

versucht ein optimiertes Mundpflegeverhalten mit mindestens zweimal täglichem Zahnputzen mit einer adäquaten Putztechnik und Interdentalraumpflege auszuführen. Dieses Stadium ist als Lernphase zu betrachten, da der Patient zunächst einmal ausprobieren muss, welche Maßnahmen ihm zum Erreichen der besseren Zahnpflege angenehm sind und welche Erfolge sie mit sich bringen.

5. Stufe der Aufrechterhaltung

Auf dieser Stufe wird das neu erworbene Verhalten mindestens schon ein halbes

Jahr durchgeführt. Wie bei den zwei vorangegangenen Stufen handelt es sich noch um eine aktive Phase. Der Patient muss sich weiterhin um seine Mundhygiene bewusst bemühen, um einem Rückfall in alte Verhaltensweisen entgegen zu wirken. Erst danach hat er eine neue Gewohnheit aufgebaut, der ein neu entwickeltes Bedürfnis zugrunde liegt [11].

Das Transtheoretische Modell berücksichtigt, dass je nach erreichtem Stadium verschiedene Maßnahmen sinnvoll sind, um die notwendigen Einstellungs- und Verhaltensänderungen zu fördern. Für viele Patienten ist es zunächst notwendig, die Bereitschaft zur Änderung zu fördern, um dann im zweiten Schritt die konkrete Umsetzung zu planen.

Bestimmte Beeinflussungsstrategien werden für Patienten auf bestimmten Stufen angewendet. Emotional-kognitive Prozesse dienen der Bewusstmachung des Problems und finden auf den unteren Stufen Anwendung. Handlungsorientierte Strategien der Verhaltensmodifikation sind für die oberen Stufen drei bis fünf gedacht (vgl. Abb. 2).

Zahnarzt und ZMP sollten dem Patienten relevante Fragen bezüglich der Einstellung zur Mundhygiene und dem vorhandenen Pflegeverhalten stellen. Kann der Patient einer Stufe des TTMs zugeordnet werden, ist eine spezifische Motivierung und gezielte Anleitung

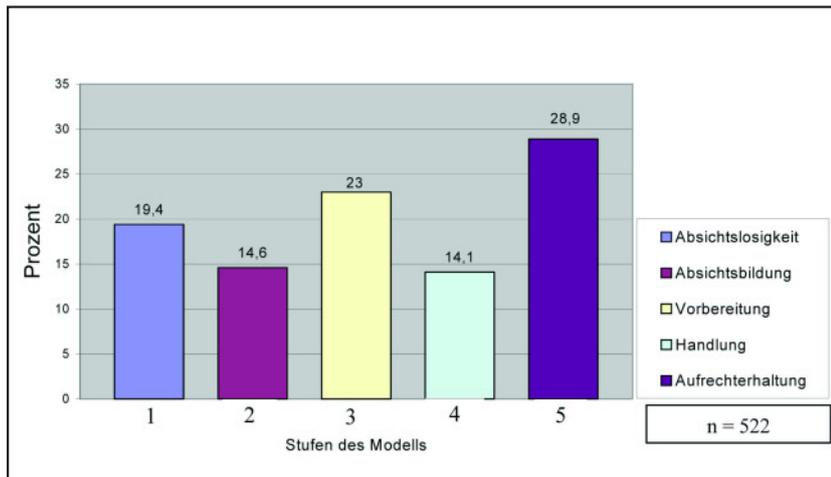


Abbildung 3 Prozentuale Verteilung der Patienten auf die fünf Stufen des TTMs.

Figure 3 Classification of dental patients on the 5 stages.

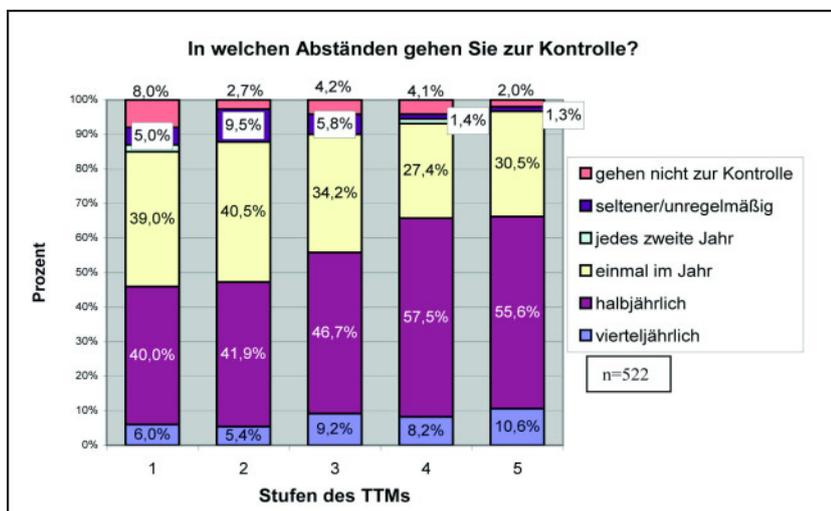


Abbildung 4 TTM-Stufeneinteilung hinsichtlich zahnärztlicher Kontrollbesuche.

Figure 4 Stages of change with regard to dental visits.

möglich [11]. Durch die Strukturierung des Änderungsprozesses in mehrere Schritte wird der Patient nicht mit zu vielen Instruktionen überfordert und dadurch demotiviert. Er lernt neue Zahnpflegemethoden nach und nach bis zu einer Mundpflegequalität, die für ihn auf Dauer durchführbar erscheint.

Somit kann bei Kenntnis der Motivationsstufe des Patienten und gezieltem Einsatz der passenden Änderungsstrategien Zeit und Aufwand gespart werden bei gleichzeitiger Effektivitätssteigerung.

Um zu untersuchen, ob sich die Patienten in ein solches Modell der Verhaltensänderung klassifizieren lassen, wurde eine Studie unter zahnärztlichen Praxisbedingungen durchgeführt.

Material und Methode

Um den Patienten einer bestimmten Stufe des TTMs zuordnen zu können, wird ein Algorithmus bestehend aus fünf Fragen gebildet.

- 1.) Wie oft putzen Sie gewöhnlich Ihre Zähne?
- 2.) Wenn Sie an Ihre Zahnpflege denken, wie bürsten Sie Ihre Zähne?
- 3.) Welche weiteren Zahnreinigungsmittel außer der Zahnbürste und der Zahnpasta benutzen Sie und wie häufig wenden Sie diese dann an?
- 4.) Haben Sie Ihr Zahnpflegeverhalten schon einmal in den letzten Jahren verbessert oder zu verbessern versucht?

5.) Haben Sie vor, demnächst Ihr Zahnpflegeverhalten zu ändern, indem Sie häufiger und gründlicher putzen oder weitere Zahnpflegeartikel verwenden?

Die Antworten werden in einer Tabelle den Stufen des TTMs zugeordnet (Tab. 1). Die genau vorgegeben Antwortmöglichkeiten und die Zuordnung in eine umfassende Tabelle finden Sie im Literaturverzeichnis unter [1].

Die Studie soll die Anwendbarkeit des beschriebenen Algorithmus unter Praxisbedingungen prüfen und somit die Zuordnung von zahnärztlichen Patienten auf die fünf Stufen des TTMs darstellen.

Ein Fragebogen zu den Mundhygieneverhaltensweisen und den Einstellungen zur Mundgesundheit wurde erstellt. Dieser wurde an einer Untersuchungsgruppe ($n = 26$) getestet. Von diesen Personen wurde auch der HI und PBI erhoben, um die im Fragebogen angegebenen Antworten (und damit der Stufeneinteilung) mit der tatsächlich ausgeführten Mundhygiene abzugleichen. Damit wurde die externe Validität geprüft. Der Fragebogen wurde anschließend für die Befragung von 539 Patienten in zehn verschiedenen Zahnarztpraxen eingesetzt. 522 Fragebögen konnten mithilfe des SPSS ausgewertet werden. Das durchschnittliche Alter der Stichprobe beträgt 42 Jahre ($SD = 15,6$). Der Frauenanteil liegt bei 61,8 %.

Ergebnisse

Folgende Verteilung auf die Stufen des TTMs konnte ermittelt werden (Abb. 3).

Auffällig ist eine auf den ungeraden Stufen ansteigende Anzahl Patienten und ein niedriger Wert der Stufen zwei und vier. Knapp ein Fünftel der Befragten befindet sich auf der *ersten Stufe*, die durch eine unzureichende Zahnpflege gekennzeichnet ist und einer auch zukünftig nicht vorgesehenen Verhaltensänderung. Eine Änderung ihres nicht optimalen Pflegeverhaltens erwägen 14,6 % der Patienten (*Stufe 2*). Seit kurzer Zeit planen 23 % der Patienten (*Stufe 3*) ihre Mundpflege zu verbessern oder haben die feste Absicht, dies zukünftig zu tun. Im aktiven Veränderungsprozess befinden sich 14,1 % der Patienten (*Stufe 4*). Mehr als ein Viertel der Patienten befinden sich auf der *fünften Stufe*. Sie weisen seit mindestens einem halben

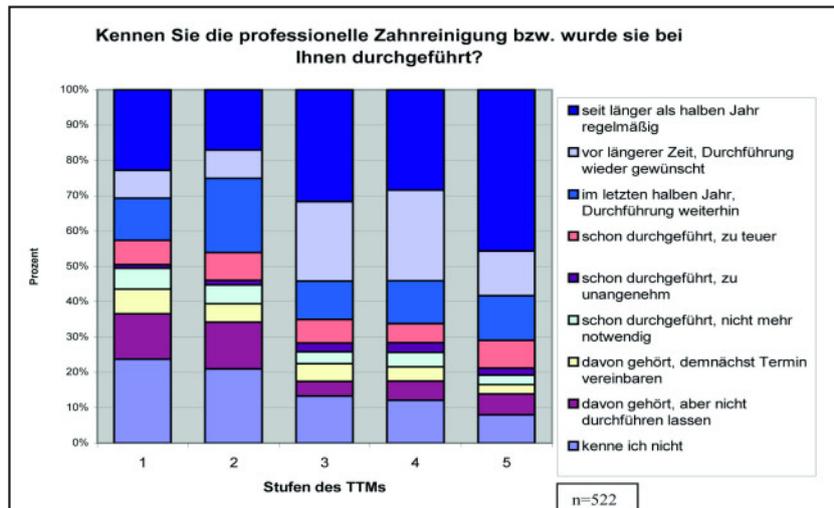


Abbildung 5 TTM-Stufeneinteilung hinsichtlich der professionellen Zahnreinigung.
Figure 5 Stages of change with regard to professional dental cleaning.

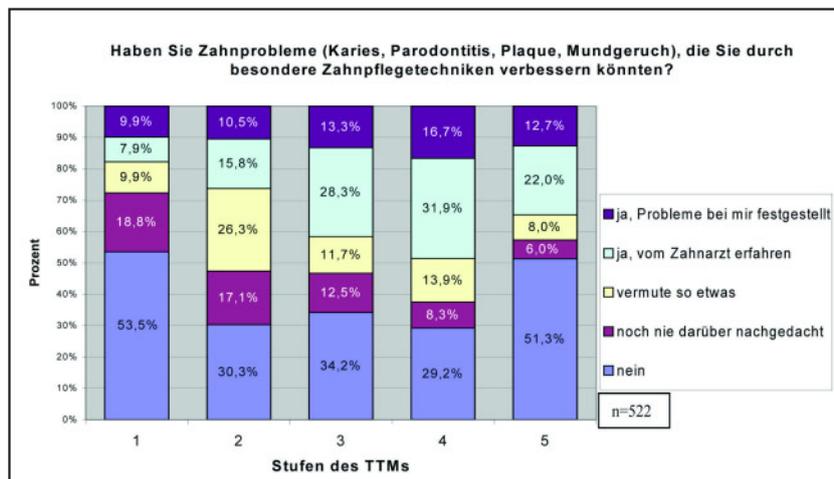


Abbildung 6 TTM-Stufeneinteilung hinsichtlich der Wahrnehmung von oralen Problemen.
Figure 6 Stages of change with regard to perception of oral problems.

Jahr eine optimierte häusliche Mundpflege auf.

Diese Stufenzuordnung konnte durch diverse Merkmale, die bei Patienten derselben Stufe ähnlich sein und sie von denen anderer Stufen unterscheiden sollen, bestätigt werden. Die folgenden Beispiele zeigen Gemeinsamkeiten und statistisch signifikante Unterschiede im Verhalten der zahnärztlichen Patienten.

Der Abstand der Kontrollbesuche (vierteljährlich, halbjährlich, jährlich, alle zwei Jahre oder seltener) wird von den Patienten der verschiedenen Stufen unterschiedlich angegeben (ANOVA, $p = .044$). Mehr als die Hälfte der Patienten der vierten und fünften Stufe gehen in

halbjährlichen Abständen zu Kontrolluntersuchungen. Der Anteil der Patienten, die nicht oder nur unregelmäßig zu Kontrolluntersuchungen gehen, beträgt für die erste Stufe 13,0 % und nimmt bis zur fünften Stufe, wo er nur 3,3 % beträgt, stetig ab (Abb. 4).

Patienten der ersten Stufe geben am häufigsten an, die professionelle Zahnreinigung nicht zu kennen. Allerdings lassen auch 22,8 % der Befragten derselben Stufe regelmäßig die professionelle Zahnreinigung durchführen. In den Stufen drei und vier gehen ca. ein Drittel der Patienten regelmäßig zur Zahnreinigung und ein Viertel haben sie vor längerer Zeit als einem halben Jahr durchführen lassen und möchten sie wieder durchführen las-

sen. 45,7 % der Befragten der fünften Stufe nehmen regelmäßig an der Zahnreinigung teil. Die einfaktorische ANOVA zeigt eine Inhomogenität zwischen den Stufen ($p < .001$). Die Scheffé-Prozedur liefert zwei Untergruppen. Die erste Untergruppe bilden die inaktiven Stufen eins und zwei und die zweite Untergruppe die aktiven Stufen drei, vier und fünf (Abb. 5).

Die Hälfte der Patienten der ersten und der fünften Stufe geben an, keine Zahnprobleme zu haben, die sie durch eine besondere Pflege-Technik verbessern könnten. Auf den Stufen zwei bis vier geben diese Antwort nur ca. ein Drittel der Befragten. Patienten der ersten Stufe geben dreimal häufiger an, noch nie darüber nachgedacht zu haben als Patienten der fünften Stufe. Antworten, die auf eine Änderungsbereitschaft des Verhaltens hindeuten, wie z. B. „ich vermute Probleme“, „der Zahnarzt oder ich selbst haben Probleme festgestellt“, kommen häufiger in den Stufen zwei bis vier vor. Eventuell sind diese Patienten sensibler gegenüber Zahnproblemen und in ihrer Verhaltensänderungsbereitschaft weiter fortgeschritten als Patienten der ersten Stufe. Die einfaktorische ANOVA zeigt eine Inhomogenität zwischen den Stufen ($p < .001$) (Abb. 6).

Diskussion

Durch die Befragung von Patienten in zahnärztlichen Praxen werden generell Probanden erreicht, die wahrscheinlich über ein höheres Mundgesundheitsbewusstsein verfügen als der Durchschnitt der Bevölkerung. Die Probanden sind bereits in Behandlung, nehmen Kontrolltermine wahr oder an prophylaktischen Maßnahmen teil. Würde die Untersuchung alle Personen miteinbeziehen, also auch jene, die nicht oder nur selten zum Zahnarzt gehen, wären die Ergebnisse sicher anders. Es gäbe vermutlich einen größeren Anteil der Patienten der Stufen der Absichtslosigkeit und Absichtsbildung.

Die Frage nach der Regelmäßigkeit von Kontrolluntersuchungen soll das Bewusstsein über die Mundgesundheit untersuchen. Regelmäßige Kontrollbesuche gehen mit einem höheren Mundgesundheitsbewusstsein einher. Der Patient lässt seine Zähne vom Fachmann kontrollieren und verlässt sich nicht nur auf sich selbst. Allerdings gehen viele Patienten

der unteren Stufen auch regelmäßig zu den Kontrollen, was wahrscheinlich mit dem Bonusprogramm der Krankenkassen zu begründen ist.

Ebenso kennen einige Patienten der unteren Stufen auch die professionelle Zahnreinigung und lassen sie durchführen. Der hohe Anteil dieser Patienten könnte darin begründet sein, dass sie die normale Zahnsteinentfernung als Zahnreinigung verstehen und angegeben haben, diese regelmäßig durchführen zu lassen. Oder Patienten der unteren Stufen versuchen ihr eigenes unzureichendes Pflegeverhalten durch die professionelle Reinigung zu kompensieren.

Die Frage, ob die Patienten Zahnprobleme haben, die sie durch eine besondere Zahnpflegetechnik verbessern könnten, wird sowohl von Befragten der ersten als auch der fünften Stufe zu mehr als 50 % mit „nein“ beantwortet. Eine mögliche Begründung dieses ähnlichen Antwortverhaltens für diese sehr unterschiedlichen Stufen könnte in der Sensibilität gegenüber Zahnproblemen liegen. Personen der ersten Stufe denken möglicherweise nicht so intensiv über Zahnprobleme nach und erkennen nicht, dass sie Zahnfleischbluten haben und wissen auch nicht, dass dies ein Zeichen von Entzündungen darstellt. Patienten der fünften Stufe sind möglicherweise besonders besorgt um ihre Zähne und nehmen schon kleinste Zeichen von Entzündungen als Problem wahr und möchten ihre Zähne durch eine besondere Putztechnik noch besser pflegen. Idealerweise würde die Antwort „nein“ bei Personen der fünf-

ten Stufe wesentlich höher liegen als bei 50 % und bei Personen der ersten Stufe wesentlich niedriger.

Da sich die Patienten in ihrem Mundpflegeverhalten und ihren Einstellungen zur Mundgesundheit tendenziell unterscheiden, erscheint die Zuordnung auf die Stufen des TTMs sinnvoll. Es ist zu erkennen, dass sich auf jeder Stufe des Modells Patienten befinden, die unterschiedlich über ihre Mundhygiene denken. Wenn diese Unterschiede bestehen, erscheint es sinnvoll, auch die Prophylaxeprogramme den jeweiligen Bedürfnissen der Patienten anzupassen. Die Patienten sollten entsprechend ihres Motivationsstandes in kleinen Schritten motiviert werden. Es hat wenig Sinn jemandem, der keine Vorteile in einer Änderung seines Verhaltens sieht, die Anwendung von Zahnseide zu erklären. Zunächst sollte ihm gezeigt und erklärt werden, warum sich durch sein derzeitiges Verhalten seine Gesundheitsrisiken erhöhen. Ihm muss bewusst werden, dass er sein Verhalten ändern und dadurch weitere Schäden verhindern kann. Erst wenn er dies verstanden hat, wird er über die Anwendung von Zahnseide nachdenken.

Oftmals wird in einer einzigen Prophylaxe-Sitzung alles erklärt, was eine optimale Mundhygiene beinhaltet. Ein kaum gesundheitsbewusster, unzureichend pflegender Patient kann diese Fülle an Informationen nicht aufnehmen und fängt mit einer Verbesserung erst gar nicht an. Hier wäre eine Motivierung in kleinen Schritten, wie es das TTM fordert, angebracht.

Vielleicht ist in diesem Bereich eine Optimierung der Prophylaxe-Programme nach den Prinzipien des TTMs möglich, um mehr Patienten zu einer guten Mundhygiene zu führen und die Zahl der scheinbar Prophylaxeresistenten zu minimieren. Ein solches Vorgehen würde auch die Frustrationen von Zahnärzten und Prophylaxeassistentinnen über ihre Erfolglosigkeiten bei bestimmten Patienten minimieren.

Im Praxisalltag ist die Zuordnung der Patienten auf die Stufen des TTMs relativ einfach, da die fünf Entscheidungsfragen sowieso in jeder sorgfältigen Mundpflegeanamnese gestellt werden.

Da die Einteilung von zahnärztlichen Patienten auf die Stufen des TTMs gelingt, sollte in weiteren Studien untersucht werden, welche konkreten Strategien jeweils notwendig sind, um einen Patienten von einer Stufe auf die nächste zu führen.

Interessenkonflikt: Die Autorin/ der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.

DZZ

Korrespondenzadresse

Dr. Thomas Schneller, Dipl.-Psych.
Medizinische Psychologie
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
E-Mail: schneller.thomas@mh-hannover.de
www.zahnpsychologie.de

Literatur

- Dehne L: Die Stufen der Verhaltensänderung für die Verbesserung der Mundhygiene. Dissertation, Hannover (2006)
- Institut der deutschen Zahnärzte (IDZ): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Materialienreihe Band 31. Deutscher Zahnärzte Verlag, Köln 2006
- Keller S, Velicer WF, Prochaska JO: Das Transtheoretische Modell – Eine Übersicht. In: Keller S. (Hrsg): Motivation zur Verhaltensänderung – das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis. Lambertus, Freiburg im Breisgau 1999, 17–44
- Micheelis W, Reich E: Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III). Ergebnisse, Trends und Problemanalysen auf der Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Stichproben in Deutschland 1997. Deutscher Ärzte Verlag, Köln 1999
- Pieper KI: Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2009 – Gutachten. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege, Bonn 2010
- Pieper KI: Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2004 – Gutachten. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege, Bonn 2005
- Pieper KI: Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2000 – Gutachten. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege, Bonn 2001
- Prochaska JO, Velicer WF: The transtheoretical model of behavior change. *Am J Health Promot* 12, 38–48 (1997)
- Prochaska JO, DiClemente CC: The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy. *Dow Jones/Irwin, Chicago* 1984
- Renneberg B, Hammelstein P (Hrsg): Gesundheitspsychologie. Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2006
- Schneller Th: Welche psychologischen Kenntnisse und Kompetenzen sind notwendig, um effektiv IP anbieten zu können? *Prophylaxe impuls* 4, 227–230 (1998)
- Schwarzer R: Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviours. *Applied Psychology* 57, 1–29 (2008)
- Weinstein Ph, Getz T, Milgrom P: Prävention durch Verhaltensänderung. Strategien einer präventiven Zahnheilkunde. Deutscher Ärzte Verlag, Köln 1989