

**Was ist, wie geht und wozu braucht es ‚achtsame Praxis‘?
Zur unveränderten Aktualität von Epsteins ‚mindful practice‘ (1999)**

‚The essential unit of medical practice is that moment in the intimacy of the consulting room when a patient who is ill, or believes himself to be ill, confides in a doctor who he trusts. This is a consultation, and all else in medicine derives from it.‘

D. Court 1975 (1)

‚As a link between relationship-centered care and evidence-based medicine, mindfulness should be considered a characteristic of good clinical practice.‘

R. Epstein, 1999 (2)

1999 hat Ronald Epstein, ein Schüler George Engels, den Begriff ‚ärztliche Praxis‘ mit dem Adjektiv ‚achtsam‘ verbunden und eine damals vielbeachtete Übersichtsarbeit im JAMA publiziert. Etliche Jahre später hat Epstein Engels biopsychosoziale Vision mit ärztlicher Resilienz, mit Mitgefühl und der Qualität ärztlichen Handelns in Zusammenhang gebracht (3) und in seinem kürzlich erschienenen Buch ‚Attending‘ (4) hat er für eine vorurteilsfreie, offene Herangehensweise und empathische Haltung des Begleitens, des für jemanden Da-seins und des sich um jemanden Kümmerns, plädiert, eine Haltung, die in seiner Sicht für Medizin und Humanität von zentraler Bedeutung ist. Vor dem Hintergrund der Bedeutung von Vertrauen zwischen Arzt und Patienten (5) und der damit zusammenhängenden Frage, was Ärzte tun können, um die Möglichkeit einer Entstehung von Vertrauen zu fördern, habe ich Epsteins 20 Jahre alten Review (2) und sein Buch ‚Attending‘ (4) neu gelesen und neu durchdacht.

Epstein hat ‚mindful‘ in seiner langjährigen Praxis buddhistischer Meditation nicht nur erlebt und am eigenen Leib erfahren, sondern zu einer inneren Haltung stilisiert, die ihm im ärztlichen Alltag den Umgang mit Unsicherheit, mit Stress, mit Kuriositäten und problematischen Patienten erleichtert hat (4). Thure von Uexküll, von Kindheit an mit väterlichen biologischen Begriffen wie ‚Merkwelt‘ und ‚Wirkwelt‘ vertraut (6), spricht von Aufmerksamkeit, die nötig ist, um in der uns umgebenden ‚Merkwelt‘ etwas zu ‚bemerken‘, etwas wahrzunehmen, zu sehen, zu hören, zu riechen und zu fühlen (7-9). Beides meint Ähnliches, ‚achtsam‘ bzw. Achtsamkeit fokussiert eher auf ‚achten‘, auf Blende weit stellen, auf Offenheit gegenüber Neuem, während ‚aufmerksam‘ bzw. Aufmerksamkeit eher mit ‚aufmerken‘, bemerken von Merkmalen,

überrascht werden von Nebensachen, auch in der Peripherie des Gesichtsfelds Dinge wahrnehmen zu tun hat. Während ‚achtsam‘ ein Adjektiv für eine menschliche Tätigkeit ist, klingt in ‚bemerken von Merkmalen‘ neben dem Tätigkeitswort ‚bemerken‘ auch an, dass beim Prozess des Bemerkens dem Merkmal, d.h. dem Umfeld, der ‚Dingwelt‘, eine Mitrolle zukommt (10). ‚Achtsam‘ ist mehr diffus, ‚aufmerksam‘ mehr konkret und fokussiert. ‚Achtsam‘ lassen sich Stimmungen und Atmosphären erfassen, ‚aufmerksam‘ Zeichen bemerken und Spuren verfolgen. ‚Achtsam‘ ist eher das Adjektiv, das der phänomenologischen Herangehensweise entspricht, ‚aufmerksam‘ eher das Adjektiv, das eine präwissenschaftliche und wissenschaftliche Herangehensweise beschreibt.

Der Begriff ‚*mindfulness*‘ wird in der psychologischen Literatur in unterschiedlicher Weise gebraucht, einmal, um ein Persönlichkeitsmerkmal, eine Charaktereigenschaft zu beschreiben, zum andern um einen Modus des Zustands des Gewahrseins und/oder einen psychologischen Prozess zu charakterisieren. Auch Praktiken der Kultivierung von Achtsamkeit, d.h. Varianten der buddhistischen Meditation, werden unter dem Begriff *mindfulness* subsumiert (11,12). Eine der am häufigsten zitierten Definitionen von *mindfulness* beinhaltet ein Gewahrsein, dass durch eine bestimmte Art von Aufmerksamkeit entsteht: auf eine Zielsetzung, auf den gegenwärtigen Augenblick und in nicht urteilender Weise (13). Danach bilden 3 miteinander zusammenhängende Teilkomponenten das Konstrukt Achtsamkeit: ‚*intention, attention and attitude*‘ (14).

Buddhistische und westliche Konzepte von Achtsamkeit unterscheiden sich in verschiedener Hinsicht: Auf der Kontext-Ebene ist Achtsamkeit in der buddhistischen Tradition ein Faktor in einem zusammenhängenden System von Praktiken, die nötig sind, um das Endziel spiritueller Praktiken, die Befreiung von Leiden, zu erreichen (12,13,15). Das westliche Konzept von Achtsamkeit ist dagegen weitgehend unabhängig von einer bestimmten Philosophie, Ethik oder einem System von Praktiken. Auch in der Prozess-Ebene spielt in der buddhistischen Tradition die zugrunde liegende Philosophie mit ihrem Fokus auf Vergänglichkeit, Nicht-Selbst und Leiden eine zentrale Rolle (13,15). Die bei meditativen Übungen intendierte Konzentration auf körperliche Wahrnehmungen und Gefühle und die Schwierigkeit einer anhaltenden Konzentration auf einen Bewusstseinsinhalt fungieren als Hilfsmittel auf dem Weg zur Erkenntnis der Vergänglichkeit allen menschlichen Bemühens. In westlichen Achtsamkeitspraktiken spielt die Betonung von Nicht-Selbst und Vergänglichkeit keine so zentrale Rolle (12).

Das psychologische Konstrukt Achtsamkeit wird teils als Einzelfaktor-Konstrukt (16,17), teils als mehrdimensionales Konstrukt (18,19) z.B. mit den Teilkomponenten Neugier, Akzeptanz, Mitgefühl u.a.m. (12) oder den Teilkomponenten *intention, attention und attitude* (14) angesehen. Nilsson hat ein Konstrukt aus den 4 Teilkomponenten *,awareness and attention', ,present-centredness', ,external events'* und *,cultivation'* beschrieben und später als 5. Komponente *,ethical-mindedness'* hinzugefügt (20). (Bezüglich konzeptioneller Diskussionen und methodischen Aspekten der Messbarkeit, Reproduzierbarkeit und Validität des Konstrukts Achtsamkeit sei auf weiterführende Literatur verwiesen (12)).

Mindful als phänomenologische Herangehensweise, als ärztliche Grundhaltung

Achtsam und aufmerksam sind Adjektive, die eine lebensweltliche, eine vorwissenschaftliche, eine phänomenologische Herangehensweise charakterisieren, unvoreingenommen, ohne Vorurteile. In unserem westlichen Verständnis beruhen das dem Begriff Achtsamkeit zugrunde liegende philosophische Denken auf der Phänomenologie und die Betonung des Einübens auf der Philosophie des Pragmatismus (22). Brown und Cordon unterstreichen, dass Achtsamkeit dem entspricht, was Husserl als die phänomenologische Reduktion beschrieben hat (23). Aus der phänomenologischen Herangehensweise folgt die Offenheit, die Unvoreingenommenheit und Theorie-Vergessenheit, d.h. die Herangehensweise eines Neulings auf dem betreffenden Gebiet. Lernbegierigkeit, Neugier auf Neues, auf Überraschendes, Lernen durch Üben und Gewohnheitsbildung sowie Interesse an Prozess-Wissen u.a.m. sind dem Pragmatismus geschuldet.

Außergewöhnliche Ärzte scheinen – Epstein zufolge (2) – gewisse Fähigkeiten in einer Art ärztlicher Grundhaltung zu vereinen: die Fähigkeit zu kritischer Selbstreflexion bei allen ärztlichen Tätigkeiten, vor allem auch in Gegenwart des Patienten, die Fähigkeit, Probleme zu lösen, Informationen zu erläutern und zu übermitteln, die Fähigkeit, Evidenz-basierte Entscheidungen zu treffen, die Fertigkeit, technisch anspruchsvolle Untersuchungen durchzuführen und ein Standing zu eigenen Werten. Dieser Prozess der kritischen Selbstreflexion beruht auf Achtsamkeit: *,A mindful practitioner attends, in a non-judgemental way, to his or her own physical and mental processes during ordinary everyday tasks to act with clarity and insight.'* (2). Dies hilft ihm, bei allen ärztlichen Tätigkeiten unvoreingenommen, vorurteilslos und offen zu sein, dem Patienten neugierig und aufmerksam und Problem-fokussiert zuzuhören, dabei auf Zwischentöne und Unausgesprochenes ebenso zu achten wie auf das eigene Bauchgefühl, beidem, den eigenen technischen Fähigkeiten und dem eigenen fachlichem

Wissen, gleich kritisch gegenüber zu stehen und um Verbesserung bemüht zu sein und mit Mitgefühl, Kompetenz und Verständnis zu handeln. Wie der französische Seelenarzt Alain schon vor über 85 Jahren geschrieben hat: Sich beobachten heißt sich verändern (24).

Mindful practice als erfahrener Umgang mit explizitem und verborgenem Wissen

Klinisches Urteilen basiert auf ‚*explicit knowledge*‘ und ‚*tacit knowledge*‘ (25-28), auf explizitem und verborgenem Wissen. Das explizite Wissen ist im Wissenspool der Evidenz-basierten Medizin gespeichert, beruht auf in randomisierten, Placebo-kontrollierten Studien gewonnenen objektiven Daten (29-32), kann z.B. in Cochrane-Reviews relativ problemlos kommuniziert, kann durch neue Erkenntnisse modifiziert und kann in Evidenz-basierten klinische Leitlinien als Handlungsempfehlungen für die Praxis verfügbar gemacht werden.

Daneben gibt es einen Wissenspool, der auf emotionalen und kognitiven Fähigkeiten, auf technischen Fertigkeiten, auf Werten und auf persönlichen Erfahrungen beruht (2,25,28). Dieses Wissen ist im wahrsten Sinne des Wortes ‚einverleibt‘ worden, zu einer Gewohnheit, zu einer unreflektierten Handlung geworden wie z.B. die lange eingeübte Praxis des Klavierspielens oder des Fahrradfahrens. Dieses *tacit knowledge* ist meist unbewusst und kann nur schwer in Worten erläutert werden (25,28). Nichtsdestotrotz hat es einen erheblichen Einfluss auf ärztliche Entscheidungen, macht einen Großteil dessen aus, was mit ‚Blickdiagnose‘ umschrieben wird, wie das intuitive Erfassen eines M. Cushing oder einer Akromegalie durch einen Internisten, eines M. Parkinson durch einen Neurologen oder einer (larvierten) Depression durch einen erfahrenen Psychiater.

Während *explicit knowledge*, explizites EBM-Wissen durch Selbststudium der Fachliteratur und Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen erworben werden kann, wird *tacit knowledge* durch eigene Beobachtung und eigene Praxis erworben. Externe Beobachter können oft besser beschreiben und erläutern, was erfahrene Kliniker tun, als sie es selbst artikulieren könnten. Erfahrene Ärzte sind oft uneinsichtig und blind gegenüber blinden Flecken und Fehlern in eigenen Denkprozessen (33-35). Evidenz-basiertes Wissen gibt medizinischer Entscheidungsfindung zwar eine Basis und Struktur (31), ist jedoch nicht geeignet, den mehr unbewussten Prozess klinischer Urteilsbildung ausreichend zu beschreiben (30). Wirkliche Experten beziehen in ihre Entscheidung Kontext, Kosten, praktische Aspekte und Werte des Patienten mit ein (31,32). Auch menschliche Faktoren wie Emotionen, Vorurteile, Scheu vor Risiken,

Umgang mit Unsicherheit, langjährige persönliche Kenntnis des Patienten u.a.m. beeinflussen ärztliches Urteilsvermögen und ärztliche Entscheidungen (27, 36-41).

Ärztliche Urteilsbildung ist Wissenschaft und Kunst (42,43). Evidenz-basierte Modelle zur ärztlichen Entscheidungsfindung (wie z.B. Entscheidungsbäume) sind zwar brauchbare Werkzeuge, jedoch in komplexen klinischen Situationen nicht immer hilfreich (39). Die Erfassung des Kontextes ist meist ein unbewusster Vorgang, die Art und Weise, wie dies erfolgt kann nicht immer in Worten beschrieben werden. Bedeutsames ‚verborgenes Wissen‘ wie Kenntnis der Persönlichkeit des Patienten bleibt in Algorithmen rationaler Entscheidungsbäume außen vor.

Mindful practice als professionelles Wissen und kritische Selbstreflektion

Epstein (2) unterscheidet neben dem ‚*Level of Awareness*‘, dem Grad des Bewusstseins, in Anlehnung an Eraut (44) 4 Typen des Wissens, die jeweils explizit oder verborgen sein können: Proportionales Wissen, persönliches Wissen, Prozess-Wissen und Know-how. Am bekanntesten ist das proportionale Wissen, das Faktenwissen, das in Lehrbüchern für eine bestimmte Zeit festgehaltene Wissen über Theorien, Konzepte und Prinzipien. Selbsterkenntnis zu Wissenslücken und Kenntnis der kurzen Halbwertszeit medizinischer Kenntnisse erfordern lebenslange Weiterbildung.

Persönliches Wissen ist Erfahrungswissen und besteht aus einem verinnerlichten Pool von Informationen, Intuitionen und Interpretationen, der das Vorgehen in der Praxis lenkt. Es kann nicht wie proportionales Wissen nachgelesen, ‚gegooglet‘ oder erarbeitet werden, sondern tritt in impressionistischer Art ins Bewusstsein als Gestalt-Erkennung oder als klinisches Bauchgefühl. Es bedarf kritischer Selbstreflektion, um dieses plötzliche ‚Einfallen‘ von Kasuistiken, Anekdoten und Eindrücken nicht ins Kraut schießen zu lassen und die Subjektivität dieses Wissens in richtiger Relation zur Objektivität des Evidenz-basierten Wissens zu sehen.

Prozess-Wissen ist Wissen darüber, wie eine Aufgabe (wie z.B. Informationsbeschaffung oder Durchführung einer technischen Untersuchung wie Sonographie oder Endoskopie) anzugehen und durchzuführen ist (41). Prozess-Wissen beinhaltet auch das Nachdenken über die eigenen Denkgewohnheiten, ist also auch Meta-Prozessing, Nachdenken über das Nachdenken und Nachfühlen über Gefühle. So kann z.B. in der Nachbearbeitung von Videosequenzen zu

aufgezeichneten Patientenkontakten der Medizinstudent oder Arzt in der Ausbildung lernen, hinter dem scheinbar ‚fleckelosem‘ Gesamtbild blinde Flecken zu erkennen und unbewusster Inkompetenz gewahr zu werden, um sie ändern zu können.

Der 4. Typ professionell relevanten Wissens ist das *Know-how*, das Wissen wie etwas funktioniert, wie Dinge gemacht werden müssen, damit's läuft. Es sind die kleinen Tipps und Tricks, die einem über das Prozess-Wissen hinaus das Leben erleichtern, die Sand aus dem Getriebe nehmen, ein Lächeln, ein freundliches Wort, eine Anerkennung zur rechten Zeit, eine Prise Humor und vieles andere mehr. Charakteristika einer *mindful practice* sind in Tabelle 1 zusammengefasst (2).

Tabelle 1: **Charakteristika einer achtsamen Praxis** (nach Epstein (2))

-
- aktive Selbstbeobachtung, aktive Beobachtung des Patienten und des Problems
 - auch die Peripherie des Gesichtsfelds sehen
 - vorbewusste Verarbeitung
 - kritische Neugier
 - Mut, die Welt eher so zu sehen, wie sie ist, als so, wie man sie haben möchte
 - unvoreingenommene und vorurteilslose Bereitschaft zu gründlicher Untersuchung
 - Herangehensweise in der Sicht eines Anfängers
 - Bescheidenheit und Bereitschaft, sich Bereichen eigener Inkompetenz bewusst zu sein
 - Verbindung herstellen zwischen Bescheid wissen und Verstehen
 - Mitgefühl aufgrund von Einsicht
 - Geistesgegenwart
-

Mindful practice - sich selbst beobachten und lebenslanges Lernen

Aufmerksame Ärzte haben die Fähigkeit, den Patienten unvoreingenommen zu beobachten und gleichzeitig sich selbst beim Gespräch mit dem Patienten zu beobachten, d.h. auf eigene Bauchgefühle und Emotionen zu achten. Plessner sieht in diesem nur Menschen möglichen Positionswechsel zwischen Handeln aus leiblicher Zentralität und Selbstbeobachtung aus ‚*exzentrischer Positionalität*‘, dem Switchen zwischen Teilnehmer- und Beobachterperspektive einer lebensweltlichen Situation, ein Charakteristikum der menschlichen Spezies (45). Die Fähigkeit dazu mag zwar angeboren sein, aber ob und wie regelmäßig sie praktiziert wird, ist eine Frage des kulturellen Umfelds, in dem der Mensch sozialisiert wurde bzw. des

ärztlichen Umfelds, in dem der angehende Arzt ausgebildet und zu kritischem Denken, zu lebenslangem Lernen und zum Einüben von Achtsamkeit und Gewahrsein der eigenen Gefühle angeleitet wird. Ein guter Arzt zu werden, erfordert neben kritischer Selbstreflexion (42,43) und Auseinandersetzung mit eigenen Denkfehlern (33-35) ein immer wieder neues Sich-beschäftigen mit ethischen (46) und humanistischen (47,48) Aspekten des Arztseins, es erfordert lebenslange Arbeit an der eigenen Kompetenz und der eigenen Professionalität (49).

Mindful practice als Voraussetzung für eine für eine humane Medizin

Integrierte Medizin, wie sie von Thure von Uexküll und W. Wesiak in der ‚Theorie der Humanmedizin‘ (7), im Einleitungskapitel der Psychosomatischen Medizin (9) und von Thure von Uexküll und anderen in der ‚Integrierten Medizin‘ (8) beschrieben wurde, will den Dualismus einer Medizin für Körper und einer Medizin für Seelen zu überwinden, will die zwei Kulturen, Naturwissenschaft und Geisteswissenschaft, Biomedizin und Psychotherapie zu einer biopsychosozialen Medizin (50,51) vereinen. Integrierte Medizin will die Teildisziplinen, die technischen Untersuchungsmöglichkeiten, die sprechende Medizin, die wissenschaftstheoretischen Rahmenbedingungen (Stichwort EBM), die gesellschaftlichen und ökonomischen Anforderungen, die Patientenautonomie und Patientensicherheit und vieles andere mehr, zu einem Ganzen, zu einer humanen Medizin zu integrieren (52).

Das Integrieren verschiedener medizinischer Teilaspekte, der Wechsel zwischen der Sicht des Menschen als komplexer biologischer Organismus einerseits und als einzigartige Person andererseits, das aufmerksame Achten auf Merkmale, auf ikonische, indexikalische und symbolische Zeichen von Organismus und Person muss immer wieder eingeübt werden, bis es einverleibt und zu einer Haltung geworden ist, die unbewusst, unverkrampft und natürlich praktiziert wird – ähnlich wie das immer wieder praktizierte Meditieren zur Einverleibung von Achtsamkeit führen soll.

Wie geht *mindful practice*?

Die Frage ‚wie geht‘ meint zweierlei, einmal ‚wie funktioniert das‘ und zum anderen ‚wie geht man vor‘. Während ersteres danach fragt, wie etwas zusammenwirkt und was die zugrunde liegenden Wirkungsmechanismen sind, fokussiert letzteres auf den Aspekt, wie man vorgehen soll, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Jede menschliche Praxis verfolgt bekanntlich Zwecke und Absichten, und um diese zu erreichen, muss man über die Mittel und Wege dahin nachdenken. Peter Janich hat in seiner Philosophie des methodischen Konstruktivismus, des

Kulturalismus (53-55), das Prinzip der methodischen Ordnung herausgestellt und am Beispiel des Kuchenbackens verdeutlicht. Wie das Kinderlied sagt, braucht es hierzu 7 Sachen: Eier und Schmalz, Zucker und Salz, Milch und Mehl, Safran macht den Kuchen gebl. Diese 7 Sachen dürfen nicht wahllos zusammengekippt werden, sondern müssen in methodischer Ordnung, in aufeinander abgestimmten Teilschritten, nacheinander zusammengefügt werden, um das Ziel, einen leckeren Kuchen herzustellen, zu erreichen. Das Tätigkeitswort ‚gehen‘ in ‚wie geht‘ bzw. in ‚wie geht man vor‘ weist auf den Weg hin, den man gehen muss, auf die Methode, mit deren Hilfe man zum Ziel gelangt. Das ‚wie‘ in ‚wie geht‘ fokussiert auf die Modalitäten der Vorgehensweise, philosophisch gesprochen auf die Voraussetzungen der Möglichkeit.

1. Welche Wirkungsmechanismen liegen einer mindful practice zugrunde?

Mit zunehmenden Hinweisen, dass Trainingsprogramme mit Achtsamkeitsübungen wie z.B. das Mindfulness-based Stress Reduction-Program (MBSR) positive Effekte bei einer Reihe von Erkrankungen (wie Burnout, Depression, chronischen Schmerzen bei Krebserkrankungen, Fibromyalgie u.a.m.) aufweisen (12,16), rückte die Frage nach zugrunde liegenden neurobiologischen Prozessen und Wirkungsmechanismen von Achtsamkeit ins Zentrum wissenschaftlicher Forschung und theoretischen Diskussionen.

Unter möglichen Mechanismen, über die Charakteristika von Achtsamkeit (wie distanzierte Betrachtungsweise, Flexibilität der Wahrnehmung, Herangehensweise ohne Vorurteil und ohne theoretische Konzepte) und (buddhistische) Meditationsübungen wirken, wird eine Art ***meta-kognitive Einsicht*** diskutiert, die aus einer dezentrierten Perspektive resultiert und die gewohnten Denkmustern, Nicht-Loslassen-Können und Wiederkäuen von Problemen und stereotypischen bis rigiden Verhaltensmustern zuwiderläuft. Diese höherstufige Einsicht erleichtert einen unverkrampfteren und gelasseneren Umgang mit Gedanken und Emotionen, schafft einen (Halte- und Interpretations-) Raum zwischen aufkommenden Gedanken und Gefühlen einerseits und gewohnten Reaktionsmustern andererseits und ermöglicht so neue Freiheitsgrade in der Interpretation der momentanen Situation und neue Wahlmöglichkeiten eigener Reaktion und eigenen Verhaltens (12,14).

Ein anderer möglicher Mechanismus, über den Achtsamkeit wirken könnte, ist eine ***effektivere Affektregulation***. Die wiederholte bewusste Exposition gegenüber schwierigen bis konfliktträchtigen Situationen und belastenden Erfahrungen führt über eine Art Desensibilisierung zur Reduktion der emotionalen Reaktivität, größerer Toleranz gegenüber schwierigen Situationen,

zu mehr emotionaler Ausgeglichenheit und kognitiver Sicherheit mit entsprechend adaptiveren Verhaltensantworten (12, 14).

Der vielen Meditationsübungen zugrunde liegenden buddhistischen Philosophie zufolge beruht ein Großteil des Leids in der Welt auf falschen Vorstellungen und unnützen Wünschen. Ziel der Übungen soll die Erkenntnis sein, dass alle bewusst wahrgenommenen Phänomene, incl. Gedanken und Gefühle ihrer Natur nach ohne Substanz und ohne Bedeutung sind, nur Gedanken und nur Gefühle, nicht notwendigerweise Reflektionen über die Realität (13,15). Die in Achtsamkeitsübungen zentrierte Akzeptanz der Dinge, so wie sie sind, könnte über neurobiologische Mechanismen, die dem Konstrukt ‚*Nonattachment*‘ / *Nichtbetroffenheit* zugrunde liegen, zu größerer Seelenruhe, größerer Gelassenheit bzw. besserer Eingelassenheit in die Welt zu einer stabileren Erfahrung von Wohlbefinden und von Voraussetzungen unabhängigem Glück sein (12).

Als weiterer möglicher Mechanismus wird ein *verbessertes Zusammenspiel von Körper und Geist* diskutiert, was sich in messbaren immunologischen Effekten und erhöhter Toleranz gegenüber Stress und Schmerzen äußert. Achtsamkeit wird darüber hinaus eine *Rolle im integrierten Funktionieren* des Gesamtorganismus zugeschrieben. Im beobachtenden Zustand der Achtsamkeit tritt eine Art exzentrische Positionalität (12) ein, die Distanz zu zentrischen, ego-basierten Perspektiven und Interpretationen schafft. Das Switchen aus der Teilnehmer-Perspektive der ersten Person in die Beobachter-Perspektive einer dritten Person ermöglicht situative und szenische Übersicht, bessere Einschätzung eigener Handlungs- und Verhaltensspielräume, bessere Selbstregulation und größere Autonomie.

Das psychologische Konstrukt Achtsamkeit weist gewisse *Überschneidungen mit dem* soziologischen Konstrukt ‚*sense of coherence (SOC)*‘ / *Kohärenzsinn* auf, einer Ressource für Resistenz gegenüber Stress. Antonovsky’s *sense of coherence* beinhaltet die globale Orientierung eines Individuums auf Anforderungen der Welt (56,57). Die Teilkomponente *Comprehensibility* / Verstehbarkeit verweist auf eine rationale, verstehbare, strukturierte, konsistente und vorhersagbare soziale Welt. Unter der Teilkomponente *Managementability* / Handhabbarkeit ist das Ausmaß an Ressourcen zusammengefasst, die einem Individuum zur Verfügung stehen und die adäquat sind, um auf Anforderungen des Lebens zu reagieren. Die Teilkomponente *Meaningfulness* / Bedeutsamkeit beinhaltet motivationale Aspekte, die bestimmen, ob eine Situation als bedeutsam wahrgenommen wird und eigenes Engagement als

sinnvoll erlebt wird (56,57). Einzelne Studien belegen, dass ein Mindfulness-based Stress Reduction-Training (MBSR) den Score des Kohärenzsinnerhöhen (58,59). Andere Studien ergaben Änderungen der Coping-Strategien wie Abnahme des ‚catastrophizing‘ (60), der Tendenz, aus Mücken Elefanten zu machen, und eine Reduktion des Wiederkäuens von Problemen (61) – sozusagen Effekte auf die SOC-Teilkomponente *Managementability* / Handhabbarkeit. Wieder andere Studien beschreiben einen verstärkten Sinn für die eigene Verantwortung für Gesundheit und Krankheit (62), d.h. Effekte auf die SOC-Teilkomponente *Meaningfulness* / Bedeutsamkeit.

Shapiro et al. (14) sehen bei Achtsamkeit neurobiologische Prozesse am Werk, die im Laufe der Zeit zu einer Art Meta-Mechanismus zusammenwirken, den sie als ‚*reperceiving*‘ bezeichnen und der aus den Elementen *intention* / Intention, *attention* / Aufmerksamkeit und *attitude* / Haltung bestehen soll. Die Intention soll Selbst-Regulation und Selbst-Erfahrung verbessern (bis hin zur Disidentifikation, d.h. Freiheit von der Vorstellung eines separaten Selbst). Die Aufmerksamkeit fokussiert auf das Gewahrsein des gegenwärtigen Augenblicks einschließlich der mitschwingenden eigenen Gedanken und Gefühle und früherer Erfahrungen. Die Haltung beinhaltet die Qualitäten, mit denen man an Aufmerksamkeit herangeht wie z.B. Offenheit gegenüber Kommendem, Akzeptanz dessen, was ist, Üben in Geduld und Verzicht darauf, etwas erreichen zu wollen. Diese gelasseneren Sicht der Wahrnehmung reduziert die subjektive Färbung und überlappt mit dem, was oben unter *Nonattachment* / Nicht-betroffenheit und Switchen von der Teilnehmer-Perspektive der ersten Person in die Beobachter-Perspektive einer dritten Person beschrieben wurde.

Als weiterer Mechanismus, über den Achtsamkeit Effekte bewirkt, werden die ***Klärung von Werten und die Verbesserung der Selbst-Regulation*** angesehen. Das Stehen zu Gedanken und Emotionen in einer offenen, nicht-urteilenden Weise soll eine größere Klarheit für eigene Werte ermöglichen und ein Verhalten erleichtern, das mit den eigenen Werten in Einklang steht (12).

2. Voraussetzungen der Möglichkeit von mindful practice in der ärztlichen Praxis

Ausgehend von Kabat-Zinn’s Definition von Achtsamkeit als ein Gewahrsein, dass durch eine bestimmte Art von Aufmerksamkeit entsteht: auf eine Zielsetzung, auf den gegenwärtigen Augenblick und in nicht urteilender Weise (13), haben Shapiro et al. (14) ein Modell vorgeschlagen, das zentrale Aspekte von *Mindfulness* und Wirkungsweise verständlich machen soll.

Klärung der eigenen Intentionen und der eigenen Werte

Unserer westlichen naturwissenschaftlich geprägten Kultur mag das, was buddhistischen Traditionen als Handlungsziel zugrunde lag, mag *intention* / Absichten und ‚*value clarification*‘ / Wertklärung heutzutage fremd sein. Aspekte wie ‚*compassion*‘ / Mitgefühl sind jedoch auch Kernelemente von religiösen (Christentum) und philosophischen Traditionen (Humanismus) des Westens. Da die Absichten ganz wesentlich die Ergebnisse unseres Tun und Lassens mitbestimmen, wie Shapiro et al. betonen (14), müssen Ärzte in westlichen Ländern, die – wie ich selbst – die buddhistische Meditation nicht kennen und nicht praktizieren, christliche, humanistische und ethische Aspekte der Intention des Handelns stärker ins Zentrum rücken (46-48). Wie R. Gross in dem von ihm herausgegebenen Buch zu geistigen Grundlagen der Medizin geschrieben hat, ist ‚die erste Frage, die sich der Arzt stellen muss, die, wem er nützt: Dem Kranken, dem Kostenträger, der Gesellschaft (Einfügung: heute muss man hinzufügen: den Gesellschaftern börsennotierter Konzerne), oder gar sich selbst‘ (63).

Das ‚*back to the roots*‘, das Zurück zur Frage, warum man Medizin studiert hat und Arzt werden wollte (64), die Suche nach handlungsleitenden Metaphern ärztlicher Praxis (65) erfordert ehrliche Antworten, ob die Wurzeln noch Stamm und Geäst Halt geben und ausreichend Wasser und Nährstoffe aufnehmen, oder ob nach 10- oder 20-jähriger ärztlicher Tätigkeit längst unterirdische Wühlmäuse die zarten Verästelungen des Wurzelsystems angeknabbert und zerstört haben – Wühlmäuse wie Hamsterrad, Bürokratie, Stress, Frust, u.a.m., Wühlmäuse, von denen man zwar aus Biologiebüchern und anderen Kontexten schon mal was gehört hat, von denen man aber nicht dachte, dass sie schon klammheimlich im eigenen Garten am Werke seien.

Value clarification ist oben als ein Mechanismus erwähnt worden, über den Achtsamkeit wirkt (12). Sich nicht nur zu Studienbeginn, sondern immer wieder klar darüber werden, welche Werte einem wichtig sind und ob man im Einklang mit diesen Werten lebt, das Wissen um den eigenen inneren Kompass und den eigenen Weg, den man geht, ist nicht nur für buddhistisch geprägte, sondern auch für in westlichen Kulturen aufgewachsene Menschen ein zentraler Punkt im *intention – attention – attitude*-Modell von Achtsamkeit (14).

Aufmerksamkeit auf Umfeld und sich selbst

In der ärztlichen Praxis immer aufmerksam zu sein, gelingt nur, wenn die Atmosphäre stimmt und innere und äußere Störfaktoren ausgeschaltet sind. Leichter gesagt als getan. Die Atmosphäre, das Umfeld, in dem man tätig ist, das sind die Kolleginnen und Kollegen, mit denen

man zusammenarbeitet und sich austauscht und die Mitarbeiterinnen, mit denen man zusammenarbeitet. Nicht immer kann man sich beides aussuchen und frei wählen. Aber Aufmerksamkeit und Respekt gegenüber den Kolleginnen / Kollegen und Mitarbeiterinnen am Arbeitsplatz helfen, eine Atmosphäre zu gestalten und zu gewährleisten, in der man sich auf seine Aufgabe konzentrieren kann. Hierzu müssen die Abläufe in der Praxis klar geregelt sein, die Prozesse müssen eingeübt und gepflegt werden, damit kein Sand ins Getriebe kommt. Für äußere Störfaktoren wie z.B. das Durchstellen von Telefonaten in die laufende Sprechstunde müssen ebenso klare Vorgaben existieren, wie für die den Umgang mit Notfallpatienten, die in den vorstrukturierten Tagesablauf eingeschoben werden müssen. Kurz, es braucht ein selbstgestricktes Qualitätsmanagement-Handbuch, das Abläufe und Vorgehen regeln und Störfaktoren ausschalten hilft, und das selbst alle paar Jahre auf den Prüfstand gehört und überarbeitet werden muss.

Attention darf nicht nur auf das Praxisumfeld gerichtet sein. Aufmerksam und achtsam muss man auch sich selbst gegenüber sein. Fühle ich mich gestresst, wenn das Tagesprogramm durch 2 Notfallpatienten durcheinander kommt oder wenn Behörden- und Krankenkassenkram den Feierabend hinausziehen? Fällt mir auf, wenn ich genervt bin, wenn ich mich häufiger vertippe als sonst? Fällt mir auf, wenn ich unhöflich und kurz angebunden bin, wenn ich Patienten schnell unterbreche und nicht ausreden lasse? Welche Tipps beherzige ich, um bei voller Sprechstunde aufmerksam und neugierig den nächsten Patienten aus der Wartezone aufzurufen? Atme ich vorher bewusst ein paar Atemzüge tief durch, um mich ‚leer zu machen‘ (4)? Studiere ich den Überweisungsschein und mitgegebene Vorbefunde oder bilde ich mir ohne Kenntnis von Vordiagnosen unvoreingenommen ein eigenes Bild? Picke ich mir aus den geklagten Symptomen diejenigen heraus, für die ich klar strukturierte Abklärungsalgorithmen habe oder bitte ich den Patienten, aus der Vielzahl seiner Beschwerden die 3 – 5 wichtigsten Punkte in einer Art Hitliste zusammenzufassen, die zunächst angegangen werden sollen? Kurz, bin ich aufnahmebereit, unvoreingenommen und neugierig oder schleiche ich lustlos auf gewohnten Trampelpfaden?

Gewohnheiten zur Haltung werden lassen und sich einverleiben

Mit *attitude* ist das ‚wie‘, sind die Qualitäten der Aufmerksamkeit und Achtsamkeit gemeint. Der Ton macht bekanntlich die Musik und der Patient spürt, was erlernte Sprüche und aufgesetztes ‚*keep smiling*‘ ist. Was sich wirklich mitteilt, ist die Haltung, ist der Charakter. Natürlich kann man seinen Charakter nur bedingt beeinflussen, aber man kann. So wie man

eine guter Klavierspieler nur durch regelmäßiges Üben wird, so wird man ein aufmerksamer Arzt nur durch regelmäßiges Praktizieren von *mindful practice* werden. Das sieht zwar aus wie ein Zirkelschluss, ist aber Philosophie: ‚*de nihilo nihil*‘, aus dem Nichts kommt nichts (66). Tätigkeiten wie das Spielen eines Musikinstruments müssen mühsam erlernt und durch regelmäßiges Üben gefestigt werden, bevor sie ‚einverleibt‘ sind, bevor sie unbewusst und automatisch ablaufen können, und der Tausendfüßler nicht über einen seiner Füße stolpert, sondern den Kopf frei hat für anderes. Wir alle haben unsere traumatischen oder berufsbedingten Fehlhaltungen und die dadurch bedingten Muskelverspannungen und Funktionseinschränkungen müssen in mühsamen physiotherapeutischen Übungen gelockert und trainiert werden, bis wieder freie Beweglichkeit, aufrechte Haltung und Selbstbewusstsein resultieren. Dass die motorische Gewohnheiten unsere Körperhaltung beeinflusst, ist jedermann geläufig, aber, dass körperliche Haltungen auch Auswirkungen auf mentale Prozesse und Gefühle haben, ist leider weniger bekannt. Wer niederkniet und den Kopf auf die Hände stützt, kann nicht gleichzeitig die Faust zum Kampfe ballen (67).

Wozu braucht es *mindful practice*?

‚Braucht es‘ ist eine altmodische, allenfalls noch in Bayern und in der Schweiz übliche Redewendung. Was ist mit ‚es‘ gemeint? Warum nicht ‚brauchen wir‘ - und dann definieren, wer mit ‚wir‘ gemeint ist: wir Ärzte, wir akut oder chronisch kranke Patienten und/oder wir noch gesunde, aber potentielle kranke Otto-Normal-Verbraucher oder wir alle als Gesellschaft? ‚Braucht es‘ ist allgemeiner, von der Intension her stärker als ‚brauchen wir‘, erhebt einen moralischen Anspruch, ist eine Art kategorischer Imperativ - ein kategorischer Imperativ an uns Ärzte mit Auswirkungen auf unsere Patienten und die Gesellschaft. Ist das berechtigt oder ist es übertrieben, ja vielleicht sogar arrogant?

Historische, ökonomische und gesellschaftspolitische Gemengelage

Um moralischen Anspruch und Sinn und Zweck der Formulierung ‚braucht es‘ verständlicher zu machen, soll kurz der Kontext der Frage und die Gemengelage der vergangenen 25 Jahre umrissen werden: die rasante Technisierung und Digitalisierung der Medizin, die verlorene Kunst des Heilens, die Überschätzung der Evidenz-basierten Medizin (EBM), *Overdiagnose* und *Overtreatment* in der Medizin, die Ökonomisierung und *McDonaldisierung* des Gesundheitswesens, Versuche der Kontrolle der Kosten (*Managed Care*, Preise der Medikamente...), die Absicherungsmedizin aus Angst vor Schadensklagen, die hohe Fehlerrate im Gesundheitssystem westlicher Länder (68) und vor allem die in den letzten Jahren erschreckend

angestiegenen Burnout-Raten bei Ärztinnen und Ärzten (69,70) und anderen, im Gesundheitswesen arbeitenden Menschen. Dass heute über 50 % der Ärzte an Burnout leiden (69) und ein Viertel der Ärzte für Allgemeinmedizin nach 5 Jahren Tätigkeit in niedergelassener Praxis die Praxistätigkeit aufgeben und sich nach anderen medizinischen Berufsfeldern umsehen (71), ist mehr als nur besorgniserregend, es untergräbt einen ganzen Berufsstand und stellt die Gesellschaft vor erhebliche Belastungen (72). Einige reden gar vom drohenden Verlust der ärztlichen Professionalität (73) oder von der Dehumanisierung der Medizin (74).

Ärztliche Professionalität zwischen Kampfbegriff und Kernkompetenz

Professionalität ist ein ambivalenter, mehrdeutiger und mit Vorsicht zu verwendender Begriff. Ohne Kenntnis der historischen Genese ärztlicher Professionalität (73) benutzen manche den Begriff als Pseudoargument, als Kampfesgeschrei in gesellschaftspolitischen Auseinandersetzungen. Von anderen wird er als Schimpfwort verwendet für ärztliche Abschottung gegen Kritik oder zur Sicherung ärztlicher Pfründe (73). Freidson hat Anfang der 70er Jahre Charakteristika einer Profession an den Beispielen Jurisprudenz, Medizin und Klerus erläutert (75). Auch wenn unterschiedliche Professionen z.T. spezielle Charakteristika aufweisen, haben Professionen im Allgemeinen 4 Charakteristika gemeinsam: 1. einen Fundus an speziellen Wissen und Fähigkeiten, 2. eine Verpflichtung zu hohen Standards bei der Ausübung ihrer Dienste, 3. unterschiedliche Grade der Selbstregulation und Autonomie und 4. moralische und ethische Standards des Verhaltens. Mitglieder von Professionen widmen sich Problemen, die komplex und ‚schlecht sortiert‘ sind, die von Mitgliedern der Gesellschaft allein nicht gelöst werden können, die der Staat nicht lösen will und die zur Lösung spezielles Wissen und besondere Fähigkeiten erfordern. (Um den Rahmen des Themas nicht zu sprengen, müssen detaillierte soziologische Betrachtungen zur Professionalität, zum immanenten Sozialkontrakt zwischen Profession, Gesellschaft und Staat und zu den aufgrund gesellschaftlicher Veränderungen in den letzten Jahrzehnten entstandenen Verschiebungen im Verhältnis Ärzteschaft, Gesellschaft und Staat außen vor bleiben.)

Komponenten ärztlicher Professionalität

Professionalität bedeutet für verschiedene Leute in verschiedenen Kontexten jeweils etwas Unterschiedliches. Selbst unter Ärzten besteht kein Konsens darüber, was unter ärztlicher Professionalität zu verstehen ist. Manche verstehen darunter die Verpflichtung, up to date zu sein bezüglich dem Wissensfundus der Evidenz-basierten Medizin (EBM). Für andere ist eine perfekte Praxisorganisation mit Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit und Erreichbarkeit Inbegriff

einer Professionalität. Wieder andere sehen in Professionalität die Fähigkeit, auch in emotional belastenden Situationen unvoreingenommen und distanziert zu bleiben. Die Gesellschaft stellt völlig andere Anforderungen an die ärztliche Professionalität in den Vordergrund. Calman hat 1994 in England 9 Schlüsselanforderungen in Form von Verhaltensweisen oder Werten beschrieben, die die Öffentlichkeit von Ärzten erwartet (76) (s. Tab. 2). Hilton und Southgate (77) unterscheiden 6 Bereiche oder Domänen ärztlicher Professionalität: 1. Respekt vor Patienten, 2. ethische Praxis, 3. Reflektion / Selbstgewahrsamkeit, 4. Verantwortlichkeit, Verpflichtung zu Exzellenz und lebenslangem Lernen, 5. Teamwork und 6. soziale Verantwortung.

Tabelle 2:

Schlüsselanforderungen der Gesellschaft an Ärzte (nach Calman (76))

-
- hoher ethischer Standard
 - kontinuierliche berufliche Weiterbildung
 - Fähigkeit im Team zu arbeiten
 - sich kümmern sowohl um Gesundheit als auch um Krankheit
 - dem Patienten und der Gesellschaft verpflichtet zu sein
 - Verpflichtung zu klinischen Standards, Ergebnissen Effektivität und Kontrollen
 - Fähigkeit, klinische Ergebnisse zu definieren
 - Interesse an Änderungen und Verbesserungen, an Untersuchungen und an Entwicklung
 - Fähigkeit, verständlich zu kommunizieren
-

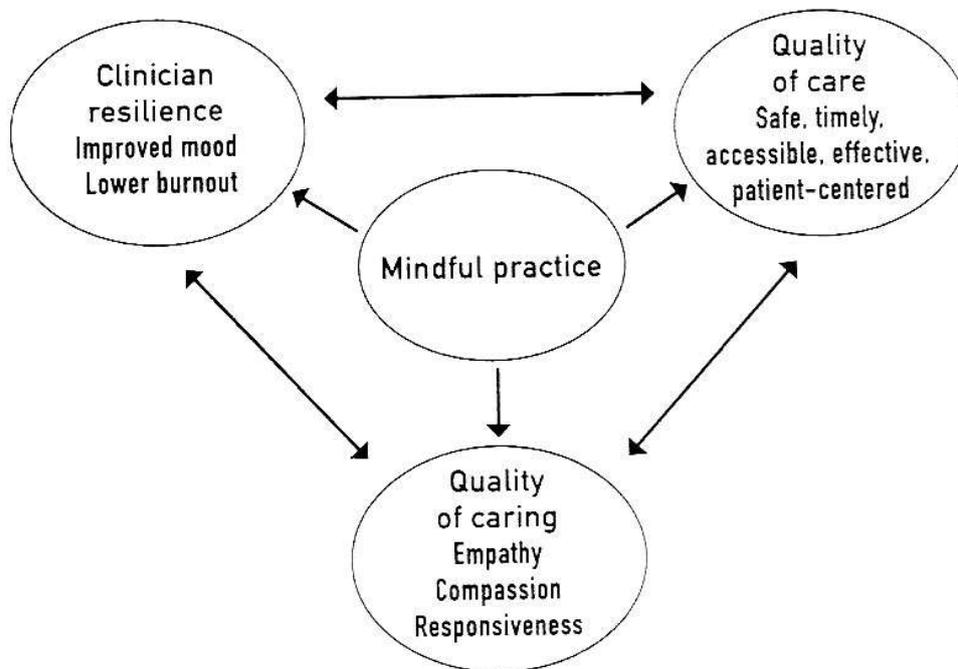
Gesellschaftliches Problem: krankes Gesundheitssystem

Wie können die Krise der Medizin, wie können hohe Fehlerrate im Medizinsystem (68) und hohe Burnout-Raten bei den im Gesundheitssektor Tätigen (69,70) beseitigt und vermieden werden? Wie können *Overuse* und *Overtreatment* reduziert und verloren gegangenes Vertrauen in die Medizin wiederhergestellt werden? Das Institut for Healthcare Improvement (IHI) hat 3 Ziele beschrieben, um das Gesundheitssystem (der USA) zu verbessern: 1. Verbesserung der individuellen Versorgungserfahrung, 2. Verbesserung der Gesundheit der Population und 3. Reduzierung der Kosten des Gesundheitssystems (78). Andere Autoren haben diesen 3 Zielen ein viertes hinzugefügt, das mit den genannten Zielen zusammenhängt (79) – die Verbesserung des Wohlbefindens von Ärzten (79,80).

Mindful practice kann, wie Epstein in seinem Buch ‚*Attending*‘ (4) dargestellt hat, 2 der 4 Ziele zur Verbesserung des Gesundheitssystems positiv beeinflussen: zum einen trägt es dazu bei, dass die gefühlte und objektiv gemessene Qualität der Betreuung der Patienten besser wird und zum anderen hat es Auswirkungen auf Wohlbefinden und Resilienz von Ärzten. Durch Abnahme der Burnout-Rate der im Gesundheitssystem arbeitenden Menschen können zusätzlich Kosten im Gesundheitssystem gespart werden: die Kosten für den Burnout-bedingten Turnover von Ärzten (72) und die Kosten für (Burnout-mitbedingte) Fehler im Medizinsystem, der inzwischen dritthäufigsten Todesursache in den USA (68) (s. Abb.1).

Abbildung 1:

Auswirkungen einer ‚mindful practice‘ auf Resilienz der Ärzte, auf messbare und gefühlte Qualität der Patientenbetreuung (aus Epstein (4))



Facit

In seinem Vortrag ‚Unverfügbar kostbar - Zur Bedeutung des Vertrauens in der Medizin‘ hat G. Maio (5) verschiedene Aspekte von Vertrauen aufgeführt: Vertrauen als Eintauchen in eine Situation, als explorative Aufgeschlossenheit, Vertrauen als konstruktiver Umgang mit Nichtwissen, Vertrauen als akzeptierte Verletzbarkeit, Vertrauen als Loslassen, alles selber machen zu müssen, als Gewährung von Freiheit, Vertrauen als Loyalitätserwartung, als nicht opportunistisches Verhalten, Vertrauen als Konstituierung einer Beziehung und Vertrauen als

gemeinschaftsstiftende Kraft. Eine achtsame Praxis schafft die Bedingungen dafür, dass Vertrauen zwischen Arzt und Patient entstehen kann.

Es ist höchste Zeit, dass ärztliche Standespolitik und Gesundheitspolitik den Bedingungen der Möglichkeit von *mindful practice* im ärztlichen Alltag und ihren Auswirkungen auf Qualität der Patientenbetreuung und Resilienz von Ärzten mehr Aufmerksamkeit schenken und dass wir Ärzte mutiger und konsequenter für ethische Standards unserer Profession eintreten und diese praktizieren – wir erhalten viel Anderes, was unserem Tun Bedeutung gibt, zurück.

Überarbeite und gekürzte Fassung eines Ende 2017 entstandenen Manuskripts ‚Was ist, wie geht und wozu braucht es ‚*mindful practice*‘? Über ärztliche Praxis und ärztliche Professionalität‘. Zur Publikation angenommen 2020, z.Zt. im Druck.

Literaturverzeichnis beim Verfasser

Prof. Dr. med. Ottmar Leiß
Internist / Gastroenterologe
65191 Wiesbaden
E-Mail: oleiss@web.de