

7 Was ist, wie geht und wozu braucht es ›mindful practice‹? Über ärztliche Praxis und ärztliche Professionalität

»Valid or not the complaint is heard from all sides that doctors no longer care for patients but are interested only in diseases. I believe this is generally not true, but insofar as it is perceived by patients and by commentators on modern medicine, our effectiveness as physicians is limited. We must consciously set about to reverse this faulty concept or change our ways to the extent that it may be true. The doctor's job is to care for people, not diseases.«

C. S. Davidson, 1984 (1)

»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.«

DCourt 1975 (2)

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

R. Epstein, 1999 (3)

7.1 Was ist ›mindful practice‹?

»Was-ist«-Fragen haben einen besonderen Charme: Sie sind mehrdeutig, und zwar sowohl ihrem Wortlaut nach als ihrer Absicht nach. ›Was-ist«-Fragen stellen sich beim Auftauchen eines unbekannten Wortes ebenso wie beim Auftauchen eines unbekannten Gegenstands. Sie verdanken sich naiver Neugier ebenso wie gebildeter Nachfrage, können Diagnosen oder Erklärungen ebenso einfordern wie Gering-schätzung für den Gegenstand der Nachfrage zum Ausdruck bringen« (4a).

Im Alltagsleben wird Substantiven bekanntlich eine größere Vorliebe entgegengebracht als Adjektiven oder Verben. Sofern Substantive keine Eigennamen für Personen, wichtige Dinge oder Ereignisse darstellen, sind sie unproblematische ›Dingworte‹, bei denen es um (natürliche oder künstliche) Dinge geht wie Blumen oder Autos oder um Ereignisse wie eine Hochzeit oder ein Gewitter (4b). Schwieriger wird es, wo Substantive ›abstrakte‹ Gegenstände wie ›Gott‹ oder die ›Welt‹ bezeichnen. Häufig sind Substantive von Adjektiven oder Verben abgeleitet wie z.B. ›Größe‹ von ›groß‹, ›Bescheidenheit‹ von ›bescheiden‹ oder ›Erkenntnis‹ von ›erkennen‹. Das Substantiv ›Praxis‹ ist vom Tätigkeitswort ›praktizieren‹ abgeleitet und meint im vorliegenden Kontext genauer ›Medizin praktizieren‹ oder ›als Arzt praktizieren‹. Mit der Substantivierung von Verben oder Adjektiven sind allerdings gewisse Gefahren verbundenen, vor allem die Suggestion, dass dieser ›Dingwortbildung‹ eine Verdinglichung, eine Gegenstandsbildung, entspricht (4b). Hierauf will ich hier nicht näher eingehen, sondern mich – dem Thema entsprechend – dem Adjektiv ›mindful‹, achtsam, zuwenden.

7.1.1 ›Mindful‹ – Modewort oder Schlüsselbegriff?

Was ist mit ›mindful‹ im Zusammenhang mit ärztlicher Praxis gemeint? Was haben die neuen Modewörter ›achtsam‹ und ›Achtsamkeit‹ in der ärztlichen Praxis zu suchen? Reicht es nicht, wenn in Büchern über Meditation, in psychologischen Ratgebern zu Lebenskrisen, zu Burnout und Neuanfang (5), ja selbst in Ratgebern zur Gartenarbeit von Achtsamkeit die Rede ist? In welchen ärztlichen Kontexten wird von ›mindfulness‹ und ›mindful‹ geredet und was ist in Bezug auf ›Medizin praktizieren‹ mit ›mindful‹ gemeint (3)? Wie lässt sich ›mindful practice‹ (3) einkreisen und vom Gegensatz, einer ›mindless practice‹ (6) abgrenzen? Ist ›mindful‹ nur ein Modewort oder steckt mehr dahinter? Ist es gar ein Schlüsselbegriff, ein Schlüssel, um etwas Verborgenes aufzuschließen?

Die Kombination des Begriffs ›ärztliche Praxis‹ mit dem Adjektiv ›achtsam‹ hat Ronald Epstein, ein Schüler George Engels, in einer viel beachteten Publikation 1999 geprägt und erläutert (3) und Jahre später Engels biopsychosoziale Vision mit ärztlicher Resilienz, mit Mitgefühl und der Qualität ärztlichen Handelns in Zusammenhang gebracht (7). Sein kürzlich erschienenes Buch hat er ›Attending‹ genannt

(8), kein Tätigkeitswort im engeren Sinne, sondern eher ein anhaltender ›Seinszustand‹, eine Haltung des Behandelns, Begleitens, sich um jemanden Kümmerens, eine Haltung, die in Epsteins Sicht für Medizin, Achtsamkeit und Humanität von zentraler Bedeutung ist. »Attending means showing up, being present, listening, and accompanying patients when it matters most. Attending is also a moral imperative: by being attentive, doctors not only provide the best care, they also honor each patient's humanity.« (9)

Epstein hat ›mindful‹ in seiner langjährigen Praxis buddhistischer Meditation nicht nur erlebt und am eigenen Leib erfahren, sondern zu einer inneren Haltung kultiviert, die ihm im ärztlichen Alltag den Umgang mit Unsicherheit, mit Stress, mit Kuriositäten und problematischen Patienten erleichtert hat (8). Thure von Uexküll, von Kindheit an mit den väterlichen biologischen Begriffen der ›Merkwelt‹ und der ›Wirkwelt‹ vertraut (10), 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 (11-13). 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 Rolle zukommt (14). ›Achtsam‹ ist diffuser, ›aufmerksam‹ konkreter 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 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 (5,15). 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 (16). Danach bilden drei miteinander zusammenhängende Teilkomponenten das Konstrukt Achtsamkeit: ›intention‹, ›attention‹ und ›attitude‹ (17).

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 (15,16,17). Das westliche Konzept von Achtsamkeit ist dagegen unabhängig von einer bestimmten Philosophie, Ethik oder einem System von Praktiken. Auch auf der Prozess-Ebene spielt in der buddhistischen Tradition die zugrunde liegende Philosophie mit ihrem Fokus auf Vergänglichkeit, Nicht-Selbst und Leiden eine zentrale Rolle (16,18). 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 (15). Auf der inhaltlichen Ebene betont die buddhistische Lehre das introspektive Gewahrsein körperlicher und psychischer Prozesse und Erfahrungen. In westlichen Konzepten von Achtsamkeit ist nicht nur die introspektive Sicht sensorischer Wahrnehmungen wichtig, sondern auch Aspekte externer sensorischer Objekte wie Blickfeld und Geruch (15).

Das psychologische Konstrukt Achtsamkeit wird teils als Einzelfaktor-Konstrukt (19,20), teils als mehrdimensionales Konstrukt (21,22) z.B. mit den Teilkomponenten Neugier, Akzeptanz, Mitgefühl u.a.m. (15) oder den Teilkomponenten ›*intention*‹, ›*attention*‹ und ›*attitude*‹ (17) angesehen. Nilsson hat ein Konstrukt aus den vier Teilkomponenten ›*awareness and attention*‹, ›*present-centredness*‹, ›*external events*‹ und ›*cultivation*‹ beschrieben (22) und später eine fünfte Komponente ›*ethical-mindedness*‹ hinzugefügt (23). Bezüglich konzeptioneller Diskussionen und methodischer Aspekte der Messbarkeit, Reproduzierbarkeit und Validität des Konstrukts Achtsamkeit sei auf weiterführende Literatur verwiesen (15, 25).

7.1.2 ›*Mindful*‹ als phänomenologische Herangehensweise, als ärztliche Grundhaltung

›Achtsam‹ und ›aufmerksam‹ sind Adjektive, die eine lebensweltliche, vorwissenschaftliche, phänomenologische Herangehensweise charakterisieren, unvoreingenommen, ohne Vorurteile, nicht Theorie-geladen. Auch wenn Achtsamkeit eine Haltung ist, die aus einer philosophisch-religiösen Meditationspraxis stammt und westliche Traditionen mit östlicher Weisheit verbinden will (5,15), basiert das zugrunde liegende philosophische Denken auf der Phänomenologie und der Philosophie des Pragmatismus (26). Brown und Cordon unterstreichen, dass Achtsamkeit dem entspricht, was Husserl als die phänomenologische Reduktion beschrieben hat (27).

Aus der phänomenologischen Herangehensweise folgt die Offenheit, die Unvoreingenommenheit und Theorie-Vergessenheit, d.h. die Herangehensweise eines Neulings auf dem betreffenden Gebiet. Lernbegierde, Neugier auf Neues, auf Über-

raschendes, Lernen durch Üben und Gewohnheitsbildung, Interesse an Prozess-Wissen u.a. sind dem Pragmatismus geschuldet.

Außergewöhnliche Ärzte scheinen – Epstein zufolge (3,8) – gewisse Fähigkeiten in einer Art ärztlicher Grundhaltung zu vereinen: die Fähigkeit zu kritischer Selbstreflektion bei allen ärztlichen Tätigkeiten, vor allem auch in Gegenwart des Patienten, die Fähigkeit, Probleme zu lösen, Informationen zu erläutern, evidenzbasierte Entscheidungen zu treffen, die Fertigkeit, technisch anspruchsvolle Untersuchungen durchzuführen und Einstehen für eigene Werte. Dieser Prozess der kritischen Selbstreflektion 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« (3). Dies hilft ihm, bei allen ärztlichen Tätigkeiten unvoreingenommen zu sein, dem Patienten neugierig, 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 fachlichen Wissen gleich kritisch gegenüberzustehen, 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« (28).

7.1.3 ›Mindful practice‹ als erfahrener Umgang mit explizitem und verborgenem Wissen

Klinisches Urteilen basiert auf ›explicit knowledge‹ und ›tacit knowledge‹ (29-32), auf explizitem und verborgenem Wissen. Das explizite Wissen ist im Wissenspool der evidenzbasierten Medizin gespeichert, beruht auf in randomisierten, Placebo-kontrollierten Studien gewonnenen objektiven Daten (29,33-36). Es kann z.B. in Cochrane-Reviews relativ problemlos kommuniziert, durch neue Erkenntnisse modifiziert und in evidenzbasierten klinischen 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 (3,29,32). Dieses Wissen ist im wahrsten Sinne des Wortes ›einverleibt‹, es wurde zu einer Gewohnheit, zu einer unreflektierten Handlung, wie z.B. die lange eingeübte Praxis des Klavierspiels oder des Fahrradfahrens. Dieses ›tacit knowledge‹ ist meist unbewusst und kann nur schwer in Worten erläutert werden (29,32). Nichtsdestoweniger hat es einen erheblichen Einfluss auf ärztliche Entscheidungen, macht einen Großteil dessen aus, was mit ›Blickdiagnose‹ umschrieben wird, wie das intuitive Erfassen eines M. Parkinson durch einen erfahrenen Neurologen oder einer 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*‹ im Allgemeinen durch eigene Beobachtung und eigene Praxis erworben (37). 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 (6,38,39). Evidenzbasiertes Wissen gibt medizinischer Entscheidungsfindung zwar eine Basis und Struktur (35), ist jedoch nicht geeignet, den mehr unbewussten Prozess klinischer Urteilsbildung ausreichend zu beschreiben (34). Wirkliche Experten beziehen in ihre Entscheidung Kontext, Kosten, praktische Aspekte und Werte des Patienten mit ein (35,36). Auch menschliche Faktoren wie Emotionen, Vorurteile, Scheu vor Risiken, Umgang mit Unsicherheit, langjähriges persönliches Kennen des Patienten u.a. beeinflussen das ärztliche Urteilsvermögen und die ärztlichen Entscheidungen (31, 40-45).

Ärztliche Urteilsbildung ist Wissenschaft und Kunst (46,47). Evidenzbasierte Modelle zur ärztlichen Entscheidungsfindung (wie z.B. Entscheidungsbäume) sind zwar brauchbare Werkzeuge, jedoch in komplexen klinischen Situationen nicht immer hilfreich (43). 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 das Kennen der Persönlichkeit des Patienten bleibt in Algorithmen rationaler Entscheidungsbäume außen vor.

7.1.4 ›*Mindful practice*‹ als professionelles Wissen und kritische Selbstreflexion

Epstein (3) unterscheidet neben dem ›*Level of Awareness*‹, dem Grad des Bewusstseins, in Anlehnung an Eraut (48) vier 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, ›gegogelt‹ oder erarbeitet werden, sondern tritt in impressionistischer Art ins Bewusstsein als ›Gestalt-Erkennung‹ oder als klinisches Bauchgefühl. Es bedarf kritischer Selbstreflexion, 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 evidenzbasierten Wissens zu sehen.

Prozess-Wissen ist Wissen darüber, wie eine Aufgabe (wie z.B. Informationsbeschaffung oder Durchführung einer technischen Untersuchung wie Sonografie oder Endoskopie) anzugehen und durchzuführen ist (45). Prozess-Wissen beinhaltet auch das Nachdenken über die eigenen Denkgewohnheiten, ist als ›*Meta-Processing*‹ auch Nachdenken über das Nachdenken und Nachfühlen der Gefühle. So kann z.B. in der Nachbearbeitung von Videosequenzen zu aufgezeichneten Patientenkontakten der Medizinstudent oder Arzt in der Ausbildung lernen, hinter dem scheinbar ›flecklosen‹ Gesamtbild blinde Flecken zu erkennen und unbewusster Inkompetenz gewahr zu werden, um sie ändern zu können.

Der vierte 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 7.1 zusammengefasst (3).

Tabelle 7.1: **Charakteristika einer achtsamen Praxis** (nach Epstein (4))

- 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

7.1.5 ›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 Beobachter einer lebensweltlichen Situation, ein Charakteristikum der menschlichen Spezies (49). 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 wird, bzw. des ärztlichen Umfelds, in dem der angehende Arzt ausgebildet, zu kritischem Denken, zu lebenslangem Lernen und zum Einüben von Achtsamkeit und Gewahrsein der eigenen Gefühle angeleitet wird.

Ein guter Arzt zu werden, ist mehr als sich Fachwissen anzueignen. Es erfordert neben kritischer Selbstreflektion (46,47) und Auseinandersetzung mit eigenen Denkfehlern (6,38,39) ein immer neues sich Beschäftigen mit ethischen (50-52) und humanistischen (53,54) Aspekten des Arztseins, es erfordert lebenslange Arbeit an der eigenen Kompetenz und der eigenen Professionalität (55). Komponenten einer achtsamen Praxis sind stichwortartig in Tabelle 7.2 zusammengefasst.

7.1.6 ›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‹ (11), im Einleitungskapitel der ›Psychosomatischen Medizin‹ (13) und von Thure von Uexküll und anderen in der ›Integrierten Medizin‹ (12) 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 (56,57) vereinen. *Integrierte Medizin* will die Teildisziplinen, die technischen Untersuchungsmöglichkeiten, die sprechende Medizin, die wissenstheoretischen Rahmenbedingungen (Stichwort »evidenzbasierte Medizin« (EBM)), die gesellschaftlichen und ökonomischen Anforderungen, die Patientenautonomie und Patientensicherheit und vieles andere mehr, zu einem Ganzen, in einer humanen Medizin integrieren (58) (siehe Kapitel 1).

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 geübt 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.

Tabelle 7.2: **Komponenten von Achtsamkeit** (modifiziert nach Weiss, Harrer und Dietz (6))

1. Achtsamkeit als bestimmter Modus des Seins:

- rezeptives Beobachten und Gewahrsein:
innere und äußere Reize werden bewusst bemerkt und wahrgenommen
- Aufmerksamkeitslenkung auf den gegenwärtigen Moment
- Unterlassung automatischer (Handlungs-) Reaktionen auf innere und äußere Erfahrungen (im Gegensatz zum sog. „Autopilotenmodus“)
- Metakognition: Bewusstheit über den Prozess der Aufmerksamkeitslenkung
- beobachtende Teilhabe: man ist beteiligt, nicht abgespalten oder dissoziiert
- bewusstes Handeln

2. Achtsamkeit als bestimmte Haltung der Erfahrung gegenüber:

- Akzeptanz: Erfahrungen werden so akzeptiert, wie sie sind
- Nicht-Bewertung: Erfahrungen werden nicht als gut oder schlecht bewertet
- Unvoreingenommenheit: keine Einordnung in bereits bestehende Konzepte
- Anfängergeist: die Dinge werden mit Interesse und Neugier so betrachtet, als ob man sie zum ersten Mal sehen würde
- Zulassen und Erlauben als Gegensatz zu Vermeidung und Unterdrückung von Erfahrungen
- kein Veränderungswunsch: Dinge nicht anders haben wollen als sie sind
- Intentionalität: bewusste Absicht, achtsam zu sein

3. Achtsamkeit als habituelle Anwendung bestimmter Techniken:

- Zugangskonzentration: Konzentration und Fokussierung führen zu innerer Ruhe als Voraussetzung für Achtsamkeit
- Etikettieren: das Benennen der Erfahrung mit einfachen Worten, ohne konzeptionelle Analyse

4. Achtsamkeit ist mit Zielen und Wirkungen verbunden:

- Einsicht und Klarblick bedeuten, sich selbst und die Welt immer genau so wahrzunehmen, wie sie ist
- Ruhe, innerer Frieden und Gleichmut
- Entwicklung von Freiheit; Befreiung von Leid in umfassendem Sinne oder von einzelnen Symptomen im Sinne einer Heilung
- Entwicklung von liebender Güte, Mitgefühl und Mitfreude
- Selbstregulation
- Effektivität
- Präsenz
- Ermöglichung neuer Erfahrungen

7.2 Wie geht ›mindful practice‹?

Die Frage ›wie geht‹ meint zweierlei, einmal ›wie funktioniert das‹ und zum anderen ›wie geht man vor‹. Zwar klingt ›funktionieren‹ im Zusammenhang mit ärztlicher Praxis sehr mechanistisch und technisch, gemeint ist mit dieser Teilfrage jedoch, wie etwas zusammenwirkt, d.h. die Frage nach Wirkungsmechanismen. ›Wie geht‹ meint zum andern ›wie geht man vor‹ oder ›wie soll man vorgehen‹, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen. 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 (59-61), das Prinzip der methodischen Ordnung herausgestellt und am Beispiel des Kuchenbackens verdeutlicht. Wie das Kinderlied sagt, braucht es hierzu sieben Sachen: ›Eier und Schmalz, Zucker und Salz, Milch und Mehl, Safran macht den Kuchen gel‹ (62). Diese sieben 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.

In seinen Büchern ›Theorie der Humanmedizin‹ (11) und ›Integrierte Medizin‹ (12) ist Thure von Uexküll neben der Charakterisierung des Gegenstandsbereichs und der Ziele der Integrierten Medizin auch auf das methodische Vorgehen, auf Hilfsmittel und Werkzeuge beim ›Integrieren‹ von Teilaspekten der Medizin eingegangen. Um Uexkülls Anliegen einer Integrierten Medizin über die historische Entwicklung der Psychosomatik in Deutschland hinaus (63) in einen breiteren und internationalen Kontext zu bringen, soll bei den Voraussetzungen der Möglichkeit und bei den ›tools‹ einer Integrierten Medizin auf Epsteins ›mindful practice‹ (3) und ›Attending‹ (8) detaillierter eingegangen werden.

7.2.1 Welche Wirkmechanismen liegen ›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 (15,19,25), rückte die Frage nach zugrunde liegenden neurobiologischen Prozessen und Wirkungsmechanismen von Achtsamkeit ins Zentrum wissenschaftlicher Forschung und theoretischer Diskussionen.

Unter möglichen Mechanismen, durch 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 Wiederkauen von Problemen und stereotypischen bis rigiden Verhaltensmustern zuwiderläuft. Diese höherstufige Einsicht erleichtert einen 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 der eigenen Reaktion und des eigenen Verhaltens (15,17).

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, zu größerer Toleranz gegenüber schwierigen Situationen, mehr emotionaler Ausgeglichenheit und kognitiver Sicherheit mit entsprechend adaptiveren Verhaltensantworten (15, 17).

Der 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 Gefühlen, ihrer Natur nach ohne Substanz und ohne Bedeutung sind, nur Gedanken und nur Gefühle, nicht notwendigerweise Reflektionen über die Realität (16,18). Die in Achtsamkeitsübungen zentrierte Akzeptanz der Dinge, so wie sie sind, könnte über neurobiologische Mechanismen, die dem Konstrukt ›*Non-attachment*‹/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 führen (15).

Als weiterer möglicher Mechanismus wird ein *verbessertes Zusammenspiel von Körper und Geist* diskutiert, das sich in messbaren immunologischen Effekten und

erhöhter Toleranz gegenüber Stress und Schmerzen äußert. Der Achtsamkeit wird darüber hinaus eine *Rolle im integrierten Funktionieren* des Gesamtorganismus zugeschrieben. Im beobachtenden Zustand der Achtsamkeit tritt eine Art »exzentrische Positionalität« (15) ein, die eine Distanz zu zentrischen, ego-basierten Perspektiven und Interpretationen schafft. Der Wechsel 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. Antonovskys »sense of coherence« beinhaltet die globale Orientierung eines Individuums auf Anforderungen der Welt (64,65). 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 (64,65). Einzelne Studien belegen, dass ein »mindfulness-based stress reduction-training« (MBSR) den Score des Kohärenzsinnes erhöht (66,67). Andere Studien ergaben Änderungen der Coping-Strategien wie Abnahme des »catastrophizing« (68), der Tendenz, zu dramatisieren, und eine Reduktion des »Wiederkäuens« von Problemen (69) – sozusagen Effekte auf die SOC-Teilkomponente »managementability«/Handhabbarkeit. Wieder andere Studien beschreiben einen verstärkten Sinn für die eigene Verantwortung für Gesundheit und Krankheit (70), d.h. Effekte auf die SOC-Teilkomponente »meaningfulness«/Bedeutsamkeit.

Shapiro et al. (17) 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 die Selbstregulation und Selbsterfahrung 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 heran geht, wie z.B. Offenheit gegenüber Kommendem, Akzeptanz dessen, was ist, Üben in Geduld und Verzicht darauf, etwas erreichen zu wollen. Diese gelassenere Sicht der Wahrnehmung reduziert die subjektive Färbung und überlappt mit dem, was oben unter »nonattachment«/Nichtbetroffenheit und Wechseln von der Teilnehmer-

Perspektive der ersten Person in die Beobachter-Perspektive einer dritten Person beschrieben wurde.

Als weiterer Mechanismus, über den die Achtsamkeit Effekte bewirkt, wird die *Klärung von Werten und die Verbesserung der Selbstregulation* angesehen. Das Stehen zu Gedanken und Emotionen in einer offenen, nicht urteilenden Weise soll eine größere Klarheit für die eigenen Werte ermöglichen und ein Verhalten erleichtern, das mit den eigenen Werten in Einklang steht (15).

7.3 Voraussetzungen der Möglichkeit von ›mindful practice‹ in der ärztlichen Praxis

Ausgehend von Kabat-Zinns 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 (16), haben Shapiro et al. (17) ein Modell vorgeschlagen, das zentrale Aspekte von ›mindfulness‹ und Wirkungsweise verständlich machen soll (Abb. 7.1). Sie und andere (19) betonen, dass bei der Integration buddhistischer Meditationspraxis in westliche Kulturen der zugrunde liegende Kerngedanke des Buddhismus außen vor geblieben ist und nur noch das Vehikel, das den Kerngedanken zu transportieren hilft, die Meditation, übrig geblieben ist (siehe oben unter Unterschiede auf der Kontext- und Prozessebene zwischen buddhistischen Traditionen und westlichem Verständnis von Achtsamkeit).

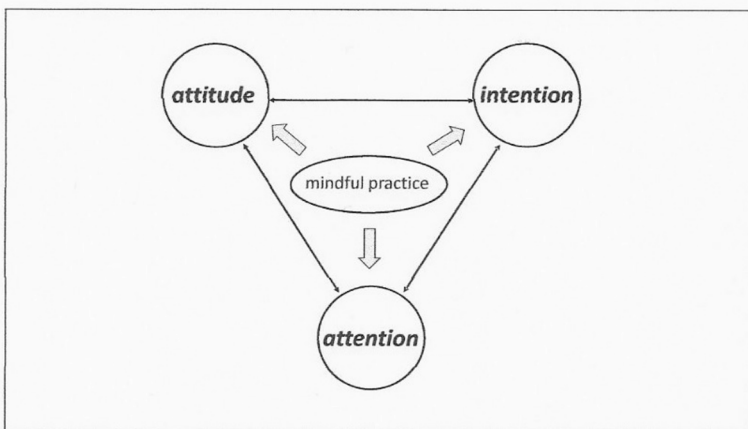


Abb. 7.1 Psychologisches Konstrukt von Mindfulness (nach Shapiro et al. (17))

7.3.1 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 Tuns und Lassens mitbestimmen, wie Shapiro et al. betonen (17), müssen Ärzte in westlichen Ländern, die – wie ich selbst – die buddhistische Meditation nicht kennen (16,18) und nicht praktizieren, christliche, humanistische und ethische Aspekte der Intention unseres Handelns stärker ins Zentrum rücken (51-53). 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« (71).

Das ›*back to the roots*‹, das Zurück zur Frage, warum man Medizin studiert hat und Arzt werden wollte (50,51), die Suche nach handlungsleitenden Metaphern ärztlicher Praxis (72) 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., 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 (15). 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 (17).

7.3.2 Aufmerksamkeit für das Umfeld und sich selbst

Wenn man es eilig hat, soll man langsam gehen (73). Und nicht das Ziel ist das Ziel, der Weg ist das Ziel und jeder Schritt ist ein Ziel (74). In der ärztlichen Praxis immer aufmerksam zu sein, gelingt nur, wenn die Atmosphäre stimmt, innere und äußere Störfaktoren ausgeschaltet sind: leichter gesagt als getan.

Die Atmosphäre, das ist 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 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 (75). Für äußere Störfaktoren, wie z.B. das Durchstellen von Telefonaten in die laufende Sprechstunde, müssen ebenso klare Vorgaben existieren, wie für 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 (75) (siehe auch Kapitel 11).

›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 zwei Notfallpatienten durcheinanderkommt 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‹ (8)? 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 drei bis fünf wichtigsten Punkte in einer Art Hitliste zusammenzufassen, die zunächst angegangen werden sollen (76)? Kurz, bin ich aufnahmebereit, unvoreingenommen und neugierig oder schleiche ich lustlos und beladen auf gewohnten Trampelpfaden?

Auf den Aspekt, dass auch die Standespolitik und Gesundheitspolitik den Bedingungen der Möglichkeit von ›mindful practice‹ mehr Aufmerksamkeit schenken sollte, wird weiter unten eingegangen.

7.3.3 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‹ sind. Was sich wirklich mitteilt, ist die Haltung, der Charakter.

Natürlich kann man seinen Charakter nur bedingt beeinflussen, aber man kann. So wie man ein 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 (77,78). 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 Motorik 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 (79).

Eine hilfreiche Physiotherapie für ärztliche Fehlhaltungen ist die Patienten-zentrierte Selbsterfahrung in Balint-Gruppen oder Seminaren zur Reflektierten Kasuistik, auf die in Kapitel 8 ausführlicher eingegangen wird (80).

7.4 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‹? Dann muss man definieren, wer mit ›wir‹ gemeint ist: wir Ärzte, wir akut oder chronisch kranke Patienten und/oder wir noch gesunde, aber potenziell kranke ›Otto Normalverbraucher‹ 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?

7.4.1 Historische, ökonomische und gesellschaftspolitische Gemengelage

Um die Notwendigkeit, den Sinn und Zweck der Formulierung ›braucht es‹ verständlicher zu machen, soll kurz der Kontext der Frage und die Gemengelage der vergangenen 25 Jahre, in denen die Frage zunehmend virulenter geworden ist, um-

rissen werden: die rasante Technisierung und Digitalisierung der Medizin (81), die verlorene Kunst des Heilens (53), die Überschätzung der evidenzbasierten Medizin (EBM) (82,83), *Overdiagnose* und *Overtreatment* in der Medizin (84-86), die Ökonomisierung und ›McDonaldisierung‹ des Gesundheitswesens (87), Versuche der Kontrolle der Kosten (›*managed care*‹, Preise der Medikamente u.a. (88,89)), die Absicherungsmedizin aus Angst vor Schadensklagen (90,91), die hohe Fehlerrate im Gesundheitssystem westlicher Länder (92) und vor allem die in den letzten Jahren erschreckend angestiegenen Burnout-Raten bei Ärztinnen und Ärzten (93-95) und anderen im Gesundheitswesen arbeitenden Menschen (96). Dass heute über 50 % der Ärzte an Burnout leiden (94,96), ein Viertel der Ärzte für Allgemeinmedizin nach fünf Jahren Tätigkeit in niedergelassener Praxis die Praxistätigkeit aufgeben und sich nach anderen medizinischen Berufsfeldern umsehen (97), ist mehr als nur besorgniserregend, es untergräbt einen ganzen Berufsstand und stellt die Gesellschaft vor erhebliche Belastungen (98). Einige reden gar vom drohenden Verlust der ärztlichen Professionalität (99) oder von der Dehumanisierung der Medizin (100).

7.4.2 Ärztliche Professionalität zwischen Kampfbegriff und Kernkompetenz

Professionalität ist ein ambivalenter, mehrdeutiger und mit Vorsicht zu verwendender Begriff. Ohne Kenntnis der historischen Genese ärztlicher Professionalität (99,101) benutzen manche den Begriff als Pseudoargument, als Kampfesgeschrei in gesellschaftspolitischen Auseinandersetzungen (99). Von anderen wird er als Schimpfwort verwendet für ärztliche Abschottung gegen Kritik (›eine Krähe hackt der anderen kein Auge aus‹) oder zur Sicherung ärztlicher Pfründe (99).

Freidson hat Anfang der 70er-Jahre Charakteristika einer Profession an den Beispielen Jurisprudenz, Medizin und Klerus erläutert (102). Auch wenn unterschiedliche Professionen z.T. spezielle Charakteristika aufweisen, haben Professionen im Allgemeinen vier Charakteristika gemeinsam,

- 1) einen Fundus an speziellem Wissen und speziellen Fähigkeiten,
- 2) eine Verpflichtung zu hohen Standards bei der Ausübung ihrer Dienste,
- 3) unterschiedliche Grade der Selbstregulation und Autonomie sowie
- 4) moralische und ethische Standards des Verhaltens.

Mitglieder von Professionen widmen sich Problemen, die komplex und ›schlecht sortiert‹ (103) 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.

Im vorliegenden Kontext sollen – um den Rahmen des Themas nicht zu sprengen – detaillierte soziologische Betrachtungen zur Professionalität (104-106), zum

immanenten Sozialkontrakt zwischen Profession, Gesellschaft und Staat (107) und zu den aufgrund gesellschaftlicher Veränderungen in den letzten Jahrzehnten entstandenen Verschiebungen im Verhältnis Ärzteschaft, Gesellschaft und Staat (106,107) außen vor bleiben. Anforderungen der Gesellschaft an die ärztliche Profession sind in Tabelle 7.3 zusammengefasst (106).

Aufgrund der oben stichwortartig dargestellten ökonomischen, gesellschafts-politischen und medizinphilosophischen Gemengelage ist die Diskussion um die ärztliche Professionalität in den letzten 20 Jahren wieder neu entfacht. Sie kreist letztlich um Probleme, die schon Aristoteles in seiner Nikomachischen Ethik (108) erörtert hat, d.h., um menschliche Eigenschaften, die Weisheit ermöglichen und zu Urteilen zum Nutzen anderer Menschen befähigen:

- Episteme – Wissen, das für die Praxis benötigt wird
- Techné – (technische) Fähigkeiten und handwerkliches Können
- Phronesis – Weisheit oder praktisches Wissen, d.h. die Fähigkeit der Urteilsbildung zur Lösung komplexer Probleme und Interessenkonflikte.

Im Zusammenhang mit ›*mindful practice*‹ stellen Überlegungen zu Komponenten der ärztlichen Professionalität und zur Frage der Anforderungen der Gesellschaft an einen ›guten‹ Arzt Aspekte dar, die über die individuelle Art und Weise, wie ein Arzt seine Tätigkeit praktiziert, hinausgehen und grundsätzliche Aspekte ärztlichen Handelns beinhalten. Insofern tangiert die Frage ›Wozu braucht es ›*mindful practice*‹?‹ auch die aktuelle Debatte um ärztliche Professionalität.

7.4.3 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 des Wissensfundus der evidenzbasierten Medizin. Für andere ist eine perfekte Praxisorganisation mit Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit und Erreichbarkeit der 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 neun Schlüsselanforderungen in Form von Verhaltensweisen oder Werten beschrieben, die die Öffentlichkeit von Ärzten erwartet (109) (siehe Tabelle 7.3). Der britische *General Medical Council* hat eine Liste von 14 Pflichten eines Arztes seiner Publikation ›*Good Medical Practice*‹ (110) zugrunde gelegt und der Ärzteschaft als Profession ins Stammbuch geschrieben.

Tabelle 7.3:

Schlüsselanforderungen der Gesellschaft an Ärzte (nach Calman (109))

-
- 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
-

Basierend auf beobachtbarem ärztlichem Verhalten hat H. Swick in den USA starke Argumente für eine normative Definition von ärztlicher Professionalität ins Feld geführt (111). Beobachtbare Verhaltensweisen wurden auch von der *Association of American Medical Colleges* (AAMC) zur Akkreditierung und Re-Akkreditierung von Ärzten aufgegriffen (112) und vom *American Board of Internal Medicine* (ABIM) im ›Project Professionalism‹ weiterentwickelt (113). Der Definition der ABIM zufolge lassen sich sechs Komponenten ärztlicher Professionalität unterscheiden, die in Tabelle 7.4 aufgelistet sind. Im deutschsprachigen Raum sind von Troschtko und Dörner der Frage nachgegangen, ob es definierbare Anforderungen an Ärzte gibt und ob ärztliche Grundhaltungen nötig sind, um ein guter Arzt zu werden und zu sein (51,52).

Frazer und Greenhalgh betonen, dass Fähigkeiten wichtiger sind als Kompetenzen (43). Kompetenzen in Form von speziellem Wissen, Einstellung und handwerklichem Können sind zwar leichter zu überprüfen, sind aber insbesondere in schnell sich verändernden Feldern nicht so bedeutsam wie Fähigkeiten eines Individuums, sich Veränderungen anzupassen, sich neue Kenntnisse anzueignen und in der Erfüllung anstehender Aufgaben fortlaufend besser zu werden. Fähigkeiten können nicht im Hörsaal vermittelt oder aus Büchern gelernt werden, sondern nur durch Engagement in unsicheren Situationen und komplexen Kontexten, durch Feedback und kritische Reflektion, durch kreativen Umgang mit neuen Situationen, durch Teamwork und Problem-orientiertes Lernen erworben werden (43). Hilton und Southgate (114) unterscheiden sechs Bereiche oder Domänen ärztlicher Professionalität:

Tabelle 7.4:

Komponenten ärztlicher Professionalität (nach ABIM (113))

- Altruismus
- Verantwortlichkeit
- Exzellenz
- Zweifel
- Achtung und Integrität
- Respekt vor anderen

- 1) Respekt vor Patienten
- 2) Ethische Praxis
- 3) Reflektion/Selbstgewahrsamkeit
- 4) Verantwortlichkeit – Verpflichtung zu Exzellenz und lebenslangem Lernen
- 5) Teamwork
- 6) Soziale Verantwortung

7.4.4 Gesellschaftliches Problem: krankes Gesundheitssystem

Wie können die oben beschriebene Krise der Medizin, Fehler im Medizinsystem (92) und hohe Burnout-Raten bei den im Gesundheitssektor Tätigen (93-95) beseitigt und vermieden werden? Das *Institut for Healthcare Improvement* (IHI) hat drei Ziele beschrieben, um das Gesundheitssystem der USA zu verbessern (115):

- 1) Verbesserung der individuellen Versorgungserfahrung
- 2) Verbesserung der Gesundheit der Population
- 3) Reduzierung der Kosten des Gesundheitssystems

Andere Autoren haben diesen drei Zielen ein viertes hinzugefügt, das mit den genannten Zielen zusammenhängt (116) – die Verbesserung des Wohlbefindens von Ärzten (116-119).

›*Mindful practice*‹ kann, wie Epstein in seinem Buch ›*Attending*‹ (8) dargestellt hat, zwei der vier 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 das Wohlbefinden und die Resilienz von Ärzten (siehe Abb. 7.2). Durch die Abnahme der Burnout-Rate der im Gesundheitssystem arbeitenden Menschen

können zusätzlich Kosten im Gesundheitssystem gespart werden, nämlich die Kosten für den Burnout-bedingten *Turnover* von Ärzten (98) und die Kosten für Burnout-mitbedingte Fehler im Medizinsystem (in den USA inzwischen die dritthäufigste Todesursache) (92). Es ist höchste Zeit, dass die ärztliche Standespolitik und die Gesundheitspolitik den Bedingungen der Möglichkeit von ›mindful practice‹ und ihren Auswirkungen auf die Qualität der Patientenbetreuung und Resilienz von Ärzten mehr Aufmerksamkeit schenken.

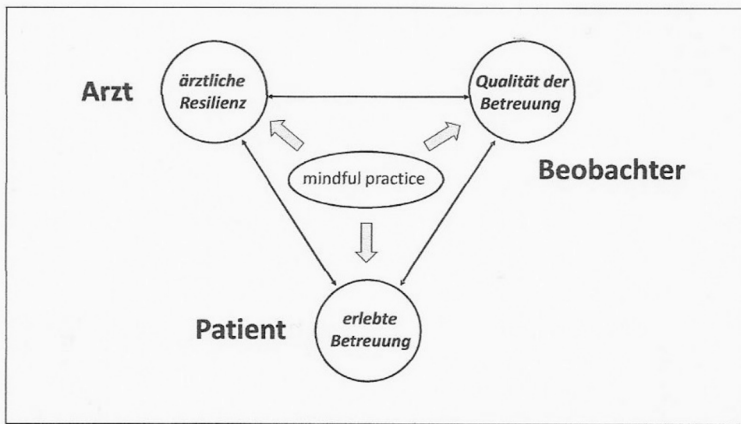


Abb. 7.2: Auswirkungen einer ‚mindful practice‘ auf Resilienz der Ärzte, auf messbare und gefühlte Qualität der Patientenbetreuung (nach Epstein (9))

Literatur

- 1 Davidson CS. Are we physicians helpless? N Engl J Med 1984; 310: 1116-1118.
- 2 Court D. Sir James Spence. Archive of Diseases in Childhood 1975; 50(2): 85-89.
- 3 Epstein R. Mindful practice. JAMA 1999; 282: 833-839.
- 4 Janisch P. Was ist Erkenntnis? Eine philosophische Einführung. beck'sche reihe 1376. München: Verlag C.H. Beck; 2000. a) S. 7; b) S. 12.
- 5 Weiss H, Harrer ME, Dietz T. Das Achtsamkeit-Buch. Stuttgart: Klett-Cotta; 2010. 6.Aufl. 2012.
- 6 Croskerry P. From mindless to mindful practice – cognitive bias and clinical decision making. New Engl J Med 2013; 368: 2445-2448.
- 7 Epstein RM. Realizing Engel's biopsychosocial vision: resilience, compassion, and quality of care. Int J Psychiatry Med 2014; 47: 275-287.

- 8 Epstein R. *Attending. Medicine, Mindfulness, and Humanity*. New York/London/Toronto: Scibner. 2017.
- 9 Epstein R. Author's Note. In: Epstein R. *Attending. Medicine, Mindfulness, and Humanity*. New York/London/Toronto: Scibner. 2017:xii.
- 10 von Uexküll J. Der Funktionskreis. In: von Uexküll J. *Kompositionslehre der Natur. Biologie als undogmatische Naturwissenschaft. Ausgewählte Schriften*. Herausgegeben und eingeleitet von Thure von Uexküll. Frankfurt/Berlin/Wien: Propyläen, Verlag Ullstein; 1980: 226-290.
- 11 von Uexküll Th, Wesiak W. *Theorie der Humanmedizin*. Urban & Schwarzenberg, München/Wien/Baltimore; 1988.
- 12 von Uexküll Th. Integrierte Medizin – ein lernendes Modell einer nicht-dualistischen Heilkunde. In: von Uexküll Th, Geigges W, Plassmann R (Hg.). *Integrierte Medizin – Modell und klinische Praxis*. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag. 2002; 3-22. a) S. 17; b) S. 22.
- 13 von Uexküll Th, Wesiak W. Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: ein bio-psycho-soziales Modell. In: Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, von Uexküll Th, Wesiak W (Hg.). *Uexküll Psychosomatische Medizin*. München: Urban & Fischer; 6. Aufl. 2003: 3-42.
- 14 Lenk H. Interpretationen und Imprägnationen. In: Simon H (Hg.). *Orientierung in Zeichen. Zeichen und Interpretationen III*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag. suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1278; 1997: 19-40.
- 15 Keng S-L, Smoski MJ, Robins CJ. Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Cin Psychol Rev* 2011; 31(6): 1041-1056.
- 16 Kabat-Zinn, J. *Wherever you go there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York, NY: Hyperion; 1994.
- 17 Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, Freedman B. Mechanisms of mindfulness. *J Clin Psychol* 2006; 62(3): 373-386.
- 18 Dalai Lama. *Einführung in den Buddhismus. Die Harvard-Vorlesungen*. Freiburg/Basel/Wien: Herder Verlag; 2. Aufl. 1993.
- 19 Brown KW, Ryan RM, Creswell JD. Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry* 2007; 18: 211-237.
- 20 Carmody J, Baer RA, Lykins ELB, Olendzki N. An empirical study of the mechanisms of mindfulness in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Clinical Psychology* 2009; 65: 613-626.
- 21 Lau MA, Bishop SR, Segal ZV, Buis T, Anderson ND, Carlson L, Carmody J. The Toronto Mindfulness Scale: Development and validation. *Journal of Clinical Psychology* 2006; 62: 1445-1467.
- 22 Feldman G, Hayes A, Kumar S, Greeson J, Laurenceau J. Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 2007; 29: 177-190.

- 23 Nilsson H. A four dimensional model of mindfulness and its implication for health. *Psychology of Religion and Spirituality* 2014; 6: 162-174.
- 24 Nilsson H, Kazemi A. Reconciling and thematizing definitions of mindfulness: The big five of mindfulness. *Review of General Psychology* 2016; 20(2): 183-193.
- 25 Didonna F (ed). *Clinical Handbook of Mindfulness*. New York: Springer; 2009.
- 26 Epstein R. Being mindful. In: Epstein R. *Attending. Medicine, Mindfulness, and Humanity*. New York/London/Toronto: Scibner. 2017: 1-14.
- 27 Brown KW, Cordon S. Toward a phenomenology of mindfulness: Subjective experience and emotional correlates. In: Didonna F (ed). *Clinical Handbook of Mindfulness*. New York: Springer, 2009: 59-81.
- 28 Alain. *Sich beobachten heißt sich verändern*. insel taschenbuch 1559. Frankfurt/Leipzig: Insel Verlag; 1994.
- 29 Goldman GM. The tacit dimension of clinical judgment. *Yale J Biol Med* 1990; 63: 47-61.
- 30 Polanyi M. *Personal Knowledge: Towards a Post-Critical Philosophy*. Chicago, Ill: University of Chicago Press; 1974.
- 31 Feinstein AR. »Clinical Judgment« revisited: the distraction of quantitative models. *Ann Intern Med* 1994; 120: 799-805.
- 32 Henry SG. Polanyi's tacit knowing and the relevance of epistemology to clinical medicine. *J Eval Clin Pract* 2010; 16(2): 295-5.
- 33 Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*. New York, NY: Churchill Livingstone; 1997.
- 34 Tilburt JC. Evidence-based medicine beyond the bedside: keeping an eye on context. *J Eval Clin Pract*. 2008; 14(5): 721-725.
- 35 Howick J. *The Philosophy of Evidence-Based Medicine*. BMJ Books, Wiley-Blackwell; 2011.
- 36 Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N, for the Evidence Based Medicine Renaissance Group: Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ* 2014; 348: g3725.
- 37 Epstein RM, Cole DR, Gawinski BA, Piotrowski-Lee S, Ruddy NB. How students learn from community-based preceptors. *Arch Fam Med*. 1998; 7: 149-154.
- 38 Berner ES, Graber ML. Overconfidence as a cause of diagnostic error in medicine. *Am J Med* 2008; 121 Suppl: S2-S23.
- 39 Croskerry P. Context is everything or how could I have been that stupid? *Health-care Quarterly* 2009; 12: e171-e177.
- 40 Kassirer JP. Our stubborn quest for diagnostic certainty: a cause of excessive testing. *N Engl J Med*. 1989; 320: 1489-1491.
- 41 Quill TE, Suchman AL. Uncertainty and control: learning to live with medicine's limitations. *Humane Med* 1993; 9: 109-120.
- 42 Tanenbaum SJ. What physicians know. *N Engl J Med*. 1993; 329: 1268-1271.

- 43 Fraser SW, Greenhalgh T. Coping with complexity: educating for capability. *BMJ* 2001; 323: 799-803.
- 44 Cumming A.D., Noble S.I.R. Good medical practice. In: Colledge N.R., Walker B.R., Ralston S.H. (eds.): *Davidson's Principles and Practice of Medicine*, 21st edition. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier; 2010: 1- 15.
- 45 Howick J. Knowledge that versus knowledge how: situating the EBM position on expert clinical judgement (chapter 11). In: Howick J. *The Philosophy of Evidence-Based Medicine*. BMJ Books, Wiley-Blackwell; 2011: 158-183.
- 46 Montgomery K. *How doctors think: clinical judgement and the practice of medicine*. Oxford University Press; 2006.
- 47 Groopman J. *How doctors think*. Boston/New York: Houghton Mifflin Company; 2007.
- 48 Eraut M (ed.). *Developing Professional Knowledge and Competence*. London, England: Falmer Press; 1994: 1-18 und 100-122.
- 49 Plessner H. Die Stufen des Organischen und der Mensch. Einleitung in die philosophische Anthropologie. *Gesammelte Schriften IV*. Herausgegeben von G. Dux, O. Marquard, E. Stöker unter Mitwirkung von R.W. Schmidt, A. Wetterer und M.-J. Zemlin. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, 1981, suhrkamp taschenbuch wissenschaft 1627; 2003, 2. Aufl. 2016.
- 50 Wolf S. *Educating doctors. Crisis in Medical Education, Research & Practice*. New Brunswick (USA)/London (UK): Transaction Publishers; 1997.
- 51 von Troschke J. *Die Kunst, ein guter Arzt zu werden*. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber; 2001.
- 52 Dörner K. *Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung*. Stuttgart: Schattauer-Verlag; 2001.
- 53 Lown B. *Die verlorene Kunst des Heilens. Anleitung zum Umdenken*. Stuttgart/New York: Schattauer; 2002.
- 54 Chou CM, Kellom K, Shea JA. Attitudes and habits of highly humanistic physicians. *Acad Med* 2014; 89(9): 1252-1257.
- 55 Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002; 287(2): 226-335.
- 56 Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-136.
- 57 Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiat* 1980; 137: 535-544.
- 58 Leiß O. *Von der Theorie zur Praxis – Wie bekommt man Integrierte Medizin im ärztlichen Alltag ›gebacken‹?* Siehe Kapitel 11, vorliegendes Buch.
- 59 Janich P. *Konstruktivismus und Naturerkenntnis. Auf dem Weg zum Kulturalismus*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag. suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1244; 1996.

- 60 Hartmann D, Janich P (Hg.). Die kulturalistische Wende. Zur Orientierung des philosophischen Selbstverständnisses. suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1391. Frankfurt: Suhrkamp Verlag; 1998.
- 61 Janich P. Kultur und Methode. Philosophie in einer wissenschaftlich geprägten Welt. Frankfurt: Suhrkamp Verlag. suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1773; 2006.
- 62 Das große Liederbuch. 204 deutsche Volks- und Kinderlieder, gesammelt von Anne Diekmann, unter Mitwirkung von Willi Gohl, mit 156 bunten Bildern von Tomi Ungerer. Zürich: Diogenes Verlag AG; 1975. Sonderausgabe zum 80. Geburtstag von Tomi Ungerer, 2011: 31 Backe, backe Kuchen.
- 63 Bertram W. Vom medizinischen Dualismus zur Integrierten Medizin. Ärztliche Psychotherapie 2014; 9: 157-161.
- 64 Antonovsky A. Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass Inc. Publishers; 1987.
- 65 Schüffel W, Brucks U, Johnen R, Köllner V, Lamprecht F, Schnyder U (Hg.). Handbuch der Salutogenese – Konzept und Praxis. Wiesbaden: Ullstein Medical; 1998.
- 66 Weissbecker I, Salmon P, Studts JL, Floyd AR, Dedert EA, Sephton SE. Mindfulness-based stress reduction and sense of coherence among women with fibromyalgia. J. Clin. Psychol. Med. Settings 2002; 9(4): 297-307.
- 67 Dobkin PL. Mindfulness-based stress reduction: what processes are at work? Complementary Therapies in Clinical Practice 2008; 14(1): 8-16.
- 68 Astin JA, Berman BM, Bausell B, Lee W-L, Hochberg M, Forsys KL. The Efficacy of mindfulness meditation plus oigong movement therapy in the treatment of fibromyalgia: a randomized controlled trial. J Rheumatol 2003; 30: 2257-62.
- 69 Jain S, Shapiro SL, Swanick S, Roesch S, Mills PJ, Bell I, et al. A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. Ann Behav Med 2007; 33(1): 11-21.
- 70 Shapiro SL, Astin JA, Bishop SR, Cordova M. Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. Int. J. Stress Management 2005; 12(2): 164-76.
- 71 Gross R. Geistige Grundlagen der Erkenntnisfindung in der Medizin. In: Gross R (Hg.). Geistige Grundlagen der Medizin. Berlin/Heidelberg/New York/Tokyo: Springer-Verlag; 1985: 73-89.
- 72 Schachtner C. Ärztliche Praxis. Die gestaltende Kraft der Metapher. Frankfurt: Suhrkamp Verlag. suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1398; 1999.
- 73 Seiwert LJ. Wenn Du es eilig hast, gehe langsam. Das neue Zeitmanagement in einer beschleunigten Welt – Sieben Schritte zur Zeitsouveränität und Effektivität. Frankfurt/New York: Campus Verlag; 1998, Jubiläumsausgabe 2000.

- 74 Bertaux P. Mutation der Menschheit – Diagnosen und Prognosen. Fischer Bücherei 497. Frankfurt: Fischer Bücherei; 1963: 146.
- 75 Knopp E, Knopp J. Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Leitfaden für ein schlankes QM-Handbuch – auch geeignet für QEP, KTQ, ISO, EFQM, EPA. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag; 2010.
- 76 Candib LM. Reconsidering power in the clinical relationship. In: More ES, Miligan MA (eds). *The Empathic Practitioner. Empathy, Gender, and Medicine*. New Brunswick/New Jersey: Rutgers University Press; 1994: 135-156.
- 77 Parmenides. Fragmente 1-19. https://en.wikipedia.org/wiki/Nothing_comes_from_nothing
- 78 Lukrez (99 v. Ch. – 55 v. Ch.). *De rerum natura*. https://en.wikipedia.org/wiki/De_rerum_natura
- 79 Alain. *Die Pflicht glücklich zu sein*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag. suhrkamp taschenbuch 859; 1982.
- 80 Leiß O. Reflektierte Kasuistik – Reflektionen zu Störungen im doppelten Situationskreis des Arzt-Patienten-Verhältnisses und Möglichkeiten der Wiederherstellung von Resonanz. Siehe Kapitel 8, vorliegendes Buch.
- 81 Clarke AE, Shim JK, Mamo L, Fosket JR, Fishman JR. Biomedicalization – Technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine. In: Clarke AE, Mamo L, Fosket JR, Fishman JR, Shim JK (eds.). *Biomedicalization: Technoscience, Health, and Illness in the U.S.* Duke University Press, Durham – London, 2010: Chapter 1: 47-87.
- 82 Berwick D. Broadening the view of evidence-based medicine. *Quality and Safety in Health Care* 2005; 14: 315-316.
- 83 Patashnik EM, Gerber AS, Dowling CM. *Unhealthy Politics. The Battle over Evidence-based Medicine*. Princeton and Oxford: Princeton University Press, 2017.
- 84 Welch HG, Schwartz L, Woloshin St. *Overdiagnosed: Making People Sick in the Pursuit of Health*. Boston: Beacon Press; 2011.
- 85 Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ* 2012; 344: e3502
- 86 Brownlee S. *Overtreated: Why Too Much Medicine Is Making Us Sicker and Poorer*. New York/London/New Dehli/Sydney: Bloomsbury; paperback edition 2008.
- 87 Kuchinke BA. *Krankenhausdienstleistungen und Effizienz in Deutschland. Eine industrieökonomische Analyse*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft; 2004.
- 88 Haubrock M, Hagmann H, Nerlinger T. *Managed Care – Integrierte Versorgungsformen*. Bern: Verlag Hans Huber; 2000.
- 89 Maio G. *Geschäftsmodell Gesundheit. Wie der Markt die Heilkunst abschafft*. Berlin: Suhrkamp Verlag. suhrkamp taschenbuch 4514, medizinHuman Band 15; 2014.

- 90 Bishop TF, Federman Ad, Keyhani S. Physician's views on defensive medicine: a national survey. *Arch Intern Med* 2010; 170: 1081-1083.
- 91 Leigh Page MS. Doctors' dilemma: lower costs, please patients, or avoid lawsuits? *Medscape*. Sept 11, 2014. www.medscape.com/viewarticle/829851.
- 92 Makary MA, Daniel M. Medical error – the third leading cause of death in the US. *BMJ* 2016; 353:i2139
- 93 Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med* 2012; 172(18): 1377-1385.
- 94 Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Satele D, Sloan J, West CP. Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clinic Proceedings* 2015; 90(12): 1600-1611.
- 95 Schrijver I. Pathology in the medical profession? Taking the pulse of physician wellness and burnout. *Arch Pathol Lab Med*. 2016 Sep; 140(9): 976-82.
- 96 Dyrbye LN, Shanafelt TD, Sinsky CA, Cipriano PF, Bhatt J, Ommaya A, West CP, Meyers D. Burnout among health care professionals – a call to explore and address this underrecognized threat to safe, high-quality care. *National Academy of Medicine*, July 2017. <https://nam.edu/burnout-among-health-care-professionals-a-call-to-explore-and-address-this-underrecognized-threat-to-safe-high-quality-care/>.
- 97 Epstein R. Chapter 10: Healing the Healer. In: Epstein R. *Attending. Medicine, Mindfulness, and Humanity*. New York/London/Toronto: Scibner. 2017: 157-175 (160).
- 98 Waldman JD, Kelly F, Arora S, Smith HL. The shocking cost of turnover in healthcare. *Health Care Manage Rev* 2004; 29(19): 2-7.
- 99 Roelcke V. Ärzteschaft und Professionalität – Fiktive Autonomie, ›hippokratisches Ethos‹ und Bereitschaft zur Selbstreflektion. In: Roelcke V. *Vom Menschen in der Medizin. Für eine kulturwissenschaftlich kompetente Heilkunde*. Gießen: Psychosozial-Verlag; 2017: 117- 139.
- 100 Ceriani Cernadas JM. Loss of humanism and ethics in the medical profession: is it a utopia to restore them? *Arch Argent Pediatr* 2017; 115(6): 522-523.
- 101 Thistlethwaite J, Spencer J. Professionalism in Medicine. CRC Press 2008. Chapter 2: Learning from history. 17-35.
- 102 Freidson E. *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press 1970 und 1988.
- 103 King PM, Kitchener KS. *Developing Reflective Judgement*. San Francisco: Jossey-Bass; 1994.
- 104 Sullivan WM. Medicine under threat: professionalism and professional identity. *CMAJ* 2000; 162(5): 673-675.

- 105 Cruess SR, Johnston S, Cruess RL. Professionalism for medicine – opportunities and obligations. *MJA* 2002; 177: 208-211.
- 106 Borracci PA, Mauro VM. Medical professionalism, models of regulation and professional autonomy. *Argent J Cardiol* 2015; 83: 242-244.
- 107 Cruess R, Cruess S. Expectations and obligations: professionalism and medicine's social contract with society. *Perspect Biol Med.* 2008; 51(4): 579-98.
- 108 Aristoteles. *Nikomachische Ethik*. Auf der Grundlage der Übersetzung von Eugen Rolfes herausgegeben von Günther Bien. Hamburg: Felix Meiner Verlag, Philosophische Bibliothek 5; 4. Aufl. 1985.
- 109 Calman K. The profession of medicine. *BMJ* 1994; 309: 1140-1143.
- 110 General Medical Council. *Good medical practice*. 4th and 5th edn. London: GMC, 2006 and 2013.
- 111 Swick H. Towards a normative definition of medical professionalism. *Acad Med* 2000; 75(6): 77-81.
- 112 Medical Schools Objectives Project Writing Group. Learning objectives for medical student education—guidelines for medical schools: Report 1 of the medical school objectives project. *Acad Med* 1999; 74: 13-18.
- 113 American Board of Internal Medicine. *Project professionalism*. Philadelphia, PA. 2001.
- 114 Hilton S, Southgate L. Professionalism in medical education. *Teaching and Teacher Education* 2007; 23: 265-279.
- 115 Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff.* 2008; 27(3): 759-769.
- 116 Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet.* 2009; 374: 1714-1721.
- 117 Epstein RM, Krasner MS. Physician resilience: what it means, why it matters, and how to promote it. *Acad Med.* 2013; 88: 301-303.
- 118 Spinelli WM. The phantom limb of the triple aim. *Mayo Clin Proc* 2013; 88(12): 1356-1357.
- 119 Thomas LR, Ripp JA, West CP. Charter on physician well-being. *JAMA* 2018; E1-E2. <https://doi.org/10.1001/jama.2018/1331>.