

Praxiskonzept

Schriftliche Abschlussarbeit im Rahmen des CAS 2019

Gesundheitspsychologische Lebensstiländerung und

Mind Body Medicine

an der Universität Zürich

Erstellung eines Kurskonzeptes

in Mindset-Medizin

Dr. med. Matthias Gauger

Referentinnen: Prof. Dr. Urte Scholz und Prof. Dr. Claudia Witt

Betreuer: Dr. phil. Daniel Hausmann-Thürig

6430 Schwyz, 14.02.2020

Abstract

Ein Gruppenkurs-Konzept für Erwachsene als Beispiel einer gesundheitspsychologischen Intervention wird vorgestellt, welches auf die Durchführung durch eine allgemeinmedizinisch tätige ärztliche Fachperson abgestimmt ist. Ziel des Kurses ist es, dass die Teilnehmenden Kenntnisse und Erfahrungen erwerben, welche sie dazu motivieren und befähigen, im Alltag und insbesondere beim Auftreten von Problemen oder körperlichen Symptomen eine Haltung der Neugier und des Hinterfragens ihrer gewohnheitsmässigen mentalen Bewertungsvorgänge einzunehmen. Das Konzept des 6-teiligen Intervall-Abendkurses beruht auf Erkenntnissen der Kognitionswissenschaften und der Mind Body Medicine, welche den Bewertungsvorgängen in unserem Gehirn eine Schlüsselfunktion in den Verhaltenssteuerungsprozessen beimisst. Das Kurskonzept enthält als wiederkehrende Elemente Theorieteile und Erfahrungslern-Elemente wie Rollenspiele, Selbsterfahrungs-, Partner-, Gruppenübungen, kurze Meditationen, sowie Gesprächsrunden und Erfahrungstagebuch-Aufgaben.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
2 Auswahl von Kriterien für eine Public Health Intervention.....	2
2.1 persönliche Determinanten, welche bei der Planung einer Intervention zu be- rücksichtigen sind	2
2.2 Definierung und Begründung des Veränderungsziels.....	3
3 Zentraler Charakter des Veränderungsziels in Bezug auf menschliche Prob- leme generell.....	6
4 Definition der Begriffe Mindset und Mindset-Medizin	8
5 Gruppenkurs als Beispiel einer Intervention in Mindset-Medizin.....	8
6 Diskussion	11
7 Literaturverzeichnis.....	13
8 Anhang	16
8.1 Kursübersicht.....	16
9 Kontaktadresse.....	17
10 Selbständigkeitserklärung	17

1 Einleitung

Wie begründet sich meine Motivation zur Planung und Durchführung einer präventiv-medizinischen Intervention?

Meine mittlerweile einundzwanzigjährige kontinuierliche Tätigkeit als Hausarzt in einer abgelegenen Bergtalgemeinde ist mit einem Beobachterstatus verknüpft, aus welchem longitudinale volksgesundheitliche Entwicklungen besonders gut zu erkennen sind. Als einzige hausärztliche Anlaufstelle in der Gemeinde überblicke ich aber auch sehr zuverlässig das querschnittsmässige Krankheitsspektrum und -volumen innerhalb einer Population. Gleichzeitig hat sich durch die jahrzehntelange enge Beziehung zu meinem Patientenklintel über Generationen hinweg bei mir ein besonders ausgeprägtes Gefühl entwickelt, als Arzt für das nachhaltige gesundheitliche Wohl dieser Bevölkerung verantwortlich zu sein. Meine Beobachtungen zeigten jedoch eine zunehmende Gefährdung dieses gesundheitlichen Wohlbefindens vor allem durch die Zunahme chronischer nichtübertragbarer Krankheiten (NCD's = noncommunicable chronic diseases). Dem hierdurch entstehenden steigenden Bedarf nach medizinischen Leistungen steht die schlechte kurative Wirksamkeit der schulmedizinischen Massnahmen gegenüber (sonst wären es nicht *chronische* Krankheiten), sowie der zunehmende Hausärztemangel insbesondere in ländlichen Gegenden (Jörg et al., 2019). Von dieser Nachfolgeproblematik ist unsere Praxis direkt betroffen durch die Pensionierung meines Seniorpartners 2018.

Diese von mir persönlich spürbare scherenhafte Entwicklung spiegelt das nationale und globale Desaster unseres Gesundheitssystems, wie es sich seit längerem abzeichnet und wie es beispielhaft in einer Rede der WHO 2011 zum Ausdruck kommt: «For some countries, it is no exaggeration to describe the situation as an impending disaster. I mean a disaster for health, for society, and most of all for national economies» (Chan, 2011). Genauso, wie es für die Gesundheitsbehörden nationaler und globaler Hierarchiestufen klar ist, dass diese Entwicklung «dringend angegangen» werden muss, wenn sie nicht ihren «weiteren dramatischen Verlauf» nehmen soll (WHO, 2011), so empfinde auch ich aus meiner persönlichen Betroffenheit heraus diese Dringlichkeit.

Weltweit besteht unter den Entscheidungsträgern der Gesundheitssysteme ein Konsensus, dass diese dramatische Entwicklung primär durch «verstärkte Massnahmen zur Gesunderhaltung der Bevölkerung durch Prävention und Gesundheitsförderung» (BAG, 2016, S. 10) sowie Sensibilisierung der Menschen hinsichtlich ihrer Selbstverantwortung angegangen werden muss. Denn in Anbetracht der vorhergesagten Zunahme chronischer Krankheiten ist Prävention nicht nur gut, sondern entscheidend (Hoffmann, 2018). Diese Aussagen sind untermauert durch eine Fülle von Studien, welche die hohe präventive und therapeutische Wirksamkeit von Lebensstilmassnahmen auf die NCD's aufzeigen (Béliveau & Gingras, 2011, S. 21).

Direkte berufliche Betroffenheit durch das NCD-Desaster und eine überwältigende Evidenzlage bezüglich des Einflusses unseres Lebensstils auf unsere Gesundheit bilden also meine persönliche Motivationsgrundlage, mich - über meine Praxistätigkeit hinaus - verstärkt in Massnahmen zur Gesunderhaltung der Bevölkerung einzubringen.

2 Auswahl von Kriterien für eine Public Health Intervention

Welche Kriterien sollte eine von mir durchgeführte Intervention zur Gesunderhaltung der Bevölkerung erfüllen?

Eine von mir durchgeführte Intervention soll a) meine persönlichen Gegebenheiten berücksichtigen b) alle Kriterien eines zeitgemässen wissenschaftlich fundierten professionellen Projektes erfüllen und c) erfolgversprechend sein hinsichtlich des Erreichens des Interventionszieles.

Als sehr hilfreich für die Gewährleistung dieser Ansprüche hat sich für mich das Gesamtkonzept des CAS-Kurses „Gesundheitspsychologische Lebensstiländerung und Mind Body Medicine“ erwiesen, und hierbei insbesondere das durch Francine Schneider vorgestellte Intervention Mapping (Schneider, 2019) zur Planung einer Intervention.

2.1 Persönliche Determinanten, welche bei der Planung einer Intervention zu berücksichtigen sind

Tabelle 1: meine individuellen Determinanten, welche bei der Realisierung einer Public Health Intervention zu berücksichtigen sind.

Zu berücksichtigende Ausgangslage	Konsequenz für die geplante Intervention (in SMART-Formulierung)
Vorbestehende hohe Arbeitsauslastung in meiner Funktion als Hausarzt für Allgemeinmedizin mit grossem Einzugsgebiet. Sprechstundentage erlauben wenig Freiraum für Sitzungen, Besprechungen, Weiterbildungen zu den üblichen Bürozeiten. Häufige Hintergrunddienste, unregelmässige Feierabendzeiten.	Der zusätzliche (ausserhalb meiner normalen Sprechstundenzeiten) Gesamtzeitaufwand für präventivmedizinische Massnahmen beträgt durchschnittlich nicht mehr als 7 Stunden pro Woche. Der Zeitaufwand kann flexibel und zu Randzeiten geleistet erbracht werden. Mein Engagement in einer Intervention hat Ausgleichscharakter zur bestehenden Sprechstundentätigkeit.
Vater von vier sich in der Ausbildung befindenden Kindern.	Die Intervention beansprucht keine zusätzliche Familien- und Partnerzeit. Die Intervention führt zu keiner substantiellen Einkommenseinbusse durch Reduktion meiner Praxistätigkeit.
Langjähriger Hausarzt in einer ländlichen Gegend mit grossem Patientenstamm.	Die Massnahmen sind auf die Eigenschaften und Bedürfnisse der Bevölkerung meines Einzugsgebietes abgestimmt (ländlich, mittlerer Bildungsgrad, niedriges bis mittleres Einkommen) und stehen dieser Personengruppe zur Verfügung.
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin.	Die Massnahmen entsprechen dem Repertoire dieser medizinischen Fachrichtung: Sie

	sind allgemein anwendbar, einfach, nebenwirkungsarm, evidenzbasiert, naturwissenschaftlich fundiert sowie politisch, religiös und weltanschaulich neutral.
Keine strukturierten Ausbildungen in Erwachsenenbildung, Psychologie, Psychotherapie, Psychosomatik.	Die Massnahmen erfordern keine vertieften psychologischen oder pädagogischen Kenntnisse von Seiten des Interventionsverantwortlichen.
Verheiratet mit Frau Priska Gauger-Schelbert, welche Alexander Technik-Lehrerin ist und langjährige Erfahrung in Erwachsenenbildung und betrieblicher Gesundheitsförderung hat.	Diese Ressource wird in die Intervention miteinbezogen. Eine Zusammenarbeit erweitert das Spektrum einsetzbarer Behavior Change Techniques (BCT's) und verbessert die Effizienz.
Keine vertiefte Forschungserfahrung.	Falls eine studienmässige Begleitung der Intervention erwünscht oder erforderlich ist, wird eine externe Fachperson miteinbezogen.
Geringer Vernetzungsgrad hinsichtlich politischen/standespolitischen Stakeholdern. Wenig Interesse an Vereins-, Politik- und Netzwerkaktivitäten.	Die Intervention benötigt wenig behördliche Mitbeteiligung (z.B. Einholung von Bewilligungen, Fundraising, Lobbying).
Praktische Veranlagung, wenig Interesse an administrativen Aufgaben.	Die Intervention ist mit wenig administrativem Aufwand verbunden, wie Planungssitzungen, Schriftverkehr, Organisation von Anlässen.
Fazit: Die Intervention hat eine günstige Nutzen-Aufwand-Ratio, ist mit geringem Administrativaufwand verbunden, entspricht meinen beruflichen und persönlichen Voraussetzungen und Interessen, ist auf die Besonderheiten und Bedürfnisse meines Patientenklintels abgestimmt, ist flexibel planbar und macht mir in Planung und Durchführung Spass.	

2.2 Definierung und Begründung des Veränderungsziels

Für die von mir geplante Intervention erhebe ich den Anspruch, dass sie alle Kriterien eines zeitgemässen wissenschaftlich fundierten professionellen Projektes erfüllt und erfolgsversprechend ist hinsichtlich des Erreichens des Interventionszieles.

Eine Grundvoraussetzung für den Erfolg einer Intervention ist gemäss dem Konzept des Intervention Mapping die punktgenaue Erfassung desjenigen Veränderungsziels, welches die höchste Übereinstimmung hinsichtlich den Kriterien Relevanz, Veränderbarkeit und Evidenz hat (Schneider, 2019).

Zur Definierung des Veränderungsziels benutze ich die 5-Why-Methode nach Toyoda Sakichi (Rüegg et al., 2016). Bei dieser allgemein anwendbaren Problem-Analyse-Methode wird ein Problem mithilfe einer Folge von Warum-Fragen konsequent auf seinen Ursprung zurückgeführt. Dieses schrittweise Zurückverfolgen der Ursachen eines zu behobenden Problems ist analog zum Vorgehen bei dem im CAS-Kurs kennengelernten Logic Model of the Problem (Schneider, 2019). Wie in Abbildung 1. dargestellt, bietet die 5-Why-Methode in der von mir adaptierten Form den Vorteil, auch aufzuzeigen, welche Kausalketten nebensächlich sind und welche Endpunkte dementsprechend nicht als Veränderungsziele gewählt werden sollten.

Die Antworten spiegeln meine persönlichen Einsichten aus der Auseinandersetzung mit den Ursachen chronischer Erkrankungen unserer Zeit. Ich bin mir bewusst, dass zu diesen universalen Fragen eine Vielzahl von abweichenden Antworten existiert und dass eine rege interdisziplinär geführte Diskussion hierzu im Gange ist. Genau diese für mich als Allgemeinarzt schwer überschaubare Vielfalt an sich teilweise widersprechenden Fachmeinungen ist es, welche mich überhaupt dazu veranlasst hat, mich vertiefter mit den Hintergründen chronischer Krankheiten zu befassen und die für mich stimmigsten Antworten selbst zu finden.

Tabelle 2: Anwendung der 5-Why-Methode auf die derzeitige Gesundheitskrise

Problemstellung: Wir befinden uns global, national und im Muotatal in einer Gesundheitskrise	
Fragen und Hauptantworten	Nebensächliche Antworten
Frage 1: Warum befinden wir uns in einer Gesundheitskrise?	
Hauptantwort: chronische nichtübertragbare Krankheiten (NCD's) wie Diabetes mellitus Typ II, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Schlaganfälle, Depressionen, Angsterkrankungen, chronische Schmerzerkrankungen, Osteoporose, Demenz, chronische Atemwegserkrankungen sind stark zunehmend (OECD, 2015).	Erbkrankheiten, Naturkatastrophen, Virulenzsteigerung von Bakterien und Viren, Partialinteressen der Gesundheitsbeauftragten. Höhere Lebenserwartung.
Frage 2: Warum nehmen NCD's zu?	
Hauptantwort: Wir Menschen zeigen in zunehmenden Masse Verhaltensweisen, welche das Auftreten dieser Erkrankungen begünstigen: Zu diesen Verhaltensweisen zählen: Rauchen, Bewegungsmangel, Flüssigkeitsmangel, fleischreiche Ernährung, hochkalorische zuckerreiche, vitalstoffarme, stark industriell prozessierte Lebensmittel, Schlafmangel, Besonnungsmangel, Sozialkontaktverarmung (OECD, 2015).	Zunahme genetischer Prädispositionen, unbeeinflussbare natürliche Stressoren, Nahrungsmangel, zunehmende Notstände durch Naturveränderungen oder Naturfeinde. Verschlechterung der medizinischen Versorgung. Evolutionär entstandenes krankhaftes Design unseres Körpers, zwangsläufige Konsequenz des Fortschritts.
Frage 3: Warum zeigen wir Menschen in zunehmendem Masse selbstschädigendes Verhalten?	
Hauptantwort: Unser Verhalten entspricht Anpassungsbestrebungen eines Organismus, welcher unter chronischem Stress steht (McEwen, 2007).	Unerklärliche in der Natur des Menschen liegende unveränderliche Gewohnheiten. Zwangsweise Folge der Lebensbedingungen auf diesem Planeten.
Frage 4: Warum stehen wir Menschen zunehmend unter chronischem Stress?	
Hauptantwort: Stress entsteht dadurch, dass Gegebenheiten in unserer inneren und äusseren Umgebung als bedrohlich für unsere Identität, unser Überleben und unser Wohl-	Zwangswise Folge der Bedrohungslage, in welcher wir uns zunehmend befinden,

befinden wahrgenommen werden. *Chronischer Stress* entsteht dadurch, dass wir keine Möglichkeiten sehen, unsere Wahrnehmung zu verändern (Lazarus, 1984).

ohne dass wir Menschen darauf Einfluss nehmen könnten.

Frage 5: Warum ist es so schwierig, unsere Wahrnehmung zu verändern?

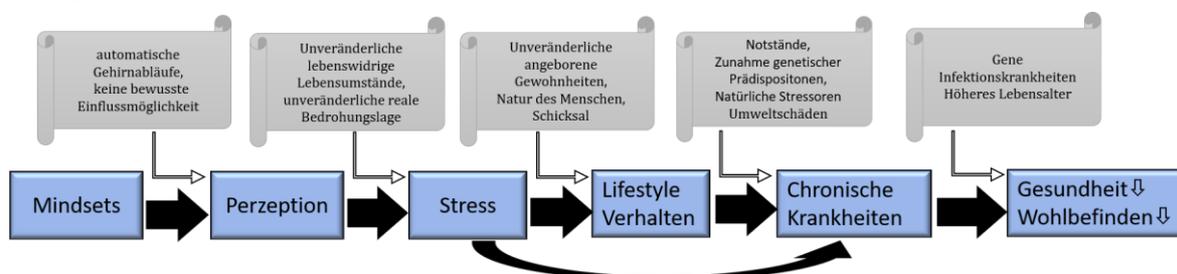
Hauptantwort: Was wir wahrnehmen, beruht auf den Signalen, welche über unsere Sinnesorgane in unserem Gehirn eintreffen *und* auf den Mindsets (= vorgegebene Bewertungsprogramme, Wertvorstellungen, Grundüberzeugungen, Annahmen, Erwartungshaltungen, s.a. Kapitel 4) welche unser Gehirn als Interpretationsgrundlagen verwendet, um Entscheidungen treffen zu können. Diese Bewertungsgrundlagen können unpassend sein, ohne dass uns dies bewusst ist und ohne dass uns bewusst ist, dass wir auf die Entscheidungsprozesse Einfluss nehmen können (Feldmann, 2017). Es gibt Hinweise darauf, dass die Bereitschaft zu integrativen Entscheidungsprozessen im Laufe unserer jüngeren Menschheitsentwicklung abgenommen hat (McGilchrist, 2009).

Unser Gehirn ist dazu nicht designt. Es besteht keine Notwendigkeit.

Mein Fazit: Als Menschheit Wiederzuerlernen, von unserer Einflussnahme auf unsere Wahrnehmung Gebrauch zu machen, ist Voraussetzung für die Auflösung der globalen Gesundheitskrise.

Der 5-Why-Fragen-Prozess lässt sich auch als Flussdiagramm darstellen.

Abb.: 1 Darstellung der 5-Why-Methode als Flussdiagramm, welches von links nach rechts zu lesen ist. Die dünnen Pfeile zeigen nebensächliche oder falsche Antworten auf Interventionen, welche auf diese Faktoren abzielen, sind nicht effizient.



Meine persönlichen Erkenntnisse aus der Anwendung der 5-Why-Methode.

- Die Anwendung der 5-Why-Methode führt zu einer Antwort, welche gleichzeitig den Kriterien eines Change Objective gemäss dem Logic Model of the Problem entspricht. Das Veränderungsziel meiner Intervention zur nachhaltigen Verbesserung der Volksgesundheit lautet: *Die Zielperson macht von ihrer Möglichkeit Gebrauch, zu hinterfragen, ob die Annahmen, welche ihr Gehirn als Entscheidungsgrundlage benutzt, passend sind.* Dieser integrative Updating-Prozess unserer initialen Überzeugungen durch neue sensorische Evidenz entspricht dem sogenannten Bayes'schen Theorem, welches im neueren informationstheoretischen Stress-Modell nach Peters, McEwen und Friston (Peters et al., 2017)) eine zentrale Rolle einnimmt. Auch der von Dan Siegel konstituierte interdisziplinäre Wissenschaftszweig der Interpersonal Neurobiology (IPNB) stellt diesen Integrationsprozess in unserem Mind an den Anfang der Kausalkette, welche zur Gesundheitsprotektion führt (Siegel, 2019).

Denn hierdurch werden die Anpassungen im Körper der Zielperson und in ihrem Verhalten physiologischer, was die Stressreaktion reduziert. Die Wahrscheinlichkeit, dass sie nun im stressfreieren Zustand «von selbst» gesündere Verhaltensweisen wählt, wird erhöht, wodurch das Risiko einer chronischen Krankheit zurückgeht, was zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit beiträgt.

- Entgegen allen Selbstansprüchen ist unser Gesundheitssystem als Ganzes weit davon entfernt, evidenzbasierte Medizin zu praktizieren (Hyman, 2009). Wie das 5-Why-Model veranschaulicht, befasst sich medizinische Forschung und medizinische Praxis entgegen der Evidenz hauptsächlich mit Nebensächlichkeiten, wodurch sie nicht nur ineffizient ist, sondern kurative Problemlösungsansätze behindert und somit die Gesundheitskrise verschärft (Clarke, 2007).
- Das Veränderungsziel «bewusste Anwesenheit bei den Vorgängen in unserer Wahrnehmung und Einnehmen einer Haltung des Hinterfragens seiner Mindsets» erweist sich bei näherer Betrachtung als universales Veränderungsziel auch für die Lösung nichtmedizinischer menschlicher Probleme.

3 Zentraler Charakter des Veränderungsziels in Bezug auf menschliche Probleme generell

Welche weiteren therapeutischen Optionen bietet das definierte Veränderungsziel?

Dass es sich bei der habituellen Nichthinterfragung unser Mindsets um eine typisch menschliche Dysfunktion handelt mit immensen problematischen Auswirkungen in verschiedenen menschlichen Bereichen ist eine seit Jahrtausenden in vielerlei Spielformen wiederkehrende Einsicht (McGilchrist, 2009) welche neuerdings – durch das Entdecken der prädiktiven Arbeitsweise unseres Gehirns - wissenschaftliche Bestätigung und Erklärung findet (Barrett, 2015). Alle früheren Erfahrungen im Laufe des Lebens bilden letztlich die Bewertungsgrundlage (Mindsets, s.a. Kapitel 4), anhand welcher das sogenannte Bayes'sche Gehirn Vorhersagen oder Entscheidungen trifft (Knill, 2004). Bei physiologischer Arbeitsweise verwendet der Mind (s. a. Kapitel 4) sensorische Evidenz, um „vorherige Überzeugungen“ (prior beliefs) in sachkundigere, evidenzbasierte „nachherige Überzeugungen“ (posterior beliefs) zu aktualisieren. Das ungestörte Funktionieren dieses Aktualisierungsprozesses wird zunehmend als wichtiger Prädiktor für Gesundheit erkannt, denn «je dynamischer und besser sich der Mensch an wechselnde Gegebenheiten anpassen kann, desto gesünder ist er» (Peters, 2011). Bei dysfunktionaler Arbeitsweise verteidigt der Mind seine prior beliefs entgegen der posterioren sensorischen Evidenz, was zu unangepassten Steuerungssignalen und konsekutiven Störungsmeldungen führt.

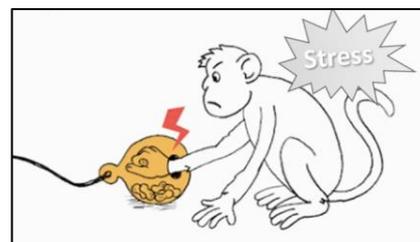
Ein Zitat von Paulo Coelho aus dem Buch «der Alchemist» formuliert den Charakter dieser zentralen Dysfunktion in nichtwissenschaftlicher Sprache: «Ich bin wie alle Menschen: Ich sehe die Welt so, wie ich sie gerne hätte, und nicht so wie sie tatsächlich ist» (Coelho, 1996, S. 47). Hier wird eine menschentypische universale Fehlfunktion («Ich bin wie alle Menschen...») in unserer Wahrnehmungsfunktion («ich sehe») beschrieben. Wir Menschen werten unsere Vorstellungen über die Wirklichkeit («die Welt, wie ich sie gerne hätte», prior beliefs) hierarchisch höher bzw. vertrauenswürdiger, als ihre tatsächliche Beschaffenheit («und nicht so, wie sie tatsächlich ist.», sensory

evidence). Dementsprechend versuchen wir Menschen, die Welt an unsere Wertvorstellungen (prior beliefs) anzupassen, und wir tendieren beim Auftreten von Problemen dazu, nicht unsere Grundüberzeugungen und Erwartungswünsche in Frage zu stellen, was eine naheliegende und einfache Massnahme wäre, sondern die Störungsursache in einer Fehlerhaftigkeit oder Widerspenstigkeit der Natur zu suchen, welche es notfalls mit grossem Aufwand zu überwinden gilt. Bei näherer Betrachtung lassen sich tatsächlich unschwer eine Vielzahl auch kollektiver menschlicher Probleme auf diesen verdeckt aktiven Pathomechanismus zurückführen.

Die wissenschaftliche Datenlage zeigt beispielsweise überzeugend auf, dass Krebs in der westlichen Welt zu 70% dadurch entsteht, dass wir rauchen, übergewichtig sind, uns weniger als 30 Minuten täglich kontinuierlich mit mässiger Aktivität bewegen und viele Fleischprodukte, sowie viele industriell prozessierte fastfood- und junkfoodartige Nahrungsmittel essen (Anand et al., 2008; Katz, 2013). Krebs ist somit mindestens zu 70% eine Auswirkung unseres Verhaltens. Mit anderen Worten führen die Vorstellungen, welche unser Verhalten leiten («wie wir die Welt gerne hätten», prior beliefs) in der Welt «wie sie tatsächlich ist» (posterior sensory evidence) in grossem Ausmass zu Störungszeichen in Form von Krebs. Naheliegend wäre es nun, sich dieses Zusammenhangs bewusst zu werden und die Überzeugungen, welche unser Verhalten prägen, zu benennen. Dieser Gewährwertungsprozess würde das Bayes'sche Gehirn bei physiologischer Arbeitsweise im nächsten Schritt ein aktualisiertes Verhalten wählen lassen, das unserer natürlichen Beschaffenheit angepasster wäre, was die Störungszeichen – hier in Form von Krebs – abschwächen würde. Doch in Wirklichkeit wird dieser physiologische Weg kaum genützt. Weltweit sind unsere kollektiven medizinischen Bemühungen zur Krebsreduktion hauptsächlich darauf ausgerichtet, Massnahmen zu ergreifen, welche es uns erlauben sollen, unsere prior beliefs (Mindsets) unhinterfragt bewahren zu können, auch wenn sie uns von unserer eigenen Natur weiter entfremden (Hannemann, 2019), und uns gestresst sein, rauchen, uns mit Fastfood ernähren und uns wenig bewegen lassen. Entgegen der von mir geteilten persönlichen Einsicht von Goethe «die Natur hat immer recht. Und die Irrtümer und Fehler sind immer des Menschen» (Goethe, 1836, S. 68), folgt unser kollektives schulmedizinisches Verhalten nach meiner Beobachtung insgeheim oft dem Mindset: «Unsere menschlichen Grundüberzeugungen haben immer recht und Störungszeichen sind immer Fehler und Irrtümer der Natur». Forschungserkenntnisse über die prädiktive Arbeitsweise unseres Gehirns zeigen, dass wir Menschen im grossem Stil die «Architekten unserer eigenen Erfahrung» sind (Feldman, 2015), womit uns der Schlüssel zur Macht der Wahl unserer Erfahrungen (Emotionen, Symptome, Krankheiten, Stressauswirkungen) in unser Gehirn und damit in unsere Hand gelegt ist.

Im Affenfallen-Modell, welches auf eine real verwendete Affenfangtechnik zurückgeht (Uys, 1974), lassen sich Zusammenhänge zwischen Mindset, Perzeption, Verhalten,

Abb. 2: die Affenfalle als Modell der zentralen Dysfunktion im Umgang mit Mindsets. Die automatische Verhaltenssteuerung durch einen Mindset («Futter, das man in der Faust hat, lässt man nicht mehr los») führt zu Symptomen (Schmerzen am Handgelenk und Festhängen). Das Hinterfragen des Mindsets würde zur einfachen Problemlösung führen (Loslassen). Das Nichthinterfragen des Mindsets führt hingegen zu Chronifizierung der Symptomatik und zu Stress.



selbstkonstruierter Erfahrung und deren gesundheitlichen Auswirkungen im physiologischen wie auch im dysfunktionalen Modus sehr anschaulich aufzeigen.

Eine medizinische Fachrichtung, welche sich mit der Pathophysiologie von Mindsets befassen und darauf basierende Behandlungskonzepte und gesundheitspsychologische Interventionen entwickeln würde, könnte man Mindset-Medizin nennen.

4 Definition der Begriffe Mindset und Mindset-Medizin

Wie verwende ich die Begriffe Mindset und Mindset-Medizin?

Der englische Begriff «mindset» setzt sich aus den beiden englischen Wörtern «mind» und «set» zusammen. Beide Einzelbegriffe besitzen in der englischen Sprache eine Fülle von Bedeutungen. So finden sich in einem Online-Thesaurus allein für das Nomen «mind» 45 und für das Nomen «set» 56 Synonyme (Thesaurus, 2020). Dementsprechend vielschichtig wird im Englischen auch der Begriff «mindset» verwendet (Wikipedia, 2020). Von mir wird der Begriff Mindset nicht wie beispielsweise bei Dweck (Dweck, 2012) in einer theoriegebundenen sondern in einer generellen und ethymologienahen Weise verwendet, wie er mir in einem Webinar von Peter Russell (Russell, 2015) begegnet ist: Mindset, im Sinne von *gesetzten* (set) bzw. vorgegebenen Bewertungsprogrammen, Wertvorstellungen, Grundüberzeugungen, Annahmen, Erfahrungserwartungen, welche unsere Körpersteuerung (mind) bewusst oder unbewusst als gültige Interpretationsgrundlage benutzt um prädiktiv Entscheidungen treffen zu können. In vereinfachter Formulierung benutze ich auch manchmal den Begriff «Archiv» zur Bezeichnung der Sammlung von Mindsets, im Sinne aller gespeicherten Erfahrungen, auf welcher unser Mind zurückgreift (Gauger, 2018). Mindset ist in diesem Sinn auch ein Synonym für die englischen Begriffe belief oder assumption, und entspricht insbesondere dem Begriff prior belief im Bayes'schen Gehirn-Modell.

Mindset-Medizin ist ein von mir geformter Begriff. Er soll der Bedeutung Ausdruck geben verleihen, welche den Entscheidungsvorgängen in unserem Mind hinsichtlich unserer Körpersteuerung, unserem persönlichen und kollektiven menschlichen Verhalten und damit unserem Gesundheitszustand zukommt. Mindset-Medizin könnte sich zu einer interdisziplinären medizinischen Fachrichtung entwickeln, welche sich mit der Physiologie und Pathophysiologie von Mindsets befasst und darauf basierende Behandlungskonzepte, pädagogische und erwachsenenbildnerische Programme und gesundheitspsychologische Interventionen entwickelt, umsetzt und validiert. Mindset-Medizin hätte meines Erachtens ein immenses präventives und therapeutisches Potential hinsichtlich der Reduktion chronischer nichtübertragbarer Krankheiten und weiterer chronischer menschlicher Problematiken.

5 Gruppenkurs als Beispiel einer Intervention in Mindset-Medizin

Mit welchem Programm lässt sich die Umsetzung des Veränderungsziels unter Einhaltung der Kriterien von Kapitel 2.1 am besten erreichen?

Ich kam unter Einbezug der CAS-Kurs-Lerninhalte zu der Auffassung, dass die Durchführung eines Gruppenkurses gute Voraussetzungen bietet für das Erreichen des Veränderungsziels (vgl. Kap. 2.2: «Die Zielperson macht von ihrer Möglichkeit Gebrauch, zu hinterfragen, ob die Annahmen, welche ihr Gehirn als Entscheidungsgrundlage benutzt, passend sind.») unter Einhaltung meiner individuellen Interventionskriterien (vgl. Tab. 1).

Ein mehrteiliger Intervallkurs, welcher sich über einen Zeitraum von 4-5 Monaten erstreckt, bietet Gelegenheit, alle Teilnehmenden in allen Phasen der gewünschten Verhaltensänderung gemäss HAPA-Modell (Schwarzer, 2014) zu begleiten und zu unterstützen, von der Intentionsphase, über die Aktionsplanung bis zur Erhaltungs- und Hindernisbewältigungsphase.

Schwerpunktmässig ist der Kurs jedoch auf eine tragfähige Intentionsbildung bei den Teilnehmenden ausgerichtet. Durch verständliche Vermittlung von Fakten über die Arbeitsweise unseres Gehirns und unserer biopsychosozialen Einheit wird Einfluss genommen auf die drei von Ralf Schwarzer im CAS-Kurs genannten intentionsbildenden Faktoren (Schwarzer, 2019) wahrgenommene Benutzerfreundlichkeit, Ergebniserwartung und wahrgenommene Nützlichkeit. Auch hier geht es mir aus Kapazitätsgründen wiederum darum, meine Anstrengungen auf diejenige Variable zu richten, welche mit dem geringsten Interventionsaufwand den nachhaltigsten Effekt verspricht. Der Kurs baut deshalb im Sinne einer Arbeitshypothese auf der Gültigkeit des Zitates von Antoine de Saint-Exupéry auf «Wenn du ein Schiff bauen willst (Interventions-Outcome), dann trommle nicht Männer zusammen, um Holz zu beschaffen, Aufgaben zu vergeben und die Arbeit einzuteilen (Aktionsplanung, Aufrechterhaltung, Hindernisbewältigung), sondern lehre die Männer die Sehnsucht nach dem weiten, endlosen Meer (Intentionsbildung)» (Saint-Exupéry, 1969, S. 151). Das Kursdesign beabsichtigt bewusst die Testung der Hypothese, ob das Vertrautmachen mit der naturgemässen Funktionsweise unseres Minds zu einer «Sehnsucht» (Intention) und zur Steigerung der Aktions-, Bewältigungs (Coping)- und Wiederherstellungs (Recovery)- Selbstwirksamkeit führt, welche die Überbrückung der Intention-Verhaltens-Lücke (Intention-Behavior-Gap) (Sheeran, 2016) vereinfacht und bei den Teilnehmenden das gewünschte Verhaltens-Outcome hervorbringt auch beim Auftreten von Schwierigkeiten und auch wenn Kreativität in der individuellen Umsetzung des Verhaltensziels gefragt ist. Darüberhinaus bietet das Design des 6-teiligen Abendkurses, welcher das Führen eines Erfahrungstagebuches und einen regelmässigen Erfahrungsaustausch vorsieht, jedoch auch reichlich Gelegenheit, erprobte Elemente zur Überwindung der Intention-Behavior-Gap, wie Aktionsplanung, Stärkung der Selbstwirksamkeit, Aktionskontrolle (Sniehotta et. al., 2005) anzuwenden.

Tabelle 3 Eckdaten des Gruppenkurses

Kursaspekte	Erläuterungen
Kursbezeichnung	Das Allerweltsheilmittel (Arbeitstitel)
Kursbeschreibung	Erwachsenenbildnerischer Gesundheitskurs, welcher auf die Macht der Wahl unserer Haltung und dadurch unseres Verhaltens ausgerichtet ist.

Ziel	Lernen, die Wahrnehmungsvorgänge im eigenen Gehirn als Möglichkeit zu nutzen, gesundheitsfördernden Einfluss auf sein Verhalten zu nehmen.
Zielpublikum	Erwachsene Personen, welche Interesse haben, von den in ihnen selbst liegenden Einflussmöglichkeiten auf ihre Gesundheit Gebrauch zu machen.
Teilnehmerzahl	Ca. 20 Personen. Kurs wird ab 8 Teilnehmenden durchgeführt.
Kursauschreibung	Aufliegendes Infoblatt in der Praxis, Webseite, soziale Medien, persönliche Weiterempfehlungen, Aushang am Dorf-Infobrett.
Voraussetzungen zur Kursteilnahme	Volljährigkeit, Deutschkenntnisse, physische und mentale Fähigkeit, sich 2 ¼ Stunden in einem Gruppensetting aufhalten zu können.
Ausschlusskriterien	Floride psychotische Störung, Suizidalität, schwere posttraumatische Belastungsstörung, soziale Phobie, schwere Klaustrophobie, ausgeprägte Schwerhörigkeit.
Voraussetzungen an den Kursraum	Gute Erreichbarkeit mit ÖV auch abends. Ausreichende Raumgröße auch für Bewegungsübungen; WC-Möglichkeit, bequeme Stühle, geräuscharme Umgebung, Beamer mit Ton und Laptop-Anschluss, Verdunklungsmöglichkeit, Flipchart, Trinkwasser, Wasserkrüge, Trinkgläser.
Kursmaterial Kursgebende	Frischer Blumenstrauss, Laptop, Flipchart, Anschauungsmaterial (z.B. Tripendulum), Utensilien für Rollenspiele, Früchte für Pause, Handout, Erfahrungstagebuch
Kursutensilien Kursteilnehmende	Material für Notizen, evtl. Sitz- oder Mediationskissen, Erfahrungstagebuch.
Kurs-Design	6 Kurseinheiten abends, Dauer jeweils 2 ¼ Stunden, z.B. 19.00 – 21.15, Intervall zwischen den Abenden 2-4 Wochen, Gesamtdauer 4-5 Monate.
Kursgebende	Dr. med. M. Gauger und Fr. Priska Gauger-Schelbert, AT-Lehrerin, jeweils zusammen.
Evaluation	Feedback-Fragebogen am letzten Kursabend für alle Teilnehmenden.
Schwerpunktmässig eingesetzte BCT's (Kok, 2016)	Bewusstseinsbildung, Soziales Lernen, handlungsorientiertes Lernen, Aktionsplanung, Selbst-Monitoring der Ergebnisse des Verhaltens, soziale Unterstützung, Direkte Erfahrung, Verbale Überzeugungsarbeit für die Selbstfähigkeit, Modell-Lernen
In den Theorieteilen behandelte Themen (siehe auch Anhang 1: Kursinhaltsverzeichnis)	Zusammenhang zwischen Verhalten und Gesundheit/ Krankheit, Grundstruktur einer Lebenseinheit (=Reiz-Raum-Reaktions-Modell), Hierarchischer Gehirnaufbau, prädiktive Arbeitsweise unseres Gehirns, Affektiver Realismus, Grundprinzipien der Perzeption, Konstruktion der individuellen Erfahrung, Bedeutung und Fähigkeit des Perspektivenwechsels, Funktionsweise und Macht des Psychoneuroendokrinoimmuno-Systems (PNEI-System), Polyvagale Theorie, Stress und Stressauswirkungen, Embodiment, Stress-Relaxation-Response, Identität, vertikale, bilaterale, narrative, und mnestiche Integration, Hierarchieverschiebung zwischen analytischer und kontextueller Hirnfunktion, Definierung des Begriffes Selbstverantwortung und dessen Abgrenzung zum Begriff Schuld, ABCD-Modell nach Ellis, Unterschied zwischen Akzeptanz und Gleichgültigkeit, Konzept der

		Mindgicht, Konzept des Bayes'schen Gehirns, Beschaffenheit der Wirklichkeit gemäss quantenphysikalischem Weltbild und Implikationen für unseren Alltag und für unser Verhältnis zu Sterben und Tod. Grundhaltung der Mindfulness unter Anwendung des Akronyms COAL (Curiosity, Openness, Acceptance, Love). Fünf-Finger-Modell der Alexandertechnik (Auflistung unvollständig)
Praktische Kurselemente		Embodiment (z.B. Siegerposse), Körpereinmütiung gemäss AlexanderTechnik, Balance-Time®-Übungen, Wheel of awareness, PNEI-Rollenspiel, Magic-Eye-Augenübung, Gehübung im Kreisfeld, Sei-ein-Baum-Meditation, Welle-Ozean-Meditation, Atman-Übung, Kurz-Body-Scan, Reines-Warten-Übung, Auge-der-Natur-Übung, Gedanken-Lesen-Übung, Tripendulum-Präsentation, Ring-Kette-Präsentation, Optische-Täuschungs-Effekte, Full-Stop-Übung, Kanon-Übung, ABCD-Modell-Anwendung, Anwendung der Mindset-Medizin-Selbstbefragungstechnik (Auflistung unvollständig)
Wiederkehrende Elemente, schematischer Aufbau einer Kurseinheit		Begrüssung - Einstiegs- und Achtsamkeitsübung - Rückmeldungen vom vorherigen Kursabend und der Heim-Erfahrungsübung - Theorieteil I - praktische Übung - Diskussions- und Fragerunde - Pause - Theorieteil II - praktische Übung/Meditation - Zusammenfassung - Verteilen des Handouts - Erläuterung der Erfahrungsaufgaben bis zum nächsten Kursabend - Verabschiedung.

6 Diskussion

Die Planung und Durchführung der vorgestellten Intervention ist motiviert durch eine sich derzeit abspielende desasterhafte Gesundheitsentwicklung, welche nur durch Einflussnahme auf das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung und nicht im Rahmen der konventionellen schulmedizinischen Behandlungsausrichtung einzudämmen sein wird (WHO, 2011). In den gesundheitspolitischen Diskussionen wird nach meiner Wahrnehmung oft eine grosse Ratlosigkeit deutlich, wie dieser Herausforderung zu begegnen ist. In den von Francine Schneider abgehaltenen Lektionen zum Intervention Mapping wurde auch deutlich, wie schwierig es generell ist, wirksame Public-Health-Interventionen zu konzipieren, wie anstrengend deren Umsetzung und wie limitiert das gewünschte Outcome oft längerfristig ist (Schneider, 2019). Dementsprechend sind bestehende Präventionskonzepte, welche von mir für meine berufliche Situation als Landarzt unadaptiert übernommen werden könnten, für mich nirgends erkennbar.

Diese Ausgangslage gibt meiner Frau und mir Ansporn und Freiheit, ein eigenes auf unsere Interessen und Kompetenzen abgestimmtes Interventionsdesign zu entwickeln, das einerseits den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand (Konstruktion der eigenen Wirklichkeit, Bayes'sches Gehirn, informationstheoretisches Stress-Modell nach Peters, McEwen und Friston) integrieren, aber auch hypothetische Konzepte (Mindset-Medizin, «Sehnsucht-Wecken») auf ihre praktische Wirksamkeit testen soll. Die Intervention beruht auf der wissenschaftlich gut fundierten Einsicht, dass die Bewertungsvorgänge in unserem menschlichen Gehirn sehr machtvolle Auswirkungen haben hinsichtlich Gesundheit und Krankheit und dass sich in diesen Wahrnehmungsprozessen bei uns Menschen eine kollektive und darum schwer erkennbare Dysfunktion breit gemacht hat (McGilchrist, 2011). Das gewählte Veränderungsziel entspricht

meinem ärztlichen Bedürfnis nach kausaler und damit kurativer Krankheitsbehandlung mit allgemeinmedizinischen Möglichkeiten auf eine nichtschädliche Weise. Als Praktiker interessiert mich vor allem, ob das Erlernen eines physiologischen Gehirngebrauchs, weg von einem habituellen Nichthinterfragen hin zu einem habituellen Hinterfragen - «From Certainty to Curiosity» (Feldman, 2018) - unserer Mindsets auch wirklich die erwarteten Auswirkungen auf das gesundheitliche Wohlbefinden der Teilnehmenden haben wird (Relevanz), und ob das Gruppenkurs-Design ein geeignetes Medium zur Umsetzung des Veränderungsziels sein wird (Veränderbarkeit). Hier sehe ich nur die Möglichkeit des Trial and Error. Bisherige persönliche Erfahrungen mit diesem Konzept, welches meine Frau in der betrieblichen Gesundheitsförderung anwendet (www.balance-time.ch) und welches ich im Rahmen meiner hausärztlichen Sprechstunde im Einzelsetting praktiziere (www.mindset-medizin.ch) sind jedoch sehr ermutigend. Erfahrungen während des Kurses und die Feedbackauswertung am Ende des Kurses geben uns die Möglichkeit, den Kurs für die nächste Durchführung anzupassen.

Die Anmeldung für den Kurs ist eine Hürde und setzt bei den Teilnehmenden bereits eine Grundmotivation voraus, sich mit den Kursthemen vertiefter befassen zu wollen. Das Zurverfügungstellen von Informationen auf der Webseite www.mindset-medizin.ch soll die für die Kursanmeldung erforderliche Motivation und Selbstwirksamkeit geweckt werden und so zu genügend Anmeldungen führen, was für den für 2020 vorgesehenen Kurs gelungen ist.

Die intentionsfördernde und laienverständliche Vermittlung der Theorien über die Arbeitsweise unseres Gehirns stellt hohe didaktische Ansprüche an mich und meine Frau und setzt für die Kursvorbereitung eine hohe Motivation bei uns als Kursleitenden voraus. Die Voraussetzung einer solch hohen Motivation wirkt sich sicherlich limitierend aus auf eine allfällige Umsetzung dieses Kursprotokolls durch andere Kursleitende. Was mich persönlich betrifft, so ist aufgrund der von mir tagtäglich verspürten «Last der chronischen Krankheiten» (Mascie-Taylor, 2003) andererseits aber auch dank der Begeisterung, ein erfolgsversprechendes, allgemeingültiges und mir als Allgemeinarzt zugängliches Veränderungsziel gefunden zu haben, reichlich Motivation vorhanden, diesen Kurs zu realisieren. Ich erlebe bereits die Planung des Kurses als sehr bereichernd, spassvoll und befriedigend, was mich reichlich entschädigt für den erheblichen zeitlichen und auch finanziellen Aufwand.

Da die geplante Intervention ein bisher wenig exploriertes Veränderungsziel adressiert, wäre eine wissenschaftliche Begleitung und Evaluation eine wünschenswerte Ergänzung. Hierzu verfüge ich jedoch über zu wenig Know-how, Kapazität und Vernetzung, sodass ich diese Absicht vorläufig nicht weiterverfolgen werde. Wir werden jedoch anhand eines Fragebogens das Feedback der Kursteilnehmenden entgegennehmen und evaluieren.

Im CAS-Kurs ist uns die Wichtigkeit der Selfcare vermittelt worden, welche ich auch bei der Planung und Durchführung dieser aufwendigen Intervention berücksichtigen möchte. Hierbei erweist es sich für mich als sehr hilfreich, mich immer wieder an die von unserer Kurs-Referentin, Frau Regula Saner, vermittelte Achtsamkeits-Ausrichtung zu erinnern:

«Wir machen eine Massnahme in erster Linie, weil es uns jetzt nicht gut geht und nicht, damit es uns irgendwann in der Zukunft besser geht.»

7 Literaturverzeichnis

- Anand, P., Kunnumakkara, A. B., Sundaram, C., Harikumar, K. B., Tharakan, S. T., Lai, O. S., Sung, B., Aggarwal, B. B. (2008). Cancer is a preventable disease that requires major lifestyle changes. *Pharmaceutical Research*: 25(9) 2097-2116.
- BAG. (2016). Entwurf für ein Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung. *Bundesamt für Gesundheit*. www.bag.admin.ch: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07492/index.html?lang=de>, abgerufen am 13.07.2016.
- Barrett, L. F. (2015). Interoceptive predictions in the brain. *Nature reviews Neuroscience*: 16(7) 419-429.
- Béliveau, R., Gingras, D. (2011). *Gesund mit Rotwein, Lachs, Schokolade & Co.*, München: Kösel.
- Bundesamt für Gesundheit, BAG (2011). *Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin. Bericht des Bundesrates. S.10*; <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/berufe-im-gesundheitswesen/medizinalberufe/medizinische-grundversorgung/strategie-gegen-aerztemangel.html>, abgerufen am 29.01.2020.
- Chan, M. (2011). The rise of chronic noncommunicable diseases: an impending disaster: <https://www.who.int>.; https://www.who.int/nmh/events/global_forum_ncd/forum_report.pdf?ua=1, abgerufen am 27.01.2020.
- Clarke, D. (2007). *They Can't Find Anything Wrong!* Boulder: Sentient Publications
- Coelho, P. (1996). *Der Alchemist*, Zürich: Diogenes.
- Dweck, C. S. (2012). *Mindset: The New Psychology of Success*. London: Constable & Robinson Limited.
- Ellis, A. (1997). *Grundlagen und Methoden der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie*. München: Pfeiffer.
- Sniehotta, F.F., Scholz, U., Schwarzer, R. (2005). Bridging the intention-behaviour gap: Planning, self-efficacy, and action control in the adoption and maintenance of physical exercise. *Psychology & Health*. 20(2) 143-160.
- Feldman, L. (2018). Cultivating Wisdom: The Power Of Mood: *TEDxCambridge*. https://www.ted.com/talks/lisa_feldman_barrett_cultivating_wisdom_the_power_of_mood, min 19.19, abgerufen am 27.01.2020.
- Feldman, L. (2015). When a Gun is not a Gun: *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2015/04/19/opinion/sunday/when-a-gun-is-not-a-gun.html>, abgerufen am 27.01.2020.
- Feldman, L. (2017). *How Emotions Are Made*. London: Macmillan.
- Gauger, M. (2018). *Schmerzlos - chronische Schmerzen vergehen, wenn wir sie verstehen*. Schwyz: Triner.
- Goethe, J. W. (1836). *Eckermann, Johann Peter: Gespräche mit Goethe in den letzten Jahren seines Lebens. Bd. 2. Leipzig, S. 68*. Leipzig: Brockhaus.
- Hannemann, J. S. et al. (2019). Burn-out und Psychoneuroimmunologie: Entzündet sich der Mensch an der Gesellschaft? *Psychiatrie + Neurologie*, (2) 18-22.
- Hoffmann, D. M. (2018). Why Preventing Chronic Disease is Essential -Prevention Works: *National Association of Chronic Disease Directors*. https://www.tfah.org/wp-content/uploads/2018/12/COMMS_WP_InvestinginCD2018F.pdf, abgerufen am 28.01.2020.

- Hyman, M. O. (2009). Lifestyle medicine: Treating the causes of disease. *Altern Ther Health Med*, 15(6) 12-14.
- Jörg, R. et al. (2019). Obsan-Bericht 01/2019 - Ein Modell zur Analyse der Versorgungsdichte: *schweizerisches Gesundheitsobservatorium*. <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/ein-modell-zur-analyse-der-versorgungsdichte>, abgerufen am 28.01.2020.
- Katz, D. S. (2013). *Disease proof, S. 8f*. New York: Hudson Street Press.
- Knill, D. P. (2004). The Bayesian brain: the role of uncertainty in neural coding and computation. *Trends Neurosci.*, (27) 712-719.
- Kok, G., Gottlieb, N.H. et al. (2016). A taxonomy of behaviour change methods: an Intervention Mapping approach. *Health Psychology Review*, 10(3) 297-312.
- Lazarus, R. S. (1984). *Stress, coping and adaptation*. New York: Springer.
- Mascie-Taylor, N., et al. (2003). The Burden of Chronic Disease. *Science*, (302) 1921-1922.
- McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: Central role of the brain. *Physiological Reviews* (87) 873-904.
- McGilchrist, I. (2009). *The Master and his Emissary*. New Haven and London: Yale University Press.
- McGilchrist, I. (2011). *www.youtube.com*. The divided brain: <https://www.youtube.com/watch?v=dFs9WO2B8uI>, abgerufen am 13.02.2020.
- OECD, WHO (2015). Zweiter Bericht der OECD und WHO über das schweizerische Gesundheitssystem 2011, *Bundesamt für Gesundheit*: <http://www.bag.admin.ch/themen/internationales/11103/11512/11515/13532/index.html?lang=de> abgerufen am 28.01.2020
- Peters, A. (2011). *www.achim-peters.de*. Von www.achim-peters.de/forschung/: www.achim-peters.de/forschung/, abgerufen am 09.02.2020
- Peters, A., McEwen, B.S., Friston, K. (2017). Uncertainty and stress: Why it causes diseases and how it is mastered. *Progress in Neurobiology*, (156) 164–188.
- Rüegg, K et al. (2016). 5-Why-Methode. In A. A. (Hrsg.), *LHT-BOK Lean Healthcare Transformation Body of Knowledge: Edition 2018-2019*, Winterthur: Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften. Abgerufen von www.leanhealth.ch am 01.02.2020.
- Russell, P. (2015). *www.soundstrue.com*. <https://www.soundstrue.com/store/peter-russell-author.html>, am 03.02.2020 nicht abrufbar.
- Saint-Exupéry, A. (1969). *Die Stadt in der Wüste (Citadelle)*. Düsseldorf: Karl Rauch Verlag.
- Schneider, F. (2019). Intervention Development, Logic model of the problem, Online Material zum CAS-Kurs 2019 Gesundheitspsychologische Lebensstiländerung und Mind Body Medicine der UZH, Zürich.
- Schwarzer, R. (2014). *The Health Action Process Approach (HAPA)*. <http://www.hapa-model.de/>, abgerufen am 28.01.2020.
- Schwarzer, R. (2019). UZH-CAS-Kurs 2019: Gesundheitspsychologisliterutatche Lebensstiländerung und Mind Body Medicine, Online Material. Zürich.
- Sheeran, P. W. (2016). The Intention–Behavior Gap. *Social and Personality Psychology Compass*, 10(9) 503-518.
- Siegel, D. (2019). The mind in psychotherapy: An interpersonal neurobiology framework for understanding and cultivating mental health. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, (92) 224-237.

Thesaurus (2020). *www.thesaurus.com*.

<https://www.thesaurus.com/browse/set?s=ts>, abgerufen am 04.02.2020.

Uys, J. (Regisseur). (1974). *Animals Are Beautiful People*, Mimosa Film, Warner Bros Inc

WHO. (2011). NCD-Report, Executive Summary, *www.who.int*.

https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_en.pdf,

abgerufen am 28.01.2020

Wikipedia. *en.wikipedia.org*. <https://en.wikipedia.org/wiki/Mindset>, abgerufen am 03.02.2020.

8 Anhang

8.1 Kursübersicht

Kursabend	Datum	Thema	Inhalte
1	dd.mm.vv	Bedeutung unserer Wahrnehmung bei der Steuerung unseres Körpers und unseres Verhaltens	<ul style="list-style-type: none"> - Ursache chronischer Krankheiten - Steuerung unseres Verhaltens - Bedeutung von Mindsets - Zentrale Störung in unserem Umgang mit Mindsets - Bedeutung des neugierigen Innehaltens
2	dd.mm.vv	Integration = Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> - Bedeutung von «Integration» - Gehirn als <u>Zukunftsberechner</u> und Sicherheitsbeauftragter - Gehirn als Vorschlagmacher und Körper als Gesprächspartner des Gehirns - praktische Bedeutung dieser Beziehung
3	dd.mm.vv	Zusammenspiel der Steuerung im Gehirn und unserem Körper	<ul style="list-style-type: none"> - Grundprinzipien des Lebens - Körper und Gehirn wie Volk und Regierung - das <u>Psychoneuroendokrinoimmuno-System</u> (PNEI-System) - Stress, Stressauswirkungen
4	dd.mm.vv	Rechte und linke Hirnfunktion	<ul style="list-style-type: none"> - Zwei verschiedene Prozessortypen in unserem Gehirn - Augen als Spiegel unserer Hirnfunktion (Weitblick/Scharfblick) - Störung in der Hierarchie dieser beiden Hirnfunktionen: Ursache menschlicher (Gesundheits-) Probleme? - Integration der beiden Hirnfunktionen
5	dd.mm.vv	Schuld und Verantwortung	<ul style="list-style-type: none"> - Sind wir selber «schuld»? Gibt es Schuld? - Verantwortung als Chance anstatt als Bürde - Schwierige Kindheitserfahrungen - Vergebung und Akzeptanz, Klärung von Missverständnissen bei diesen Begriffen
6	dd.mm.vv	Quantenphysikalisches Weltbild, Konsequenzen für Leben und Sterben	<ul style="list-style-type: none"> - Einblicke in das quantenphysikalische Weltbild und was dies für uns bedeutet - Zeit als Illusion - Spirituelle Dimensionen/metaphysische Aspekte - Bedeutung von Sichtweisewechseln im Zusammenhang mit Gesundheitsfragen

Kursidee: Wenn wir die natürlichen Regeln verstehen, nach welchen unser Gehirn funktioniert, kann uns dies neue Einsichten zu Symptomen eröffnen, die in unserem Leben auftreten, was uns wiederum Möglichkeiten aufzeigt, wie wir darauf Einfluss nehmen können.

So wird unser Leben spielerischer, friedlicher und oft symptomärmer.

Priska und Matthias Gauger-Schelbert
www.balance-time.ch, www.mindset-medizin.ch



**Universität
Zürich^{UZH}**

9 Kontaktadresse

Dr. med. Matthias Gauger

Loostrasse 37

6430 Schwyz

E-Mail: info@mindset-medizin.ch

10 Selbständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass die vorliegende schriftliche Arbeit (Praxiskonzept) von mir selbst und ohne unerlaubte Beihilfe verfasst worden ist und ich die Grundsätze wissenschaftlicher Redlichkeit eingehalten habe.

Ich bin mir bewusst, dass diese Arbeit meine persönlichen Ansichten enthält, welche nicht mit den Ansichten der kursverantwortlichen Personen bzw. den kursverantwortlichen Instituten der Universität Zürich übereinstimmen müssen.

A handwritten signature in black ink that reads 'M. Gauger'.

6430 Schwyz, 14.02.2020

Ort, Datum

Unterschrift