



Ist mein Coachee psychisch erkrankt?
Sensibilisierung für,
Erkennung von sowie
Handlungsmöglichkeiten
bei psychischen Erkrankungen für Coaches

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	Seite 3
Sensibilisierung: psychisch gesund/psychisch krank? Welche psychischen Erkrankungen gibt es?	Seite 4
Die häufigsten psychischen Erkrankungen, Erkennungsmerkmale	Seite 6
Depression	Seite 7
Angststörung	Seite 9
Posttraumatische Belastungsstörung	Seite 10
Bedeutung im Coaching	Seite 11
Warnzeichen für psychische Störungen	Seite 12
Handlungsmöglichkeiten des Coaches	Seite 13
Fazit	Seite 14
Quellenangaben	Seite 15
Anhang	Seite 17

Einleitung

Seit vielen Jahren bin ich freiberuflich als Sozialpädagogin, Heilpraktikerin für Psychotherapie und Business-Trainerin tätig. Ich begleite Einzelpersonen, Teams und Gruppen dabei ihre Fähigkeiten und Kompetenzen zu entdecken und zu erweitern. Eines meiner sozialpädagogischen Standbeine ist, mittels ambulanter Hilfen für seelische Gesundheit psychisch erkrankte Menschen zu unterstützen (Persönliches Budget). Einige Zeit habe ich diesen Teil bei der Vorstellung meiner Person im Business-Trainingskontext zurückgehalten. Ich wollte keine Verwirrung stiften, sondern ein klares Trainerprofil zeigen. Als ich mich dann doch entschloss, mich auch mit diesen Kompetenzen zu präsentieren, war ich über die Resonanz und die Reaktionen positiv überrascht. Es gab viele interessierte Nachfragen, manchmal vier Augen Gespräche mit Schilderung der eigenen Erkrankung oder Erkrankungen von Menschen im nahen Umfeld und ab und zu auch ein Teilen der eigenen Betroffenheit in der Gruppe. Auch dadurch ist mir bewusst geworden, wie allgegenwärtig psychische Erkrankungen in unserer Gesellschaft sind. Ich habe Führungskräfte mit Panikattacken kennengelernt, Teamleiter mit depressiven Episoden, Mitarbeiter mit generalisierten Ängsten, einen Auszubildenden mit einer substanzinduzierten Psychose und andere mehr. Psychische Erkrankungen machen vor keinem Bildungsniveau, keiner sozialen Schicht halt und ein jeder von uns könnte im Laufe seines Lebens davon betroffen sein. Das Robert-Koch-Institut schreibt auf seiner Homepage: „Im Jahr 2023 erhielten in Deutschland 40,4 % der Erwachsenen die Diagnose einer psychischen Störung in der ambulanten Versorgung.“¹ Die Zahlen bei netdoktor.de sind ähnlich: „Jeder dritte Bundesbürger leidet innerhalb eines Jahres unter einer oder gleich mehreren seelischen Krankheiten.“²

Diese Realität trifft auf eine sich verändernde Versorgungslandschaft. Die Stiftung Gesundheitswissen schreibt: „72 % der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenheilkunde sind älter als 50 Jahre.“³ Und schon heute ist es schwer zeitnah einen Termin bei diesen Fachärztin und Therapeuten zu bekommen.

Es ist also gut möglich, dass wir in unserer Coachingtätigkeit auf Coachees mit psychischen Erkrankungen treffen. Im Gegensatz zu heilenden Berufen zielt Coaching ab auf „Verbesserung“ im Sinne einer Optimierung der Lebensqualität, einer Steigerung der vorhandenen Potenziale und richtet sich an Personen ohne Beeinträchtigungen (keine Störungen mit Krankheitswert).⁴ Erkennen Coaches solche Störungen? Und wissen sie, was dann zu tun ist?

Deshalb möchte ich mit dieser Abschlussarbeit andere Coaches für das Thema psychische Erkrankungen sensibilisieren, ihnen Wissen an die Hand geben welche

¹https://www.gbe.rki.de/DE/Themen/Gesundheitszustand/PsychischeStoerungen/PsychischeStoerungenInsgesamt/psychischestoerungeninsgesamt_node.html

https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/3067cbcf50e837c89e2e9307cecea8cc901f6da8/DGPPN_Factsheet_Kennzahlen.pdf

² <https://www.netdoktor.de/krankheiten/psychische-erkrankungen/>

³ https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/sites/default/files/2023-05/2023_05_22_Factsheet_PsychischeGesundheitDeutschland.pdf

⁴ https://www.anwalt.de/rechtstipps/coach-ein-berufsbild-ohne-gesetzliche-norm_028150.html

psychischen Erkrankungen es gibt, welches die Häufigsten sind, wie man psychische Krankheiten erkennen kann und welche Handlungsmöglichkeiten für Coaches in Folge angezeigt sind.

Sensibilisierung: Wann bin ich psychisch gesund? Wann psychisch krank? Welche psychischen Erkrankungen gibt es?

Wir leben in einer dualen Welt, das bedeutet das Vorhandensein von zwei gegensätzlichen, aber miteinander verbundenen Aspekten oder Prinzipien, die zusammen existieren und sich gegenseitig beeinflussen. Gesundheit und Krankheit sind zwei solcher Konzepte, die nicht einfach schwarz oder weiß sind, sondern es gibt ein Spektrum von Möglichkeiten und Perspektiven, die zusammenwirken. Der amerikanische Medizinsoziologe Antonovsky definiert Gesundheit nicht einfach als das Fehlen von Krankheit, sondern als ein dynamisches Kontinuum, das von völliger Gesundheit bis zu schwerer Krankheit reicht. Er betont, dass Gesundheit und Krankheit miteinander verbunden sind und dass es wichtig ist, die Faktoren zu betrachten, die das Wohlbefinden fördern.⁵ Auch deshalb bin ich vom Wert des ressourcen-, ziel- und lösungsorientierten systemischen Arbeiten überzeugt.

Doch wann gelte ich demnach als psychisch gesund oder krank? Und woran genau kann ich das festmachen?

Die WHO versteht unter psychischer Gesundheit einen „Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne sein Potenzial ausschöpfen, mit den normalen Lebensstressoren umgehen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu seiner Gemeinschaft leisten kann“⁶

Psychische Erkrankungen hingegen werden definiert als: „Störungen, die das Denken, Fühlen, Verhalten und die Interaktion mit anderen Menschen beeinflussen. Sie können das tägliche Leben und die Funktionsfähigkeit einer Person erheblich beeinträchtigen.“⁷

Häufig verursachen sie Leid und Funktionseinschränkungen. Weltweit zählen sie zu den führenden Ursachen der Krankheitslast. Die Ursachen für psychische Erkrankungen sind vielfältig und liegen auf biologischer, psychischer und sozialer Ebene, wobei soziale Faktoren besonders einflussreich und veränderbar sind.

Das wichtigste, weltweit anerkannte Klassifikationssystem für medizinische Diagnosen ist der ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben wird. Der ICD-11 ist die aktuelle Fassung, aber da er noch nicht in der deutschen Fassung vorliegt, wird häufig noch nach der Version ICD-10 diagnostiziert. In Deutschland sind Ärzte und Psychotherapeuten verpflichtet Diagnosen nach ICD-10-GM (German Modification) zu verschlüsseln. Das kennen wir sicher alle von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und den darauf verwendeten Buchstaben- und Zahlencodes.

⁵ Vgl. Antonovsky. 1997

⁶ Vgl. World Health Organization. 2001

⁷ Vgl. American Psychiatric Association. 2013

Zur Diagnose psychischer Störungen gibt es im ICD die sogenannten F-Diagnosen, also ICD-10 Kapitel V (F) und parallel das DSM-5 (ein psychiatrisches Klassifikationssystem der USA), die miteinander kompatibel sind.

Im ICD-10 V (F) sind die psychischen Erkrankungen in folgende Gruppen unterteilt:⁸

F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen – dazu zählen z.B. Alzheimer und Demenz.

F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen – wie z.B. Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Sedativa oder Hypnotika usw.

F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

F3 Affektive Störungen – dazu zählen u.a. einzelne oder wiederkehrende depressive Episoden, manische Episoden und die bipolare Störung (manisch-depressiv)

F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen – das bedeutet u.a. Phobien, Angststörungen, Zwangsstörungen, dissoziative Störungen. Als somatoforme Störungen werden körperliche Symptome ohne ausreichende somatische Erklärung bezeichnet.

F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren – z.B. Essstörungen, Schlafstörungen, sexuelle Funktionsstörungen, usw.

F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Zu den Bekanntesten zählen sicher die emotional instabile Persönlichkeitsstörung Borderline Typ oder die narzisstische Persönlichkeitsstörung. Als Verhaltensstörungen werden z.B. pathologisches Glücksspiel oder pathologische Brandstiftung genannt. Störungen der Sexualpräferenz wie z.B. Pädophilie fallen auch unter F6.

F7 Intelligenzminderung

F8 Entwicklungsstörungen - u.a. des Sprechens, der schulischen Fertigkeiten, aber auch Autismus oder das Asperger-Syndrom

F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend – dazu zählen u.a. hyperkinetische Störungen wie z.B. ADS, Störungen des Sozialverhaltens, Mutismus, Tics, usw.

Burnout ist interessanterweise keine F-Diagnose, sondern befindet sich im ICD-10 unter „Z73 - Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“.

Ebenfalls interessant finde ich, dass Depressionen bei geringem Sozialstatus häufiger diagnostiziert werden, Burn-out hingegen bei höherem Sozialstatus.

Uns als Coaches ist es strengstens untersagt diese Einteilung vorzunehmen, also eine Diagnose zu stellen. Das dürfen in Deutschland ausschließlich Ärzte, Heilpraktiker sowie ärztliche und psychologische Psychotherapeuten. Letztere auch nur im F-

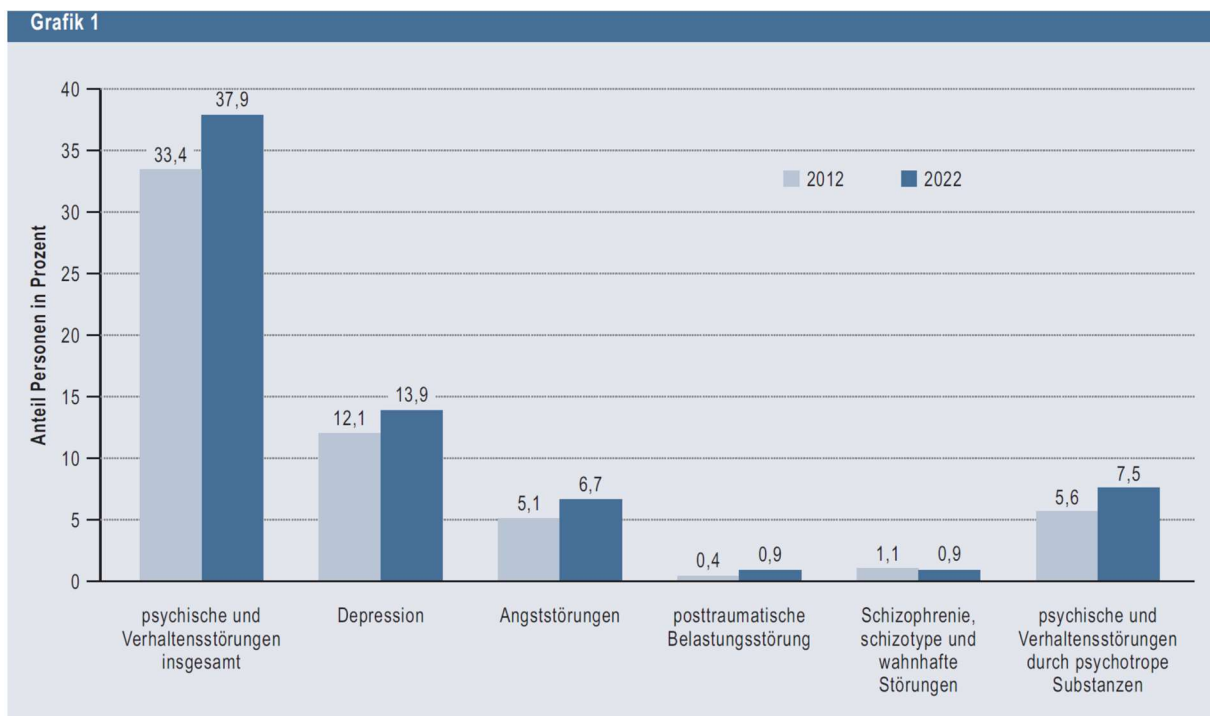
⁸ Dilling, Mombour, Schmidt, 2015

Diagnosenbereich. Alle anderen verstoßen ansonsten gegen das Heilpraktikergesetz⁹, das Psychotherapeutengesetz¹⁰ und die Bundesärzteordnung¹¹, siehe auch SGB V.

Die ausführliche Darstellung aller psychischen Erkrankungen würden den Rahmen dieser Abschlussarbeit sprengen. Manche dieser Erkrankungen sind auch selten und vermutlich eher weniger im Coachingskontext anzutreffen.

Die häufigsten psychischen Erkrankungen in Deutschland und woran ein Coach sie erkennen kann

Im Ärzteblatt ist die Entwicklung der Diagnoseprävalenz psychischer Störungen 2012-2022 zu finden:¹²



Diagnoseprävalenz psychischer Störungen in den Jahren 2012 und 2022, insgesamt und für ausgewählte Diagnosegruppen
Anteile an allen gesetzlich Krankenversicherten (0–109 Jahre) mit Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung im jeweiligen Kalenderjahr (2012: 68,7 Millionen Personen; 2022: 73,7 Millionen Personen)

Die Grafik spiegelt meine Angaben in der Einleitung und daraus wird ersichtlich, dass die psychischen Störungen zunehmen (Weiteres dazu auch im Anhang). Drei davon stelle ich genauer dar:

⁹ <https://www.gesetze-im-internet.de/heilprg/BJNR002510939.html>

¹⁰ https://www.anwalt.de/rechtstipps/coach-ein-berufsbild-ohne-gesetzliche-norm_028150.html

¹¹ https://www.gesetze-im-internet.de/b_o/BJNR018570961.html

¹² <https://www.aerzteblatt.de/search/result/4ea11330-a626-4f36-a93e-2d3f7d068a7c?q=Entwicklung+der+Diagnosepr%C3%A4valenz+psychischer+St%C3%B6rungen+2012-2022>

Depression...

...ist der Spitzenreiter und geht mit vielen Symptomen einher – in der Regel betreffen jeweils nur einige von ihnen den jeweiligen Erkrankten. Psychiater unterscheiden zwischen drei Hauptsymptomen, von denen jeweils mindesten zwei für die Diagnose Depression erfüllt sein müssen. Von den zahlreichen Nebensymptomen müssen darüber hinaus mindestens zwei weitere auftreten, damit die Diagnose Depression feststeht.

Die drei Hauptsymptome der Depression sind:

- depressive Stimmung: Die Betroffenen fühlen sich niedergeschlagen und hoffnungslos bis hin zu einem Gefühl tiefer und auswegloser Verzweiflung
- Verlust von Interessen und Freude: Alles, was ihnen früher Spaß gemacht hat, interessiert die Erkrankten plötzlich nicht mehr und sie haben an nichts mehr Freude. Sie verlieren zum Beispiel die Lust an ihren Hobbies, an Unternehmungen und sie vernachlässigen ihr Sozialleben.
- Antriebslosigkeit: Wer unter Depressionen leidet, kann sich nur sehr schwer zu Tätigkeiten aufraffen. Schon Kleinigkeiten und selbst das morgendliche Aufstehen fallen unendlich schwer. Ganz zu schweigen davon, Alltagsaufgaben zu bewältigen oder gar den Job.

Neben diesen drei Hauptsymptomen gibt es eine Reihe von Nebensymptomen: Suizidgedanken oder -versuche, verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Appetitminderung und Gewichtsverlust (manchmal auch das Gegenteil), Schlafstörungen (oft in Verbindung mit Grübeln und Gedankenkreisen), Schmerzen, Abnahme der Libido.

Depressionen werden hinsichtlich ihrer Schwere oft unterschätzt. Insgesamt sind 8,2 %, d. h. 5,3 Mio. der erwachsenen Deutschen (18 – 79 Jahre) im Laufe eines Jahres an einer unipolaren oder anhaltenden depressiven Störung erkrankt. Auf die Lebensspanne betrachtet, ist verschiedenen Studien zufolge etwa jeder 5. bis 6. Erwachsene einmal von einer Depression betroffen¹³

Frauen erhalten eine Depressionsdiagnose doppelt so häufig wie Männer. Frauen berichten von mehr Symptomen, sie fühlen sich stärker belastet und weinen mehr. Männer hingegen sind etwas häufiger von Schlaflosigkeit betroffen und reagieren manchmal mit höherer Gereiztheit. Frauen vermuten im Vergleich zu Männern im Schnitt etwas häufiger familiäre oder gesundheitliche Probleme als Ursache ihrer Depression. Männer dagegen geben eher berufliche Probleme als Grund ihrer

¹³ Vgl. Jacobi, 2015

Depression an. Jedoch ist hier in aller Regel das Zusammenspiel unterschiedlicher Faktoren ursächlich.

Es gibt verschiedene Formen und Verläufe:¹⁴

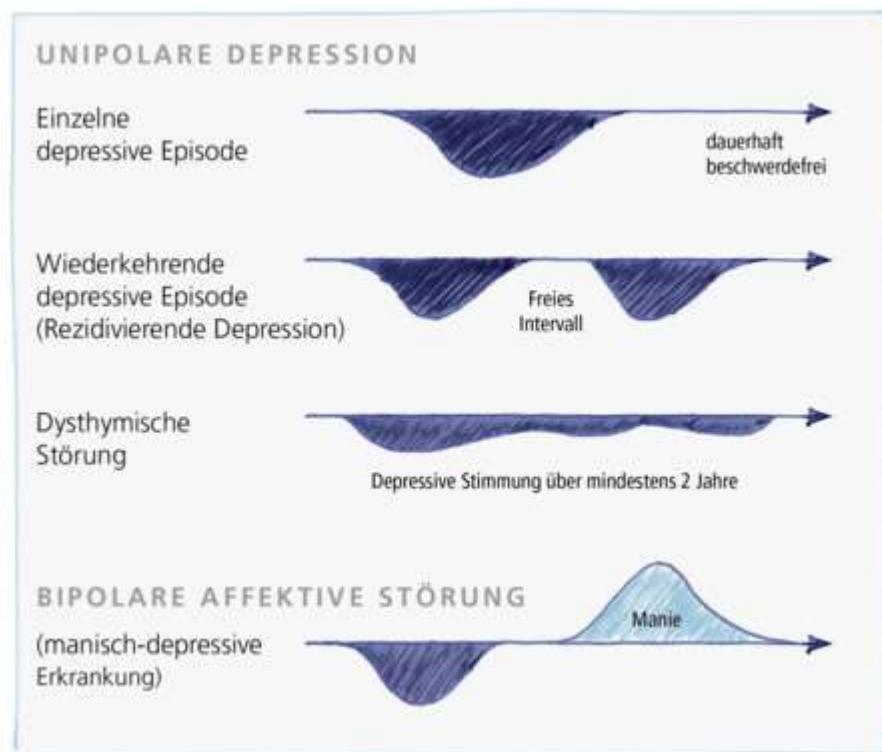


Abb.: Verschiedene Depressionsdiagnosen

Die häufigste Form ist die rezidivierende (wiederkehrende) depressive Störung. Zwischen den Episoden klingen die Symptome vollständig oder teilweise ab und die Zeit zwischen den Episoden kann unterschiedlich lang sein.

Hinweisen möchte ich noch auf die dysthymische Störung. Hier sind die depressiven Symptome über mindestens zwei Jahre vorhanden, aber weniger stark ausgeprägt.

Darüber hinaus gibt es weitere Formen wie z.B. die Altersdepression, die postnatale Depression usw.

¹⁴ <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/was-ist-eine-depression/verlaufsformen>

Angststörungen¹⁵

Bei einer Angststörung leidet ein Mensch unter Ängsten, für die es objektiv gesehen keinen oder keinen angemessenen Anlass gibt und die zum ständigen Begleiter werden. Die Symptome einer Angststörung können so gravierend sein, dass die Betroffenen in ihrer Teilnahme am Leben stark eingeschränkt sind.

Es handelt sich hier um eine Gruppe von psychischen Störungen, bei denen die Angstsymptome körperlicher (Herzrasen, Schweißausbruch etc.) und psychischer Natur (Katastrophendenken, Vermeidungsverhalten wie Weigerung, vor die Tür zu gehen etc.) sein können.

Angststörungen können sich in unterschiedlichen Formen zeigen. z.B.:

Generalisierte Angststörung

Sorgen und Ängste sind ständige Begleiter im Leben der Betroffenen. Oft haben diese Ängste keinen konkreten Anlass (diffuse Sorgen, Ängste und allgemeine Nervosität). Sie können sich aber auch auf reale Bedrohungen beziehen (Möglichkeit eines Autounfalls oder einer Erkrankung von nahen Verwandten etc.), wobei die Angstsymptome hierbei allerdings übersteigert sind.

Phobien

Hier bezieht sich die übermäßige Angst auf bestimmte Situationen oder Objekte. Dabei wissen die meisten Betroffenen, dass ihre Ängste eigentlich unbegründet sind. Dennoch lösen die entsprechenden Schlüsselreize teils heftige Angstreaktionen aus. Diese können z.B. bestimmte Situationen (Flugreise, große Höhe, Fahrt mit dem Aufzug etc.), Naturphänomene (Gewitter, offenes Wasser etc.) oder bestimmte Tiere (wie Spinnen, Katzen) sein. Manchmal lösen auch Dinge, die mit Krankheiten und Verletzungen assoziiert sind (Blut, Spritzen etc.), eine Phobie aus.

Phobien werden in drei Hauptformen unterschieden:

Agoraphobie ("Platzangst")

Patienten mit Agoraphobie haben Angst vor der Außenwelt, insbesondere vor unbekannten Orten oder Menschenmengen. Sie fürchten sich vor Situationen, aus denen sie nicht flüchten oder die sie nicht kontrollieren können. Die Angst kann sich bis zur Panikattacke steigern (Panikstörung mit Agoraphobie).

Mittelfristig kann es passieren, dass sich die Betroffenen aus Angst vor der Angst vollständig zurückziehen und ihr Zuhause nicht mehr verlassen.

Soziale Phobie

Betroffene fürchten sich davor, im Mittelpunkt zu stehen, in eine peinliche Situation zu geraten oder zu versagen. Deshalb ziehen sie sich immer mehr aus dem sozialen Leben zurück.

¹⁵ Dilling, Mombour, Schmidt, 2015

Spezifische Phobie

Die Phobie hat hier einen eng umschriebenen Auslöser. Das ist etwa bei der Spinnenphobie, Spritzenphobie, Flugangst, Klaustrophobie (Angst vor engen Räumen) und Höhenangst (Höhenphobie) der Fall.

Nicht jede Phobie muss zwingend behandelt werden. Bei zu starker Einschränkung der Lebensqualität, ist es jedoch anzuraten.

Laut dem Gesundheitsatlas Deutschland waren 2022 3,02% der Männer und 6,4% der Frauen an Angststörungen erkrankt.¹⁶

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Die posttraumatische Belastungsstörung ist eine Störung, die nach einem traumatischen Erlebnis auftreten kann. Dabei kann es sich zum Beispiel um Kriegserfahrungen, eine Naturkatastrophe, einen schweren Unfall, den Tod eines nahen Angehörigen, sexuellen Missbrauch oder andere Gewalterfahrungen handeln. Nicht nur unmittelbar Betroffene, sondern auch Zeugen solcher traumatischen Ereignisse können in der Folge eine PTBS entwickeln.

Sie zeigt sich durch belastende Gedanken, Albträume und Rückblenden, das Vermeiden von Erinnerungen an das Trauma, negative Gedanken und Gefühle, erhöhte Wachsamkeit sowie Schlafprobleme.

Rückblenden werden als Flashbacks bezeichnet und sind typisch bei der PTBS. Dabei handelt es sich um plötzlich auftretende, extrem belastende Erinnerungsfragmente, in denen die Betroffenen die traumatische Erfahrung immer wieder neu durchleben. Ausgelöst werden Flashbacks beispielsweise von Geräuschen, Gerüchen oder bestimmten Worten, die eng mit dem traumatischen Erlebnis verknüpft sind.

Um diesen Reizen auszuweichen, ziehen sich viele traumatisierte Menschen zurück. Sie sind hochgradig nervös und reizbar, leiden unter Schlaf- und Konzentrationsstörungen, wirken jedoch zugleich zunehmend emotionslos.

Symptome der PTBS können in 4 Kategorien unterteilt werden:¹⁷

- **Intrusionen** sind unerwünschte Erinnerungen oder Albträume, die das auslösende Ereignis wiederholen. Intrusionen können die Form von "Flashbacks" annehmen, die durch Anblicke, Geräusche, Gerüche oder andere Reize ausgelöst werden können. So kann beispielsweise ein lautes Geräusch die Erinnerung an einen Überfall auslösen, sodass sich die Person in Panik zu Boden wirft.

¹⁶ [https://www.gesundheitsatlas-](https://www.gesundheitsatlas-deutschland.de/erkrankung/angst?activeValueType=prevalence&activeLayerType=state)

[deutschland.de/erkrankung/angst?activeValueType=prevalence&activeLayerType=state](https://www.gesundheitsatlas-deutschland.de/erkrankung/angst?activeValueType=prevalence&activeLayerType=state)

¹⁷ <https://www.msmanuals.com/de/profi/psychiatrische-erkrankungen/anst-und-stressbezogene-erkrankungen/posttraumatische-belastungsst%C3%B6rung-ptbs>

- **Vermeidung:** Menschen mit PTBS vermeiden möglicherweise Erinnerungen an das Trauma, z. B. an bestimmte Stadtteile oder früher bevorzugte Aktivitäten.
- **Negative Veränderungen der Kognition und Stimmung:** Zu den kognitiven und stimmungsmäßigen Veränderungen gehören Desinteresse und Abgehobenheit, verzerrte Wahrnehmung, Anhedonie (die Unfähigkeit Freude und Lust zu empfinden), unangemessene Selbstbeschuldigung und Depression.
- **Veränderungen in Erregung und Reaktivität: Menschen mit PTBS können** übermäßige Erregung, Reizbarkeit und Reaktivität zeigen, oder sie können gefühllos und distanziert wirken.

Daneben gibt es einen sogenannten dissoziativen Subtyp mit allen oben genannten Symptomen. Zusätzlich kommen hier noch Depersonalisation (das Gefühl, von sich selbst oder dem eigenen Körper losgelöst zu sein) und/oder Derealisation (das Erleben der Welt als unwirklich oder traumhaft) hinzu.

Die Diagnose kann frühestens einen Monat nach einem traumatisierenden Ereignis von außergewöhnlicher Schwere auftreten. Zuvor spricht man von einer akuten Belastungsstörung.

Bedeutung im Coaching

Angeichts der oben geschilderten, häufigen psychischen Erkrankungen sollte ein Coach seinen Coachee besonders achtsam und sensibel wahrnehmen. Für Menschen ohne psychiatrische und diagnostische Vorbildung kann es schwierig sein korrekt einzuschätzen, wo sich die Symptome eines Menschen im dynamischen Kontinuum von völliger Gesundheit bis zu schwerer Krankheit (siehe Antonovsky), einordnen lassen.

Ich betone nochmals: Coaches ist es verboten Diagnosen zu stellen und sich psychotherapeutisch zu betätigen! Wir Coaches arbeiten nicht an der psychischen Erkrankung. (Weitere Richtlinien und ethische Grundsätze für Coaches siehe Anhang).

Mit Coaching-Interventionen können erhebliche Veränderungsprozesse angeregt werden, deren Auswirkungen z.B. bei Menschen mit Depressionen, Angststörungen oder PTBS nicht zu überblicken sind.

Ein Beispiel: Schon die Entspannungstechnik Autogenes Training (AT) ist für diese Menschen nur mit qualifizierter Anleitung und Begleitung denkbar. Diese Technik kann tiefere emotionale Prozesse anstoßen und negative Gedanken intensivieren. AT kann dazu führen, dass unterdrückte Emotionen oder Erinnerungen an traumatische Erlebnisse an die Oberfläche kommen, was für Betroffene belastend und überwältigend sein kann. Menschen mit akuten psychischen Erkrankungen haben oft Schwierigkeiten, ihre Emotionen und Gedanken zu regulieren. AT erfordert jedoch eine gewisse Fähigkeit zur Selbstkontrolle und Selbstreflexion, die in solchen Zuständen beeinträchtigt sein kann. Bei Angststörungen kann das Fokussieren auf den eigenen Körper und die eigenen

Empfindungen zu einer verstärkten Wahrnehmung von Angst oder körperlichen Symptomen führen.

Wenn schon AT bei oben genannten Menschen nur von Ärzten oder Psychotherapeuten angeleitet werden soll, was kann dann z.B. mit hypno-systemischen Interventionen ausgelöst werden? Kann ich als Coach das erkennen und entsprechend begleiten?

Warnzeichen für psychische Störungen im Coachinggespräch

Berichtet der Coachee von folgenden Symptomen und Verhaltensweisen, ist besondere Achtsamkeit des Coaches gefragt, denn sie können auf psychische Erkrankungen hinweisen:¹⁸

- Häufige Stimmungsschwankungen, übermäßige Traurigkeit oder Reizbarkeit
- Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit
- Innere Unruhe, Übererregtheit, Nervosität
- Schlafstörungen, Alpträume, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Durchschlafen oder übermäßige Müdigkeit
- Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen
- Rational nicht nachvollziehbare oder objektiv überzogen erscheinende Ängste
- Libidoverlust
- Veränderungen im Verhalten, das Vermeiden von sozialen Kontakten oder Aktivitäten, die früher Freude bereitet haben, Veränderung der Leistungsfähigkeit oder im Essverhalten
- Körperliche Symptome wie unklare körperliche Beschwerden und/oder Schmerzen, die nicht unbedingt eine medizinische Erklärung haben.

Recht klar zu erkennen sind folgende Symptome und Verhaltensweisen:

- Wahnvorstellungen, Halluzinationen
- Selbstverletzendes Verhalten
- Suizidgedanken

Die drei letzteren, extremen Warnzeichen erfordern sofortige Aufmerksamkeit und Unterstützung, z.B. durch Motivierung und Vermittlung an entsprechende Fachstellen. Auch wenn wir als Coaches der Vertraulichkeitspflicht unterliegen, hat die Sicherheit des Coachees oberste Priorität. Sollte es eine unmittelbare Gefahr für das Leben des

¹⁸ <https://www.netdoktor.de/krankheiten/psychische-erkrankungen/> sowie vgl. Buckley, 2016

Coachees geben, also Selbstgefährdung vorliegen, ist es wichtig, die richtigen Stellen zu informieren – auch wenn dies gegen die Vertraulichkeit spricht. Das kann ein sozialpsychiatrischer Dienst (SPDi) oder Krisendienst sein, oder auch Hilfe über die Telefonnummer 112.¹⁹ Bis fachkundige Hilfe eingetroffen ist oder aufgesucht wurde, darf der Coachee nicht allein gelassen werden.

Handlungsmöglichkeiten des Coaches

Der Coach erfragt im Coachinggespräch aufmerksam die Thematik, konkrete Situationen, den Kontext bzw. das Organigramm und die Auswirkungen auf andere Lebensbereiche, sowie die Gefühlswelt des Coachees, z.B. mit Hilfe des Coaching Hauses. Dabei sammelt er ggf. achtsam Anzeichen für psychische Erkrankungen und achtet auf eigene Irritationen. Die intuitive Wahrnehmung kann häufig ein hilfreicher Fingerzeig sein.

Durch die systemische Ausbildung kann der Coach die Symptome in den Lebensweltkontext des Coachees einbetten und entsprechend bewerten. Liegt Niedergeschlagenheit und Antriebslosigkeit vor, weil gerade eine langjährige Partnerschaft in die Brüche gegangen ist? Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen mit übermäßiger Müdigkeit sind bei jungen Eltern anders zu bewerten als bei Menschen, die ohne erkennbaren Auslöser über eine längere Zeit mit den Symptomen zu kämpfen haben.

Weitere klärende Fragen sind: Wie lange dauert ein belastendes Erleben an? Gab es (einen) bestimmte(n) Auslöser dafür? Sind sich wiederholende Muster in der Biografie erkennbar? Verfügt der Coachee über Therapieerfahrung und wie sind die Therapien verlaufen? Welche Auswirkungen hat das belastende Thema für den Coachee und sein Umfeld? Wurden in der Vergangenheit psychische Diagnosen gestellt?

Hat der Coachee eine konkrete Vorstellung für sein weiteres Vorgehen? Ist der Plan positiv und realistisch? Wie fällt die Öko-Bilanz der Coachees aus: Hat er die nötige Energie, um den Plan in die Tat umzusetzen? Ist eine Einsichtsfähigkeit in Bezug auf die Problemstellung gegeben?

Nach sorgfältiger Erkundung der Erlebenswelt und „der Insel“ des Coachees (nach Vera Birkenbihl) kann der Coach das Gehörte mit den Warnzeichen für psychische Erkrankungen abgleichen. Sollte er eine psychische Krankheit vermuten, empfiehlt es sich, transparent damit umzugehen und den Coachee behutsam darauf aufmerksam zu machen.

Der Deutsche Coachingverband e.V. schreibt dazu: „Der Coach lehnt Aufträge ab, die zu erfüllen er nach bestem Wissen und Gewissen nicht hinreichend kompetent ist. In

¹⁹ <https://www.psychiatrie.de/gemeindepsychiatrie/beratungbegleitung/krisen-notfallhilfe.html>
<https://www.psychenet.de/de/hilfe-finden/schnelle-hilfe/krisenanlaufstellen.html>
<https://www.krisendienste.bayern/>

solchen Fällen kann er auf die Möglichkeit verweisen, sich an Kollegen oder Angehörige anderer Berufsgruppen zu wenden.“²⁰

Es ist hilfreich, wenn der Coach über ein gutes Netzwerk an regionalen und nationalen (ggf. internationalen) Fachkräften und Fachstellen aus der Psychologie und Psychiatrie verfügt und die jeweils passenden Kontakte dem Coachee anbietet. Neben Psychotherapeuten und Psychiatern gibt es vielfältige, weitere Hilfsangebote.²¹ Bis dort ein erster Termin zustande kommt ist eine stabilisierende, die Motivation dafür aufrechterhaltende Begleitung denkbar. Aber wie schon gesagt: Keine Arbeit an der Erkrankung selbst.

Idealerweise ist der Coach selbst in ein Netzwerk für Coaches eingebunden und kann seine Wahrnehmung bei oben geschilderten Coachingsgesprächen im Rahmen der kollegialen Fallberatung reflektieren. Im Zweifelsfall ist es hilfreich Supervision in Anspruch zu nehmen oder einen Termin bei einem Lehrcoach.

Fazit

Es ist wichtig, dass Coaches über grundlegendes Wissen über psychische Erkrankungen verfügen und Anzeichen dafür erkennen können. Psychische Erkrankungen sind verbreitet und es ist gut möglich, dass uns im Laufe unserer Coachingpraxis ein betroffener Coachee aufsucht. Eine achtsame und gründliche „Insel-Erkundung“ mit einem Bewusstsein dafür und entsprechenden Fragestellungen sind wesentlich. Bei aller guter fachlicher Coachinausbildung – es ist sehr wichtig im Rahmen der eigenen fachlichen Kompetenzen zu bleiben. Ein Coach muss anerkennen, dass er nicht absehen kann, was verschiedene Interventionen bei psychisch erkrankten Menschen auslösen können. Des Weiteren müssen sich Coaches an die ethischen Richtlinien des Berufes halten.

Psychisch erkrankte Menschen leiden unter ihrer Erkrankung, oft auch unter Scham und versuchen die Erkrankung zu verbergen. Es ist eine große Hilfe für sie, wenn sie aufmerksam auf ihre Krankheit werden, feinfühlig und wertschätzend im Erstgespräch begleitet werden und Kenntnis von entsprechender anderer fachlicher Unterstützung bekommen.

Empfehlenswert ist eine Zusatzausbildung wie z.B. der Heilpraktiker für Psychotherapie, um über ein fundierteres Wissen zu diesem Thema zu verfügen. Manche Coaches begleiten Menschen mit psychischer Erkrankung, wenn sie therapeutisch angebunden sind und um Unterstützung z.B. bei der Karriereplanung oder der Verbesserung ihrer Kommunikation o.ä. suchen. Insbesondere hier sind entsprechende Weiterbildungen ein Qualitätsmerkmal.

²⁰ <https://coachingverband.org/ethikrichtlinie/>

²¹ <https://www.psychenet.de/de/hilfe-finden/schnelle-hilfe/krisenanlaufstellen.html>

Abbildungsnachweis:

Seite 1: <https://pixabay.com/de/photos/san-francisco-chinatown-psychische-4465369/>

Seite 5: <https://www.aerzteblatt.de/search/result/4ea11330-a626-4f36-a93e-2d3f7d068a7c?q=Entwicklung+der+Diagnosepr%C3%A4valenz+psychischer+St%C3%B6rungen+2012-2022> (14.02.25)

Seite 7: <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/was-ist-eine-depression/verlaufsformen> (15.02.25)

Literaturverzeichnis:

Aaron Antonovsky (Autor). Alexa Franke (Hrsg.). „Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis)“. dgvt-Verlag, 1997.

American Psychiatric Association (Hrsg.). "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM-5). American Psychiatric Publishing; 5th ed. Edition, 2013.

Buckley, A, Buckley C. „Coaching oder Therapie?“ Junfermann Verlag, 2016.

DGPPN Faktenblatt - Aktuelle Zahlen und Fakten der Psychiatrie und Psychotherapie
https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/3067cbcf50e837c89e2e9307cecea8cc901f6da8/DGPPN_Factsheet_Kennzahlen.pdf

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, Marin H. (Hrsg.). „Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD–10 Kapitel V (F) – Klinisch–diagnostische Leitlinien. WHO und Verlag Hans Huber, 2015.

Jacobi F, Bretschneider J, Müllender S. „Veränderungen und Variationen der Häufigkeit psychischer Störungen in Deutschland. Krankenkassenstatistiken und epidemiologische Befunde. In: Kliner K, Rennert D, Richter M, (eds.): Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche BKK Gesundheitsatlas 2015. Berlin: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2015; p. 63–71.

World Health Organization. The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.

Quellenangaben:

<https://www.aerzteblatt.de/search/result/4ea11330-a626-4f36-a93e-2d3f7d068a7c?q=Entwicklung+der+Diagnosepr%C3%A4valenz+psychischer+St%C3%B6rungen+2012-2022> (14.02.25)

https://www.anwalt.de/rechtstipps/coach-ein-berufsbild-ohne-gesetzliche-norm_028150.html (15.02.25)

<https://coachingverband.org/ethikrichtlinie/> (15.02.25)

<https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/was-ist-eine-depression/verlaufsformen> (15.02.25)

https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/3067cbcf50e837c89e2e9307cecea8cc901f6da8/DGPPN_Factsheet_Kennzahlen.pdf (14.02.25)

https://www.gbe.rki.de/DE/Themen/Gesundheitszustand/PsychischeStoerungen/PsychischeStoerungenInsgesamt/psychischestoerungeninsgesamt_node.html (08.02.25)

https://www.gesetze-im-internet.de/b_o/BJNR018570961.html (14.02.25)

<https://www.gesetze-im-internet.de/heilprg/BJNR002510939.html> (14.02.25)

<https://www.gesundheitsatlas-deutschland.de/erkrankung/angst?activeValueType=prevalence&activeLayerType=state> (14.02.25)

<https://www.krisendienste.bayern/> (14.02.25)

<https://www.msdmanuals.com/de/profi/psychiatrische-erkrankungen/anst-und-stressbezogene-erkrankungen/posttraumatische-belastungsst%C3%B6rung-ptbs> (14.02.25)

<https://www.netdoktor.de/krankheiten/psychische-erkrankungen/> (14.02.25)

<https://www.psychiatrie.de/gemeindepsychiatrie/beratungbegleitung/krisen-notfallhilfe.html> (14.02.25)

<https://www.psychenet.de/de/hilfe-finden/schnelle-hilfe/krisenanlaufstellen.html> (14.02.25)

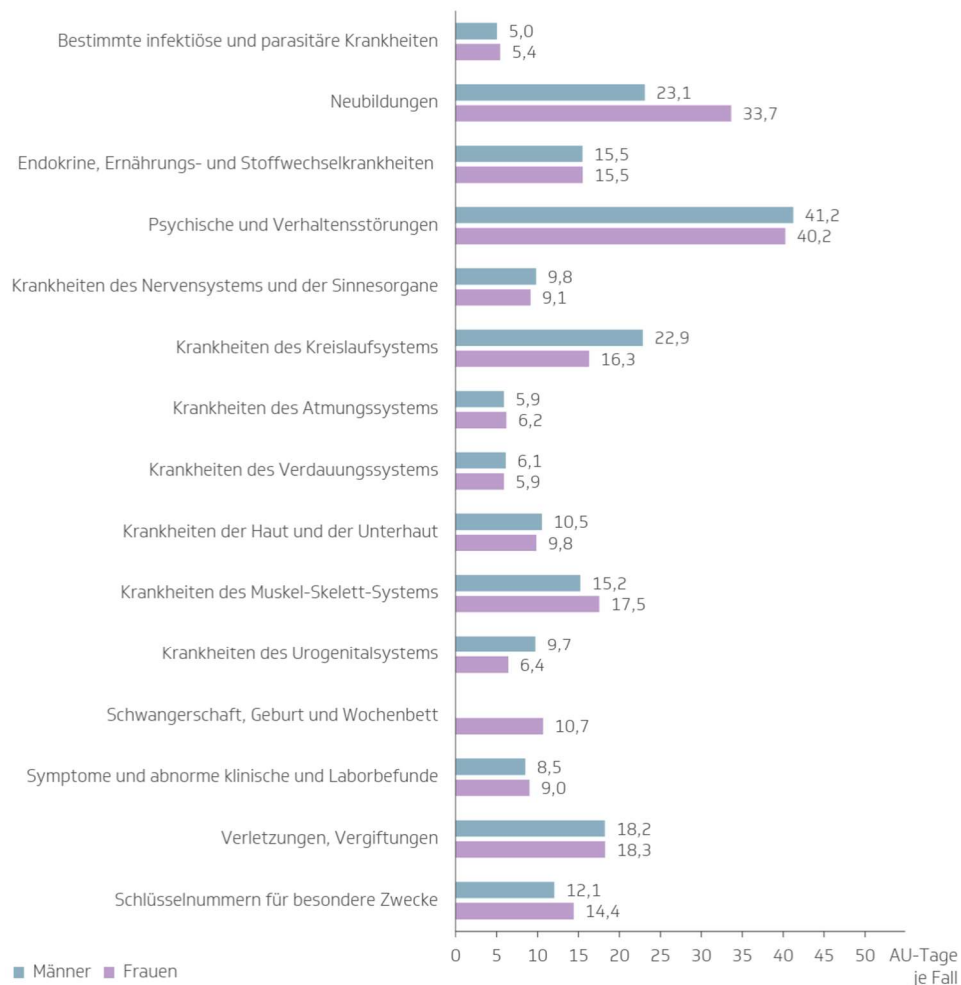
https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/sites/default/files/2023-05/2023_05_22_Factsheet_PsychischeGesundheitDeutschland.pdf (14.02.25)

Anhang – weitere Hintergrundinformationen:

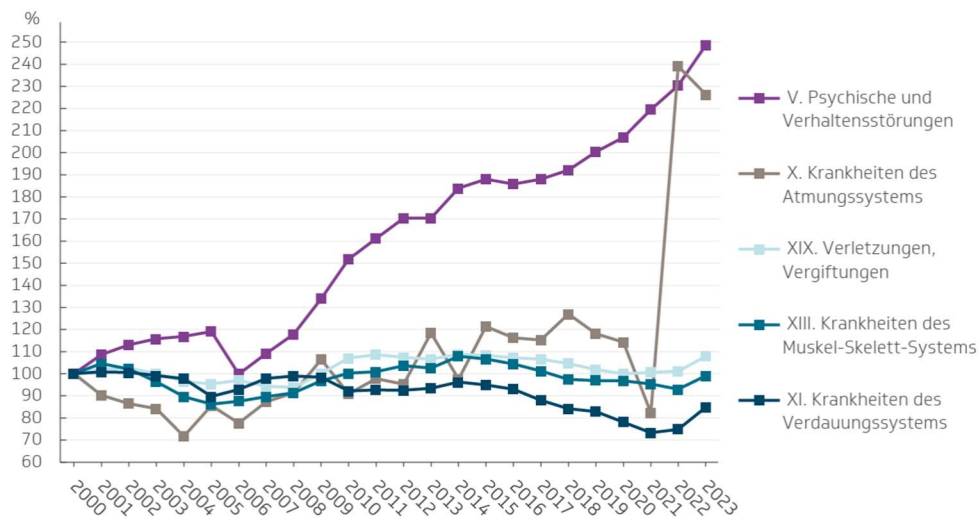
Die folgenden Grafiken und Texte sind entnommen aus:

Techniker Krankenkasse (Hrsg.) Gesundheitsreport 2024 – Arbeitsunfähigkeiten,
Unternehmenszentrale, Hamburg 22291, www.tk.de

AU-Tage je Fall nach ICD-10-Diagnosekapiteln im Jahr 2023



Relative Veränderungen der Fehlzeiten in relevanten Diagnosekapiteln – Erwerbspersonen



Den zweiten Rang hinsichtlich der Fehlzeiten belegen im Jahr 2023 Erkrankungen mit Diagnosen von psychischen Störungen. Mit 359 AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre konnten dieser Erkrankungsgruppe 18,5 Prozent aller Fehltag zugeordnet werden. Bei Frauen wurden mit durchschnittlich 452 AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre deutlich mehr Fehltag als unter Männern mit 279 AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre erfasst. Eine durchschnittliche Erwerbsperson in der Techniker war innerhalb des Jahres 2023 (bei 365 Versicherungstagen) im Mittel fast vier Tage wegen Erkrankungen mit psychischen Störungen krankgeschrieben. (TK)

Anteilig relevante dreistellige ICD-10-Diagnosen: AU-Tage im Jahr 2023

Diagnosen nach ICD-10		AU-Tage je 100 VJ		
		Männer	Frauen	Gesamt
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	273,01	343,35	305,42
F32	Depressive Episode	71,33	99,92	84,50
M54	Rückenschmerzen	89,57	76,89	83,73
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	57,76	112,77	83,11
F33	Rezidivierende depressive Störung	38,78	61,93	49,45
Z98	Sonstige Zustände nach chirurgischem Eingriff	43,35	47,77	45,39
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	41,74	42,28	41,99
F48	Andere neurotische Störungen	24,67	48,07	35,45
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	28,43	34,81	31,37
F41	Andere Angststörungen	21,55	37,96	29,11
J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	23,96	28,52	26,06
R53	Unwohlsein und Ermüdung	18,18	33,76	25,36
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	25,60	22,39	24,12
F45	Somatoforme Störungen	16,84	32,32	23,97
M75	Schulterläsionen	20,07	17,84	19,04
J20	Akute Bronchitis	16,84	19,94	18,27
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	12,69	24,29	18,04
U07	Krankheiten mit unklarer Ätiologie und nicht belegte Schlüsselnummern	14,38	21,76	17,78
M25	Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	18,85	15,30	17,21
J03	Akute Tonsillitis	13,88	19,91	16,66
	Anteil aufgeführte Tage an allen AU-Tagen	50,0 %	52,7 %	51,4 %
AU-Tage je 100 VJ insgesamt		1.743,30	2.166,17	1.938,14

Tabelle 4 (Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der Techniker, standardisiert)

Richtlinien und ethische Grundsätze eines Coaches – einige grundlegende Aspekte, die als erlaubt und verboten angesehen werden können:

Erlaubt:

1. **Zielorientiertes Coaching:** Coaches dürfen Klienten dabei unterstützen, persönliche oder berufliche Ziele zu definieren und zu erreichen.
2. **Fragen stellen:** Coaches können gezielte Fragen stellen, um Klienten zur Selbstreflexion anzuregen und deren Denkprozesse zu fördern.
3. **Feedback geben:** Coaches können konstruktives Feedback geben, das den Klienten hilft, ihre Perspektiven zu erweitern.
4. **Ressourcen bereitstellen:** Coaches dürfen Informationen, Tools und Techniken anbieten, die den Klienten in ihrem Prozess unterstützen.
5. **Vertraulichkeit wahren:** Coaches sind verpflichtet, die Privatsphäre ihrer Klienten zu respektieren und Informationen vertraulich zu behandeln.

Verboten:

1. **Diagnosen stellen:** Coaches dürfen keine psychischen Erkrankungen diagnostizieren oder behandeln, da dies in den Bereich der Psychologie oder Psychiatrie fällt.
2. **Therapeutische Interventionen:** Coaches sollten keine therapeutischen Methoden anwenden, die eine Psychotherapie erfordern.
3. **Persönliche Meinungen aufdrängen:** Coaches sollten ihre persönlichen Meinungen oder Werte nicht auf die Klienten projizieren oder diese beeinflussen.
4. **Verletzung der Vertraulichkeit:** Coaches dürfen keine Informationen über Klienten ohne deren Zustimmung weitergeben.
5. **Unethische Praktiken:** Coaches sollten sich an ethische Richtlinien halten und keine Praktiken anwenden, die den Klienten schaden könnten.

Quellen:

Ethik-Code der International Coach Federation (ICF): ICF Code of Ethics

Ethikrichtlinien des Deutschen Coaching Verbands (DCV)

EMCC Code of Ethics des European Mentoring and Coaching Council (EMCC)