

Persönliche PDF-Datei für

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

Nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt.
Keine kommerzielle Nutzung, keine Einstellung
in Repositorien.

Verlag und Copyright:
© 2014 by
Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart
ISSN

Nachdruck nur
mit Genehmigung
des Verlags



Sebastian Euler • Ulrich Schultz-Venrath

Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT)

Mentalisieren als Grundlage wirksamer Psychotherapien

Die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) wurde von Anthony Bateman und Peter Fonagy auf der Basis eines psychodynamischen Behandlungskonzepts vor gut 15 Jahren in einer Londoner Tagesklinik entwickelt (Bateman & Fonagy 1999). Sie ist eine der 4 evidenzbasierten Behandlungsverfahren für die Psychotherapie von Patienten mit einer Borderline-Störung als Prototyp schwerer Persönlichkeitsstörungen.

Evidenz Neben der MBT zählen zu den sog. „big 4“ die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT), die Übertragungsfokussierte Psychotherapie (Transference-Focused Psychotherapy, TFP) und die Schema-Fokussierte Therapie (SFT). Bateman und Fonagy (1999, 2009) haben in 2 RCT-Studien die Wirksamkeit von MBT im tagesklinischen und ambulanten Setting ggü. sozialpsychiatrischer Behandlung von Borderline-Patienten im Langzeitverlauf an klinischen und psychosozialen Merkmalen eindrucksvoll belegt. Trotzdem zeichnet sich die MBT durch ihre Orientierung an der klinischen Praxis mit dem Leitgedanken einer steten Weiterentwicklung nicht als abgeschlossenes Modell, sondern als „work in progress“ aus. Die Ergebnisse konnten inzwischen von einer anderen Forschungsgruppe repliziert werden (Bales et al. 2012). Auf dieser Grundlage hat sich die MBT v. a. in Europa und in den USA rasch verbreitet und stetig weiter differenziert bezüglich des Einsatzes für andere psychosomatische und psychische Erkrankungen, z. B. Depressionen, Angst- und Somatisierungsstörungen sowie Essstörungen (Schultz-Venrath 2013a).

Konzeptioneller Hintergrund

Mentalisieren Mentalisieren ist ein jüngeres psychologisches Konstrukt, das viele

Elemente aus den Kognitionswissenschaften, der Psychoanalyse, der Entwicklungspsychologie, der Affektforschung und der Neurobiologie berücksichtigt (Fonagy et al. 2004, Übersichten bei Brockmann & Kirsch 2010). Beeinflusst ist das Konzept unter anderem durch die „theory of mind“, die Bindungsforschung und die intersubjektive Psychoanalyse. Dabei ist die Erkenntnis, dass Kinder im Alter von etwa 4 Jahren eine Vorstellung davon entwickeln, dass ihr geistiger Zustand („mind“) sich von dem anderer unterscheidet und damit ein repräsentationales Abbild der Realität darstellt, ebenso bedeutsam wie die Befunde aus der Säuglingsforschung über die Entwicklung des Selbst als Konglomerat früher Beziehungserfahrungen und die Modifikation des Verständnisses von Psychoanalyse als intersubjektive Ko-Konstruktion von Realität.

Mentalisieren heißt, sich auf die inneren, „mentalen“ Zustände (Gedanken, Gefühle, Wünsche, Bedürfnisse, Überzeugungen etc.) von sich selbst und anderen zu beziehen, diese als dem Verhalten zugrundeliegend zu begreifen und darüber nachdenken zu können.

Beeinträchtigtes Mentalisieren Zentral in der Ätiopathogenese schwerer Persönlichkeitsstörungen ist die Beeinträchtigung

des Mentalisierens aufgrund von repetitiven Fehlabbildungen entwicklungspsychologisch bedeutsamer Spiegelungsvorgänge in den frühen Bindungsbeziehungen (Fonagy et al. 2004). Durch diese Fehlabbildungen kommt es zu einer nachhaltigen Beeinträchtigung des Mentalisierens, insbesondere in Situationen, in denen das Bindungssystem aktiviert wird. Daraus ergeben sich schwerwiegende Störungen der Affekt- und Selbstregulation im interpersonellen Kontext.

Beeinträchtigtes Mentalisieren ist durch qualitative und quantitative Aspekte gekennzeichnet (Non- / Hypo- / Hypermentalisieren).

Prämentalistische Modi

Wenn in bindungsrelevanten Situationen das Mentalisieren zusammenbricht, treten als Ausdruck einer bedrohten Selbstkohärenz sog. prämentalistische Modi auf:

- Teleologischer Modus,
- Äquivalenzmodus,
- oder Als-ob-Modus.

Da v. a. zwischenmenschlich signifikante Situationen das Bindungssystem aktivieren, ist deren Berücksichtigung für jede psychotherapeutische Begegnung höchst relevant.

Teleologischer Modus Der teleologische Modus ist entwicklungspsychologisch der früheste, dem Mentalisieren vorausgehende seelische Zustand. Die Umwelt muss „funktionieren“, um innere Spannungszustände zu mindern. Nur real befriedigende Handlungen oder körperliche Eingriffe sind in der Lage, mentales Erleben zu beeinflussen, nur real Beobachtbares ist von Bedeutung. Eigene Handlungen werden eingesetzt, um andere zu etwas zu bewegen, verbunden mit intentionaler (Fehl-) Interpretation von Verhalten.

- Ein Säugling mentalisiert seinen diffus-körperlich-affektiven Notzustand nicht. Beruhigung ist nur durch die reale Handlung des „Stillens“ möglich.
- Eine Borderline-Patientin kann eine „innere Verletzung“ durch einen Mitpatienten nicht mentalisieren und verletzt sich real durch Schnitte in den Unterarm. Trost und Halt vermittelnde Worte und Gesten der pflegerischen Bezugsperson erreichen die Patientin nicht. Nur die reale Handlung eines Wundverbands oder gar einer Wundnaht führt zu psychischer Entlastung.

Äquivalenzmodus Innere Welt und äußere Realität werden als identisch erlebt. Es besteht eine Intoleranz ggü. alternativen Perspektiven. Erschreckende innere Bilder (Ängste, Albträume, Flashbacks) bekommen Realitätscharakter.

- Ein Kleinkind, das die ersten Nächte außerhalb des elterlichen Schlafzimmers verbringt, sieht ein Gespenst, das es holen und von den Eltern wegbringen will. Dem Vater gelingt es zunächst nicht, das Kind davon zu überzeugen, dass es sich um einen Vorhang aus weißem Stoff handelt und dass es Gespenster gar nicht gibt. Erst durch ein einfühlsames und spielerisches Beziehungsangebot, bei dem das subjektive Erleben des Kindes durch gemeinsames Nachschauen etc. ausreichend validiert wird, verliert die ängstigende Fantasie ihren Realitätscharakter und das Kind kann einschlafen.
- Ein junger Assistenzarzt leitet eine stationäre Gruppe mit 9 Borderline-Patienten allein. Aufgrund der für alle spürbar unsicheren Bindungssituation und des damit einhergehenden stressinduzierten Aggressionspotenzials kommt es zu einer Mobilisation destruktiver Kräfte mit einer kollektiven projektiven Identifikation, die der unerfahrene Gruppenleiter nicht mehr mentalisieren kann. Er wähnt sich real angegriffen, sodass er „um sein Leben rennt“ und den Raum fluchtartig verlässt.

Als-ob-Modus Entwicklungspsychologisch ist der Als-ob-Modus eng mit dem Spiel verknüpft. Der erlebte innere Zustand

hat keine Implikation für die Außenwelt und umgekehrt. In der Psychotherapie kommt es zu Gesprächen über Gedanken und Gefühle, ohne dass eine „innere Berührung“ erfolgt bzw. Veränderungsprozesse induziert werden. Insbesondere wenn eine psychologisierende Sprache verwendet wird, spricht man auch vom „Pseudomentalisieren“ (Schultz-Venrath 2013a).

- Wenn Patienten wie abgeschottet wirken und durch Fragen oder Aufforderungen nicht erreichbar scheinen, entspricht dies dem Als-ob-Modus. Klinisch kann sich dieser Modus auch in dissoziativen Phänomenen äußern.

Haltung und Technik der MBT

MBT bei Persönlichkeitsstörungen

Ausgehend von der Überzeugung, dass psychische Veränderungsprozesse nur induziert werden können, wenn mentalisiert wird, ist der Fokus auf das gemeinsame Mentalisieren das Spezifikum und Innovative an der MBT (Allen et al. 2011).

- Da das Modell davon ausgeht, dass die Beeinträchtigung der Fähigkeit zu mentalisieren bei Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen (z. B. Borderline- und die meisten narzisstischen Persönlichkeitsstörungen) den Kernaspekt der zugrundeliegenden Pathologie darstellt, ist die MBT für ihre Behandlung eine Methode der Wahl.
- Bei anderen Persönlichkeitsstörungen ist die Mentalisierungsfähigkeit ebenfalls beeinträchtigt (Subic-Wrana et al. 2010, Schultz-Venrath 2013a). Psychotherapien können auch hier nur erfolgreich sein, wenn dem Mentalisieren ein besonderer Stellenwert eingeräumt wird.

Mentalisieren im Fokus Sämtliche Interventionen der MBT sind auf die (Wieder-) Herstellung oder Verbesserung des gemeinsamen Mentalisierens ausgerichtet. Je niedriger das Mentalisierungsniveau in der therapeutischen Situation ist, desto einfacher und prägnanter sollte die Intervention sein.

- Der Therapeut widmet der eigenen Mentalisierungsfähigkeit besondere Aufmerksamkeit, identifiziert ggf. Als-ob- und Äquivalenz-Modus und interveniert mit spezifischen Modus-abhängigen Techniken, um ins Mentalisieren zurückzufinden.
- Er verlangsamt das Geschehen und geht mit dem Patienten Schritt für Schritt durch das Narrativ („stop and stand“) oder lenkt aktiv an einen Punkt im Gespräch zurück, an dem zuletzt mentalisiert wurde („stop and rewind“).
- Der Therapeut äußert seine Anerkennung, wenn mentalisiert wird, und dient selbst als Modell für gelungenes Mentalisieren.

Haltung des Nicht-Wissens („not knowing stance“)

Der Therapeut exploriert aus einer natürlichen Haltung des „Nicht-Wissens“ heraus und fördert die Neugier des Patienten auf innere Motive von sich und anderen. Zentral ist, dass er eigenes Nicht-Verstehen akzeptiert und offenbart – eine Fähigkeit, die gerade erfahrenen oder stark an einem theoretischen Konzept oder Ausbildungscurriculum orientierten Psychotherapeuten verloren gehen kann. Der Wunsch, zu verstehen und mehr zu wissen, wird aktiv gezeigt.

Das Stellen einfacher Fragen ist eine zentrale Intervention der MBT (v. a. „wer/was/wie/wo [genau]?“). Mehrere gleichzeitige, zu komplexe oder „warum“-Fragen induzieren ggf. Pseudomentalisieren).

Mentalisieren der Affektivität („mentalized affectivity“)

Der Therapeut fokussiert mit seinen Fragen immer wieder den dominierenden Affekt, insbesondere auch das latente affektive Geschehen zwischen Patient und Therapeut während der Sitzung. Er verbindet auftretende Affekte mit aktuellen oder früheren interpersonellen Situationen. Dabei werden die Affekte des Patienten nicht gedeutet. „Negative“ Affekte werden nicht für den Patienten benannt, sondern Schritt für Schritt gemeinsam exploriert, bis der Patient seine Gefühle differenzierter mentalisieren kann.



Der Therapeut übernimmt eine aktive Rolle dabei, das affektive Spannungsniveau im optimalen Bereich zu halten (nicht zu „heiß“ und nicht zu „kalt“), d. h. die affektive Intensität der Sitzung wird vom Therapeuten mentalisierungsfördernd ausbalanciert.

Begegnung auf Augenhöhe („collaborative stance“) In der MBT wird ein „therapeutischer Habitus“ nach Möglichkeit vermieden. Der Therapeut beteiligt sich offenherzig am Gespräch, bringt sich aktiv ein und zeigt sich authentisch und ehrlich interessiert. Er gleicht das eigene Verständnis immer wieder mit dem des Patienten ab, spricht (drohende) Missverständnisse aktiv an und erkennt an, dass er nicht über eine Deutungshoheit verfügt.

Mentalisieren der Übertragung In der MBT stimuliert der Therapeut die Untersuchung der therapeutischen Beziehung durch Exploration der Sichtweise des Patienten und regt die Reflexion über alternative Perspektiven an (► **Kasten 1**). Die Untersuchung des Beziehungserlebens im Hier und Jetzt spielt eine zentrale Rolle, die Arbeit mit dem Übertragungsgeschehen unterscheidet sich aber deutlich von der psychoanalytischen Technik.

Kasten 1

Mentalisieren der Übertragung

(nach Bateman & Fonagy 2012, S. 77)

1. Validieren des subjektiven Erlebens
2. Untersuchung der aktuellen Beziehungssituation
3. Akzeptanz und Untersuchung des eigenen Enactments (Beitrag und Verzerrungen vonseiten des Therapeuten)
4. Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses
5. Vorschlag einer alternativen Perspektive
6. Beobachtung der Reaktion des Patienten
7. Befragen zur Reaktion des Patienten bzgl. der neuen Verständnismöglichkeit

Selbstoffenbarung („self disclosure“)

Der Therapeut äußert eigene Gefühle und Gedanken über die Beziehung zum Patienten, um die Untersuchung des Beziehungsgeschehens zu fördern.

- Bei der Selbstoffenbarung geht es nicht darum, Rede und Antwort zu stehen, um den Realitätscharakter der Beziehung zu betonen, sondern das Ziel ist – wie bei sämtlichen anderen Interventionen – die Förderung des gemeinsamen Mentalisierens.
- Der Therapeut bedient sich dieser Intervention also dann, wenn es den Zugang zu Gedanken und Gefühlen des Patienten und den gemeinsamen Prozess des Nachdenkens darüber fördert.

Die Selbstoffenbarung der MBT unterscheidet sich damit vom „Prinzip Antwort“ der psychoanalytisch-interaktionellen Methode, mit der andererseits gewisse Gemeinsamkeiten bestehen (s. dazu auch Beitrag von U. Streeck in diesem Heft).

Beispiel: Eine Patientin unterbricht ihren Redefluss abrupt und wendet sich an den Therapeuten: „Sie langweilen sich mit mir“. Der Therapeut antwortet (wenn er sich tatsächlich gelangweilt hat): „Jetzt, wo Sie es sagen, habe ich mich tatsächlich gerade ein wenig gelangweilt und ich bin mir nicht sicher, woher das kommt. Hat es mit dem zu tun, worüber Sie gerade reden oder wie Sie es sagen, oder hat es mehr mit mir und meiner augenblicklichen Verfassung zu tun? Wissen Sie, ich bin mir da gar nicht so sicher.“ Oder (wenn er sich nicht gelangweilt hat): „Soweit ich mir bewusst bin, habe ich mich gerade nicht gelangweilt, ich habe sogar versucht, zu begreifen, was Sie meinten. Ich war etwas verwirrt. Aber jetzt bin ich fasziniert davon, dass wir beide diesen Moment so unterschiedlich erleben.“ (Beispiel leicht modifiziert nach Bateman & Fonagy 2012, S. 573/574)

Irritierendes Infragestellen („challenging“) Der MBT-Therapeut stellt Vorstellungen des Patienten bezogen auf sich selbst und andere sowie seine emotionalen Reaktionen infrage, nachdem die subjektive

Erlebnisweise ausreichend untersucht und validiert wurde.

- Zum „challenging“ gehören spielerische, humorvolle und durchaus auch unkonventionelle Interventionen. Ziel ist ein Überraschungsmoment, das dem Patienten durch Irritation ermöglicht, aus dem Als-ob- oder Äquivalenzmodus heraus- und ins Mentalisieren hineinzufinden.

Beispiel: Eine Patientin klagt anhaltend darüber, dass sie überall von allen nur „verarscht“ werde, in der Verwandtschaft, bei Ämtern, Ärzten etc. (Äquivalenzmodus). Der Therapeut sagt „Ich stelle es mir sehr schwierig vor, mit so einem Gefühl einmal eine andere Erfahrung zu machen“. Die Patientin wirkt jetzt plötzlich abwesend, sagt, ihre innere Stimme, die ihr vorwerfe, zu viel von sich preisgegeben zu haben, sei so laut geworden. Sie fragt nach, was der Therapeut vorher gesagt habe. Der Therapeut wiederholt den Satz nochmals, was die Situation weiter zuspitzt. Die Patientin ist nun gar nicht mehr erreichbar, wirkt völlig abgekapselt (switcht in den „Als-ob-Modus“). An dieser Stelle scheint das Gespräch nicht weiterzugehen, beendet werden kann es so aber auch nicht. Der Therapeut bittet die Patientin jetzt, kurz aufzustehen und dann mit ihm den Platz zu wechseln. Dadurch konstellierte sich die Beziehungssituation neu, die Patientin findet ins Mentalisieren zurück. Der Therapeut fragt „Wollen sie nochmal versuchen zu sagen, was eben in ihnen vorging?“. Die Patientin erzählt nun von ihrem fehlenden Vertrauen in andere, und dass dies eben in der Gesprächssituation aktualisiert worden sei. Sie habe sich gefragt, ob sie hier auch nur „verarscht“ werde, nachdem sie so viel von sich offenbart habe.

Stellenwert der MBT für die Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen

Die Anwendung der MBT ist nicht etwas vollkommen Neues, sondern zielt nur auf einen anderen Fokus.

Bei der MBT handelt sich um eine Systematisierung bestehender Theorien, klinischer Erfahrungen und aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse unterschiedlicher Provenienz, zentriert um das Konzept des Mentalisierens, mit dem Ziel, Psychotherapien wirksamer zu gestalten.

Rolle des Bindungssystems Keine Psychotherapie ist wirksam ohne Aktivierung des Bindungssystems. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen verfügen i. d. R. über ein unsicheres Bindungsmuster. Die Aktivierung unsicherer Bindungsmuster führt häufig zum Zusammenbruch des Mentalisierens. Ohne Mentalisieren kann Psychotherapie jedoch nicht wirksam sein. Therapeutische Haltung und Technik der MBT widmen dieser Problematik besondere Aufmerksamkeit.

Die „Wahrheit“ liegt nicht beim Therapeuten Die Mentalisierungsfähigkeit des Therapeuten spielt in der MBT eine zentrale Rolle, da diese von multiplen Faktoren beeinflusst wird. Das repräsentationale Abbild der Realität des Therapeuten entspricht, ebenso wie seine theoretische Überzeugung, nicht einer „Wahrheit“, die dem Patienten zugänglich gemacht werden sollte. So ist immer wieder eine besondere Art der Öffnung ggü. dem Erleben des Patienten gefordert, die auch mit Überraschungen und Irritationen aufseiten des Therapeuten einhergehen kann.

Prozess vor Theorie Die im Vordergrund stehende Prozessorientierung unterscheidet die MBT maßgeblich von den anderen evidenzbasierten Therapien für Persönlichkeitsstörungen, in denen das therapeutische Handeln stärker von einer inhaltlichen Ausrichtung bestimmt wird. Je stärker aber auf ein theoretisches Modell rekurriert wird, desto größer ist die Gefahr, dass sogar durch Psychotherapie ein „fremdes Selbst“ induziert wird, mit bestenfalls bedeutungslosen Repräsentanzen für die soziale Realität des Patienten außerhalb der psychotherapeutischen Beziehung.

Gruppenpsychotherapie Mentalisierungsbasierte Gruppentherapie (s. dazu Schultz-Venrath 2013b) scheint ggü. dyadisch gedachten Therapiekonzepten noch spezifischer das Mentalisieren durch multiple Spiegelung der Affekte zu fördern.

- Damit findet zum einen die Schwierigkeit des Transfers therapeutischer Entwicklungsfortschritte aus der dyadischen Szene in die gruppal strukturierte Alltagsrealität Berücksichtigung.
- Zum anderen wird das therapeutische Potenzial des gruppentherapeutischen Interaktionsfeldes ebenso wie die gesundheitsökonomische Effizienz von Gruppentherapie auch für das ambulante Behandlungssetting genutzt.

Das Konzept der MBT mit einer auch ambulant kombinierten Einzel- und Gruppentherapie wird in der stationären und teilstationären Psychotherapie seit Jahrzehnten erfolgreich praktiziert. In der Zukunft wird es auch in Deutschland an Bedeutung gewinnen – nicht nur für die Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen.

Literatur

- Allen JG, Fonagy P, Bateman AW, Hrsg. *Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta; 2011
- Bales D, van Beek N, Smits M et al. Treatment outcome of 18-month day hospital mentalization-based treatment (MBT) in patients with severe borderline personality disorder in the Netherlands. *J Pers Disord*. 2012; 26: 568–582
- Bateman AW, Fonagy P. *Individual Techniques of the Basic Model*. In: *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington, London: American Psychiatric Publishing; 2012: 67–80
- Bateman AW, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 1999; 156: 1563–1569
- Bateman AW, Fonagy P. Randomized Controlled Trial of Outpatient Mentalization-Based Treatment Versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry* 2009; 166: 1355–1364
- Brockmann J, Kirsch H. *Konzept der Mentalisierung – Relevanz für die psychotherapeutische Praxis*. *Psychotherapeut* 2010; 55: 279–290
- Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta; 2004
- Schultz-Venrath U. *Lehrbuch Mentalisieren*. Stuttgart: Klett-Cotta; 2013 (a)
- Schultz-Venrath U. *Mentalisierungsbasierte Gruppentherapie (MBGT)*. In: Schultz-Venrath U, Hrsg. *Lehrbuch Mentalisieren*. Stuttgart: Klett-Cotta; 2013 (b): 201–233
- Subic-Wrana C, Böhlinger D, Breithaupt J et al. *Mentalisierungsdefizite bei stationären Patienten*. *Psychotherapeut* 2010; 55: 306–311

Beitrag online zu finden unter
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1388634>

Fazit

- Mentalisieren ist Voraussetzung für wirksames psychotherapeutisches Arbeiten.
- In der Behandlung von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen ist das Mentalisieren besonders gefährdet.
- Dem gemeinsamen Mentalisieren muss deshalb in der Arbeit mit diesen Patienten unabhängig von der theoretischen Ausrichtung des Therapeuten besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden.
- Bei dieser paradigmatischen Sicht spielen auch Überlegungen eine Rolle, dass nicht-mentalisierte psychotherapeutische Beziehungs- und Behandlungsangebote strukturell stark beeinträchtigten Patienten erheblich schaden können.

Interessenkonflikt

Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.



Dr. med. Sebastian Euler

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
Wilhelm-Klein-Str. 27
CH-4012 Basel
sebastian.euler@upkbs.ch

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Ausbildung in psychoanalytischer Psychotherapie,

Mentalisierungsbasierter Therapie und Gruppenanalyse, seit 2010 Oberarzt einer Spezialabteilung für Persönlichkeitsstörungen am Zentrum für Spezielle Psychotherapie der Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) Basel.



Prof. Dr. med. Ulrich Schultz-Venrath

Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Evangelischen Krankenhauses Bergisch Gladbach, Kooperationsklinik der Universität Witten-

Herdecke, Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Arzt für Nervenheilkunde, Psychoanalytiker (DPV/IPA/DGPT) und Gruppenlehranalytiker (D3G/EFPP).