Arbeitsbedingungen Psychologischer Psychotherapeuten des Maßregelvollzugs

Eine vergleichende Beschreibung

Adelheid Bezzel, Wolfgang Mache & Steffen Landgraf

Zusammenfassung: Im Maßregelvollzug (MRV) werden besondere Ansprüche gestellt - die Arbeitsbedingungen sind aber kaum untersucht. In dieser Studie wurden Daten von 838 approbierten Psychologen im MRV und anderen kontextuell vergleichbaren Einrichtungen ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass im MRV vorwiegend verhaltenstherapeutisch gearbeitet wird. Straftäterbehandlung scheint eine Männerdomäne zu sein, deren Anteil liegt bei 50 % (vs. 30 % in anderen Einrichtungen). Im MRV herrscht größere Teamorientierung, Einsatzgebiet ist v.a. die direkte Patientenversorgung. Einrichtungsübergreifend übernehmen Psychotherapeuten aber kaum Führungsaufgaben, 2/3 sind in Entgeltgruppe 13 (EG) oder niedriger eingestuft. Zu beachten ist der Geschlechterunterschied: Unabhängig von Alter, Berufserfahrung, und Stellenumfang sind 50 % der Männer, aber nur 25 % der Frauen in EG 14 oder höher eingruppiert.

Hintergrund und Fragestellung

Der Maßregelvollzug (MRV) steht mehr denn je als Institution mit psychotherapeutischem Auftrag im Mittelpunkt gesellschaftlicher Aufmerksamkeit (Dahle, 2003). Besondere Bedingungen der Psychotherapie ergeben sich u.a. aus dem forensischen Klientel, dem sicherheitsbedingten Setting und dem gemeinschaftlichen Auftrag „Sicherung und Besserung“. Daher sind Informationen dazu, was genau die im MRV tätigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten[1] auszeichnet, von hoher Relevanz.

Obwohl Psychotherapeuten einen Großteil der therapeutischen Verantwortung im MRV übernehmen, scheinen gerade im klinischen Arbeitsumfeld die beruflichen Möglichkeiten psychologischer Psychotherapeuten begrenzt. Die Durchführung psychotherapeutischer Behandlungen bei straffälligen Patienten stellt im MRV eine große Herausforderung dar. Nicht nur gilt die psychothe-

[1] Auf Grund der einfacheren Lesbarkeit wird im weiteren Artikel diese Form verwendet. Es sind aber grundsätzlich immer beide Geschlechter gemeint, es sei denn, es wird explizit darauf hingewiesen.

rapeutische Behandlung bestimmter Störungsbilder (z.B. Pädophilie, Psychopathie, Schizophrenie etc.) teilweise als gesellschaftlich unerwünscht (zu teuer, moralische Ablehnung). Darüber hinaus sind Untergebrachte im MRV im Vergleich zu Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie (EP) oder der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie (KP) vor allem durch gravierendere Beeinträchtigungen gekennzeichnet (Klein, 2007; Nedopil, 2007; Vinokur, Levine, Roe, Krivoy & Fischel, 2013), welche einer intensiveren Betreuung bedürfen, um bessere Behandlungsergebnisse zu erzielen (Landgraf, Blumenauer, Osterheider & Eisenbarth, 2013). Die im Mittelpunkt des MRV stehende Resozialisierung der Patienten (Bezzel, 2008; Schaumburg, 2003) wird demnach nur im Kompromiss zwischen individueller psychotherapeutischer Allianz einerseits sowie gesellschaftlicher, teils menschenverachtender Vorurteile andererseits realisiert werden können. Ziel der vorliegenden Arbeit war, berufsrelevante Faktoren von Psychotherapeuten im MRV (Qualifikationen, Tätigkeitsfelder, Verdienstmöglichkeiten, Verantwortungsübernahme und die Arbeitszufriedenheit), im Vergleich mit kontextuell ähnlichen Einrichtungen (Erwachsenen-Psychiatrien (EP), Kinder- und Jugendpsychiatrien (KP), Justizvollzugsanstalten (JVA)) zu erfassen. Wir erwarteten auf Grund der hartnäckigen Vorurteile gegenüber Psychotherapie im MRV eine generell schlechtere Arbeitssituationen, geringere übergeordnete Beteiligung an institutionellen Entscheidungen sowie eine niedrigere Arbeitszufriedenheit.

Methodik

Stichprobe

Das IGES-Institut (Forschungs- und Beratungsinstitut für Gesundheitsfragen) hat im Januar 2014 den Ergebnisbericht für die Angestelltenbefragung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und der Landespsychotherapeutenkammern vorgelegt, die sich mit der beruflichen Situation der angestellten Kammermitglieder beschäftigte (Bundespsychotherapeutenkammer, 2014)[2]. Im Sinne einer Bestandsaufnahme wurden Daten zur Einkommenssituation, der Ausbildung, der Position in der Versorgungseinheit u.ä., aber auch Zufriedenheitswerte zusammengetragen. Die Daten wurden online abgefragt, umfassende Instrumente der Fragebogenentwicklung kamen zum Einsatz, so dass letztendlich der verwendete Fragebogen als praktikabel bewertet wurde. Die BPtK vertrat nach eigenen Angaben zum Stichtag 31.12.2014 im gesamten Bundesgebiet 41 500 psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, davon waren 39 200 berufstätig. Insgesamt betrug die Rücklaufquote der Befragung knapp 11%. Ausgeschlossen wurden Fälle mit inkonsistenten Antworten und zudem Probanden, die zum Befragungszeitpunkt nicht beruflich aktiv waren bzw. in keinem Angestellten- oder Beamtenverhältnis standen. Aus der 3.874 Probanden

[2] Angaben zum Untersuchungsablauf sind dort zu entnehmen.

umfassenden Gesamtstichprobe wurden 838 Teilnehmer extrahiert, die angaben, in einer der Ziel-Einrichtungen (MRV, EP[3], KP, JVA) tätig zu sein (s. Tab. 1).

Tabelle 1: Geschlechter- und Altersverteilung nach Einrichtung

	MRV		**EP**		**KP**		**JVA**	
	Männer	**Frauen**	**Männer**	**Frauen**	**Männer**	**Frauen**	**Männer**	**Frauen**
N	31	36	167	377	46	107	41	33
Anteil	46.3%	53.7%	30.7%	69.3%	30.1%	69.9%	55.4%	44.6%
Alter (Jahre)	M = 48.8 SD = 8.6	M = 45.7 SD = 8.6	M = 50.3 SD = 8.9	M = 43.2 SD = 9.4	M = 49.0 SD = 9.7	M = 44.7 SD = 9.6	M = 51.9 SD = 8.9	M = 48.4 SD = 8.4

Fast alle Teilnehmer (95.5%) hatten eine unbefristete Stelle inne. Im MRV und der JVA arbeiteten weniger Frauen als in der EP und der KP, $X^2_{(df=4)} = 23.31$, $p < .01$. Männer waren im Schnitt älter als Frauen, Frauen in der JVA waren älter als Frauen in der EP. Aufgrund dieser Unterschiede wurden Männer und Frauen separat ausgewertet.

Ergebnisse

Berufsqualifikation

Ausbildung und Approbation

Einrichtungsübergreifend waren fast alle Teilnehmer Diplom-Psychologen (92.8 %). Pädagogische Ausbildungen lagen unter 10 %. Männer (13.3%) waren häufiger promoviert als Frauen (8.1 %), $X^2_{(df=1)} = 5.69$, $p < .05$. Nur 0.6 % der Teilnehmer waren habilitiert.

Teilnehmer waren im Schnitt seit 2004 approbiert, zumeist als Erwachsenen-Psychotherapeut (PP), 83.5 %), gefolgt von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (KJP, 12.8 %), oder beiden Approbationen (3.7 %). Diese Approbationen unterschieden sich signifikant zwischen den Einrichtungen, $X^2_{(df=6)} = 298.40$, $p < .01$. Im MRV (95.5 %[4]), in der EP (93.9 %) sowie in der JVA (91.9 %) waren nahezu alle als Psychologische Psychotherapeuten approbiert, dagegen imponierten erwartungsgemäß in der KP 51.6 % mit einer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie-Approbation. Beide Approbationen haben über alle Einrichtungen hinweg nur wenige (11.1 % in der KP, in den anderen Einrichtungen 3 bis 4 %).

Die Approbation erfolgte entweder nach § 2 PsychThG (57.8 %), vor allem in der JVA (60.8 %) und weniger häufig in der EP (37.8 %), $X^2_{(df=4)} = 18.46$, $p < .01$, oder Übergangsrecht (§ 12 PsychThG; 42.2 %). Psychotherapeuten im MRV (M = 38.2 Jahre, SD = 5.9) und der JVA (M = 40.3 Jahre, SD = 6.6) waren älter bei Erlangung ihrer Approbation, $F(3, 833) = 4.62$, $p < .01$, als

[3] Probanden aus der Psychiatrie oder Psychosomatik wurden in „EP“ (Erwachsenenpsychiatrie) eingruppiert.
4 Der Anteil von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten liegt im MRV bei 1.5%, 3% haben beide Approbationen.

Therapeuten in der KP (*M* = 37.4 Jahre, SD = 6.9) und der EP (*M* = 37.4 Jahre, SD = 6.5). Das Geschlecht spielte dabei keine Rolle.

Therapieausbildung

Es wurden drei Gruppen gebildet: 70.0 % „VT“ (Verhaltenstherapeuten), 20.4 % „TP“ (tiefenpsychologisch fundierte Psychoherapeuten und Psychoanalytiker) und 9.5 % „Andere“ (Gesprächspsychotherapeuten, systemische und andere). In den Einrichtungen dominierten VT-Psychotherapeuten, $X^2_{(df=6)} = 24.57$, $p < .01$, TP waren die zweithäufigste Therapeutengruppe (Abb. 1).

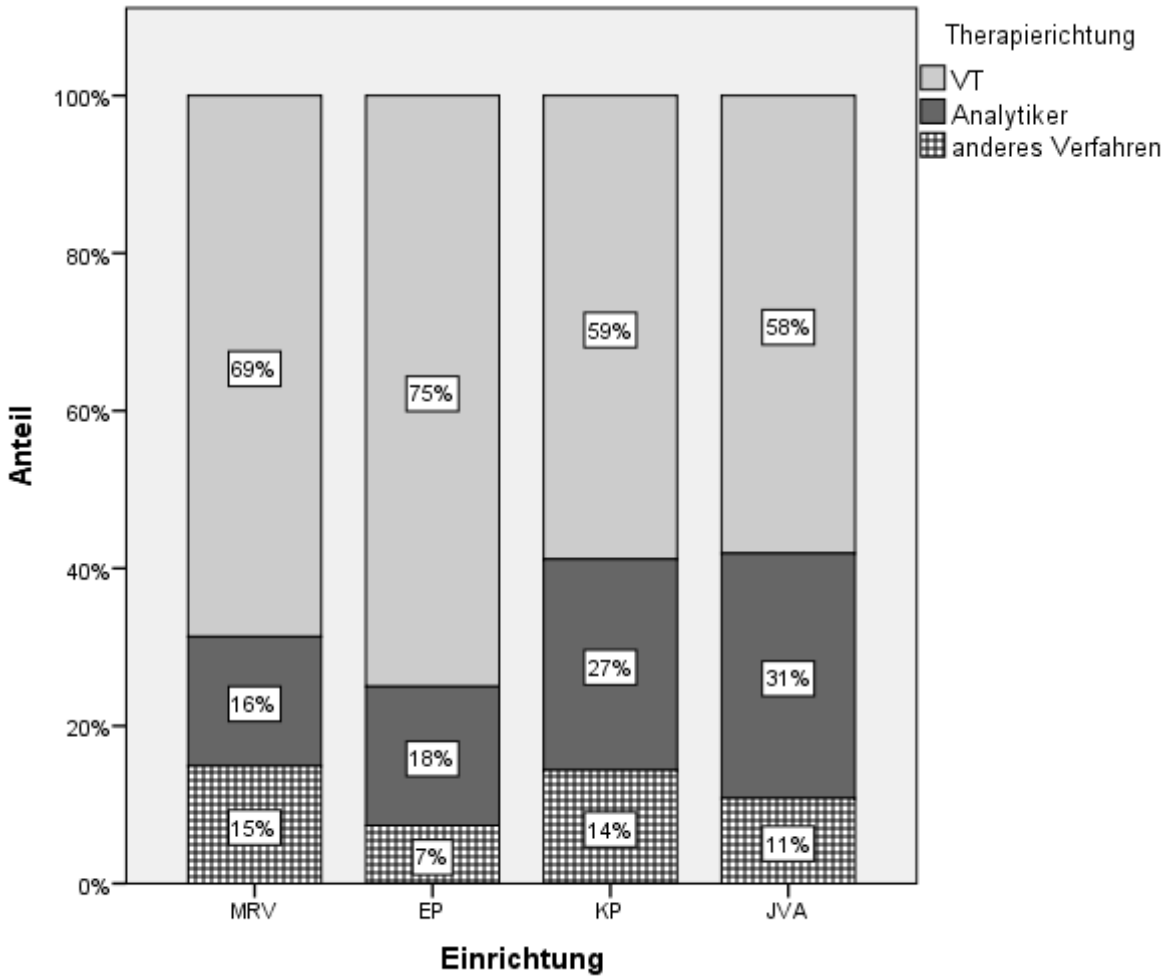

Abbildung 1: Therapierichtung nach Einrichtung

Berufstätigkeit und -erfahrung

Die Mehrheit der Teilnehmer waren „rein“ Angestellte (67.7 %), gefolgt von gemischt Beschäftigten (angestellt und selbstständig, 26.7 %), Verbeamteten (2.7 %), Angestellten in mehreren Beschäftigungsverhältnissen (1.6 %) und Verbeamteten und gleichzeitig Selbstständigen (1.3 %). Verbeamtete Psychotherapeuten kamen ausschließlich in der JVA vor (31.1 %, $X^2_{(df=6)} = 257.97$, $p < .01$).

Die Teilnehmer hatten im Schnitt 11.7 Jahre (*SD* = 9.0) Berufserfahrung, ohne Unterschied zwischen den Einrichtungen. Jedoch waren Männer (15.1 Jahre +/- 9.6 Jahre) in allen Einrichtungen berufserfahrener als Frauen (10.0 Jahre +/- 8.2 Jahre), $t(835) = -7.98$, $p < .01$.

Mitglied in einer Gewerkschaft waren nur 18.4 % der Teilnehmer, ohne Unterschied zwischen den Einrichtungen. Hinsichtlich des Engagements in einer Beschäftigtenvertretung engagierten sich mehr in der JVA (12.2 %) als im MRV (4.5 %), der EP (3.9 %) oder der KP (3.3 %), $X^2_{(df=3)} = 11.05$, $p < .05$.

Tätigkeitsbereich

Stellenumfang

Zum Zeitpunkt der Befragung arbeiteten Männer (78.4 %) in allen Einrichtungen häufiger in Vollzeit als Frauen (45.4 %), $X^2_{(df=1)} = 83.24$, $p < .01$.

Stelleninhalte[5]

Bei der Betrachtung der Stelleninhalte wurden „Organisationseinheit“ (direkter Tätigkeitsbereich) und „Klinik“ (übergeordneter Gesamtbereich) unterschieden.

Beim Stelleninhalt in der Organisationseinheit gab es signifikante Unterschiede zwischen den Einrichtungen bei der *Leitung von Visiten*, $X^2_{(df=2)} = 12.55$, $p < .01$, der *Teilnahme an Visiten*, $X^2_{(df=2)} = 12.97$, $p < .01$, und der *Mitverantwortung von Wirtschaftlichkeitszielen*, $X^2_{(df=2)} = 30.25$, $p < .01$. Die *Leitung von* und die *Teilnahme an Visiten* wurde von MRV-Psychotherapeuten (40.3 % bzw. 89.3 %) signifikant häufiger angegeben als in der EP (21.3 % bzw. 68.4 %) oder in der KP (21.2 % bzw. 71.5 %). *Mitverantwortung von Wirtschaftlichkeitszielen* trugen MRV-Psychotherapeuten (29.9 %) jedoch signifikant seltener als in der EP (51.4 %) oder der KP (68.9 %)**.** Bei der *Teilnahme an Personalentscheidungen* gab es zwar keinen Unterschied zwischen den Einrichtungen, aber einen Geschlechterunterschied. An *Personalentscheidungen* bzgl. der eigenen, $X^2_{(df=1)} = 4.89$, $p < .05$, bzw. anderer Berufsgruppen, $X^2_{(df=1)} = 7.16$, $p < .01$, waren Männer (35.2 % bzw. 20.1 %) häufiger als Frauen (27.4 % bzw. 12.6 %) beteiligt. Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Einrichtungen gab es für die Bereiche *„Organisation und Arbeitsablauf“* (72.6 %), *Leitungsvertretung bei Visiten* (31.4 %), *Beiträge zu Arbeits- / Dienstzeugnissen* (30.6 %), sowie *Führen von Mitarbeitergesprächen* (22.0 %).

Beim Stelleninhalt in der Klinik gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Einrichtungen für Entscheidungen zu *Konzept / Behandlungsangebot* (60.3 %), *Öffentlichkeitsarbeit* (49.8 %), *Organisation und Arbeitsabläufe der Klinik* (45.5 %), *Teilnahme an Leitungsgremien* (21.0 %), *Personalplanung* (17.6 %) oder *Zielformulierung von Wirtschaftlichkeit* (7.1 %). Es zeigten sich allerdings Geschlechterunterschiede. Männer waren häufiger als Frauen an der *Teilnahme an Leitungsgremien* (28.3 % bzw. 17.5 %), $X^2_{(df=1)} = 11.56$, $p < .01$, Entscheidungen zu *Organisati-*

[5] Für diesen Bereich liegen keine Daten für die JVA vor.

on und Arbeitsabläufen in der Klinik (52.0 % bzw. 42.6 %), $X^2_{(df=1)} = 6.25$, $p < .05$, und *Personalplanungen* (24.2 % bzw. 14.5 %), $X^2_{(df=1)} = 10.85$, $p < .01$, beteiligt.

Leitungsfunktionen waren allgemein für Psychotherapeuten nicht allzu häufig vorgesehen (50.9 % arbeiteten ausschließlich in der Versorgung), 24.6 % nahmen daneben zwar Führungsaufgaben wahr, aber ohne formal definierte Leitungsfunktion – die Führungsaufgaben können dabei Anleitung von PIAs (Psychotherapeuten in Ausbildung), Teamführung, Supervision, Berufsgruppenvertretung etc. umfassen.Darüber hinaus wurde untersucht, inwieweit Psychotherapeuten allein, im Team oder gar nicht an bestimmten Verantwortungsbereichen beteiligt sind. Die *Indikation zur Psychotherapie,* $X^2_{(df=4)} = 13.72$, $p < .01$, die *Überprüfung des Behandlungsfortschrittes*, $X^2_{(df=4)} = 13.06$, $p < .05$, und die *Behandlungsdauer und Behandlungssettingwechsel*, $X^2_{(df=4)} = 30.76$, $p < .01$, wurden bei Psychotherapeuten im MRV (62.7 %, 71.6 %, 83.6 % respektive) häufiger in Rücksprache mit dem Team entschieden als in der KP (46.0 %, 52.0 %, 66.0 % respektive) oder der EP (54.6 %, 52.6 %, 56.4 % respektive). Die *Kodierung von Diagnosen bzw. die Dokumentation von Leistungen*, $X^2_{(df=2)} = 150.09$, $p < .01$, erfolgte jedoch in der EP (88.8 %) und der KP (90.8 %) signifikant häufiger als im MRV (31.8 %). Mit dem *Erfassen von Entlassungsberichten,* $X^2_{(df=2)} = 15.57$, $p < .01$, waren Psychotherapeuten im MRV (91.0 %) und der EP (87.1 %) weniger befasst als die Kollegen in der KP (98.0 %). Das *Erstellen von Gutachten*, $X^2_{(df=4)} = 58.79$, $p < .01$, wurde im MRV (47.8 %) häufiger als selbständige Tätigkeit angegeben als in der EP (18.8 %) oder der KP (13.9 %). Keine Unterschiede zwischen den Einrichtungen gab es bei Entscheidungen über *Behandlungspläne* (50.6 % trafen sie eigenständig).

Vergütung

Von den Teilnehmern waren 66.2 % bis einschließlich Vergütungsstufe 13 (Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst, TVöD) eingruppiert. Über alle Einrichtungen und unabhängig von Voll- und Teilzeit-Beschäftigung waren Frauen (74.4 %) häufiger bis Entgeltgruppe 13 eingruppiert, Männer (50.6 %) dagegen häufiger in Entgeltgruppe 14 und höher, $X^2_{(df=1)} = 13.54$, $p < .01$.

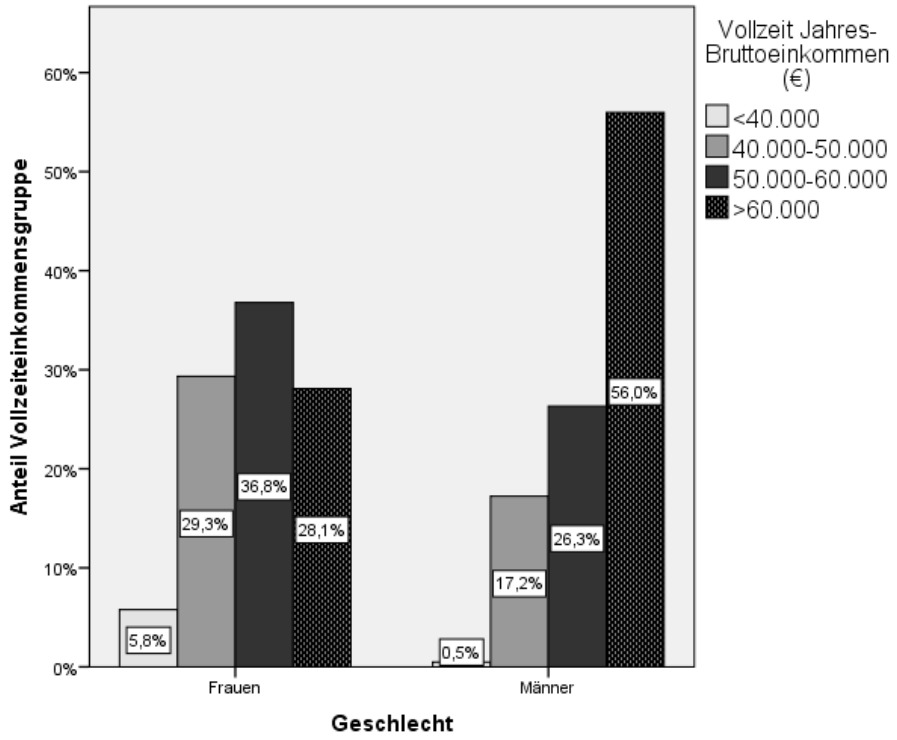

Abbildung 2: Vollzeitbruttoeinkommen nach Geschlecht

Die Höhe des angegebenen Bruttoeinkommens[6] unterschied sich demnach in allen Einrichtungen zwischen Männern und Frauen sowohl für Vollzeit, $X^2_{(df=3)} = 41.529$, $p < .01$, als auch für Teilzeit, $X^2_{(df=3)} = 10.267$, $p < .01$. Bei Vollzeit gaben mehr Männer (56.0 %) als Frauen (28.1 %) an, über 60.000 € / Jahr zu verdienen (Abb. 2).

Bei Teilzeit gaben mehr Männer (45.9 %) als Frauen (31.0 %) an, über 40.000 € / Jahr zu verdienen (Abb. 3).

[6] das Bruttoeinkommen bezieht sich nach Fragebogenvorgabe nur auf die Angestellten- oder Beamtentätigkeit

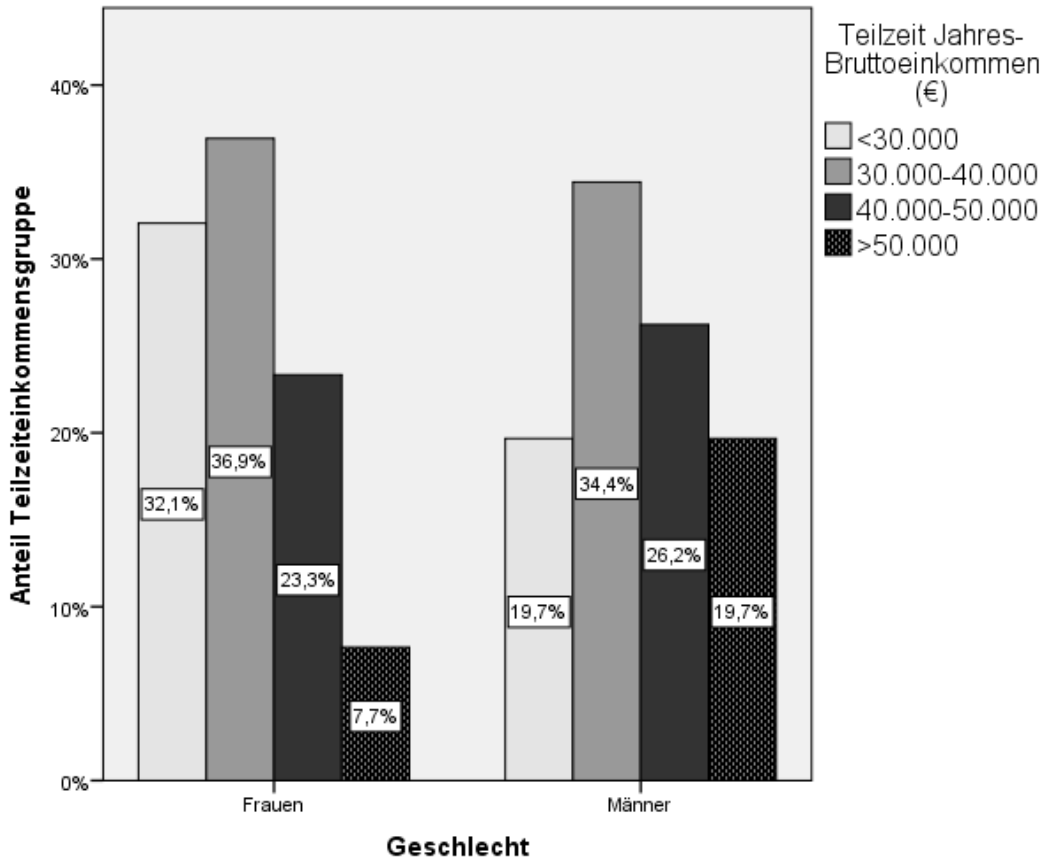

Abbildung 3: Teilzeitbruttoeinkommen nach Geschlecht

Alter, Berufserfahrung und Übernahme von Leitungserfahrung wurden als mögliche Einflussfaktoren auf die Einkommensgruppe (< 40.000 €, 40.000 – 60.000 €, und > 60.000 €) separat für Voll- und Teilzeit sowie Geschlecht getestet. Bei Teilnehmern in Vollzeit ergaben sich Haupteffekte für Einkommensgruppe bei Alter und Berufserfahrung, $F_{\text{Alter}}(3, 423) = 29.40$, $p_{\text{Alter}} < .01$; $F_{\text{Berufserfahrung}}(3, 423) = 15.03$, $p_{\text{Berufserfahrung}} < .01$. Bezüglich Teilnehmern in Teilzeit gab es ähnliche Haupteffekte, $F_{\text{Alter}}(3, 318) = 4.00$, $p_{\text{Alter}} < .01$; $F_{\text{Berufserfahrung}}(3, 317) = 4.46$, $p_{\text{Berufserfahrung}} < .01$. Dies bedeutete, dass höheres Einkommen mit höherem Alter und länger Berufserfahrung einherging. Das waer jedoch sowohl in den Einrichtungen als auch bei den Geschlechtern ähnlich, also konnte der Einkommensunterschied zwischen Männern und Frauen nicht auf Unterschiede im Alter oder in der Berufserfahrung zurückgeführt werden.

Die Übernahme von Leitungsfunktionen, $X^2_{(df=7)} = 36.92$, $p < .01$, korrespondierte sowohl für Frauen als auch für Männer über alle Einrichtungen hinweg mit einer höheren Einkommensgruppe: Probanden mit unteren Einkommen (< 40.000 €) waren nur zu 26.0 % leitend, mittlere zu 36.9 % und obere (> 60.000 €) zu 58.6 %.

Da sich Männer (48.2 %) und Frauen (33.8 %) jedoch signifikant bzgl. der Übernahme von Leitungsaufgaben unterschieden, $X^2_{(df=1)} = 16.57$, $p < .01$, schien hier ein erklärendes Merkmal für unterschiedliche Einkommensgruppen der Geschlechter vorzuliegen.

Arbeitszufriedenheit

Die Probanden beantworteten die Fragen zur Arbeitszufriedenheit auf einer 4-stufigen Skala mit den Werten „stimme voll und ganz zu“, „stimme eher zu“, „stimme eher nicht zu“ und „stimme ganz und gar nicht zu“. Mit der *Arbeit als solche* zufrieden zu sein, stimmten 83.0 % zu (25.9 % voll und ganz, 57.1 % eher), 17.0 % lehnten diese Aussage ab (15.2 % eher, 1.8 % ganz und gar). Es gab keine Effekt hinsichtlich Einrichtung oder Geschlecht. Die Werte für „stimme voll und ganz zu“ und „stimme eher zu“ wurden zu „Zustimmung“, und die Werte für „stimme ganz und gar nicht zu“ und „stimme eher nicht zu“ zu „Ablehnung“ zusammengefasst (Dichotomisiserung), um mögliche Einflussvariablen (Alter, Stellenumfang, Berufserfahrung, Tätigkeitsverhältnis, Therapieausbildung) zu untersuchen. Es gab keine Effekte.

Der Aussage zum *Erschöpfungsgrad* („Am Ende eines Arbeitstages bin ich völlig erledigt“) stimmten mehr Männer als Frauen zu, $X^2_{(df=3)} = 13.97$, $p < .01$, (Abb. 4)

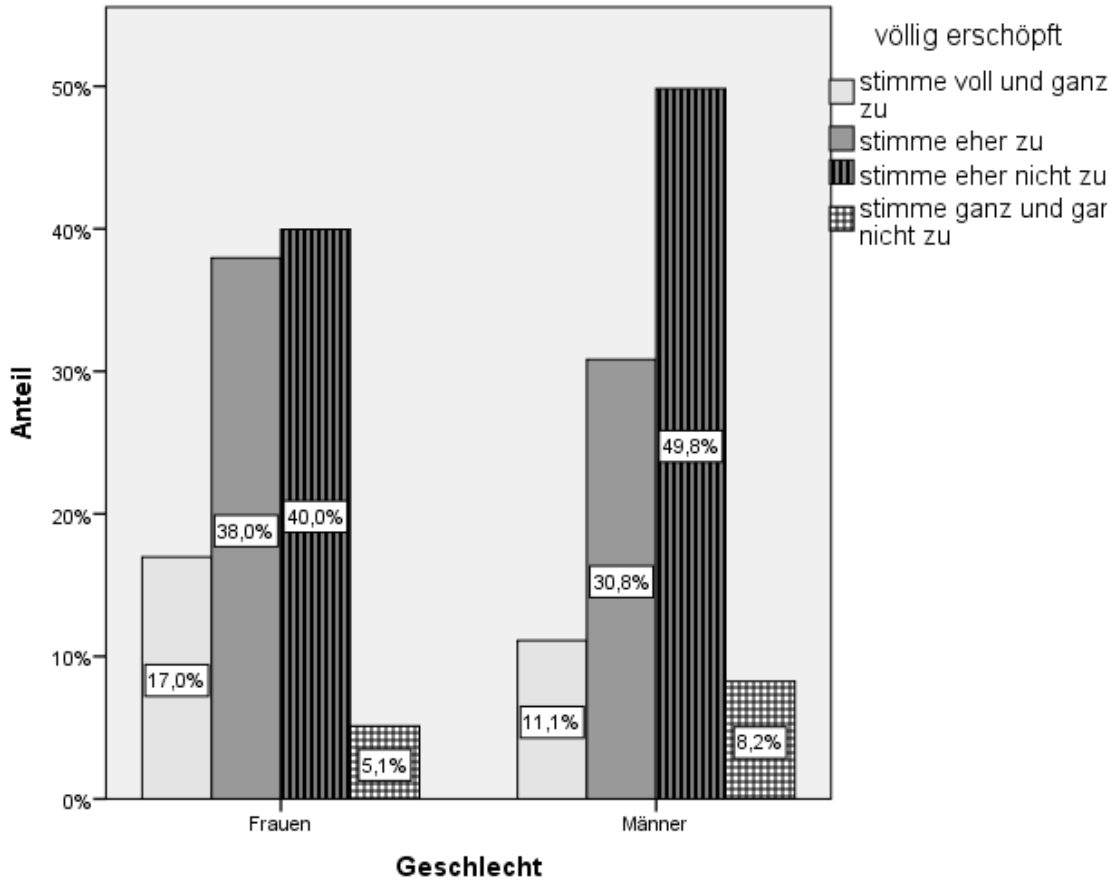

Abbildung 4: Erschöpfungsgrad am Tagesende nach Geschlecht

Bei der Dichotomisierung in „Zustimmung“ und „Ablehnung“ fand sich, dass Männer mit VT-Ausrichtung (35.6 %) weniger Erschöpfung angaben als TP (52.0 %) oder Psychotherapeuten mit anderen Verfahren (55.6 %), $X^2_{(df=2)} = 8.10$, $p < .05$. Bei Frauen gab es keine Effekte.

Bei der Frage, ob der Proband sich *durch die Arbeit ausgebrannt* fühle, gab es keine Unterschiede zwischen den Einrichtungen oder den Geschlechtern. Insgesamt stimmten der Aussage 25.9 %

zu (6.1 % voll und ganz, 19.8 % eher) und 74.1 % lehnten sie ab (47.4 % eher, 26.7 % ganz und gar). Es ergaben sich keine weiteren Effekte.

Dass die Arbeit *Störungen für das Privatleben* bedeutet, unterschied sich nicht zwischen den Einrichtungen oder den Geschlechtern. Der Aussage stimmten 30.1 % zu (5.9 % voll und ganz, 24.2 % eher) und 69.8 % lehnten sie ab (45.3 % eher, 24.5 % ganz und gar). Bei der Dichotomisierung in „Zustimmung" und „Ablehnung" ergab sich nur ein Effekt für Stellenumfang, $t(823) = 2.08$, $p < .05$. Teilnehmer mit „Zustimmung" (Privatleben wird gestört) hatten einen höheren Stellenumfang ($M = 34.3$ Stunden, SD = 8.0) als Probanden mit „Ablehnung" ($M = 33.0$ Stunden, SD= 7.7).

Bei der Aussage *Übereinstimmung von Wunsch / Erwartung bei Ausbildungsbeginn und Realität* zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Einrichtungen oder dem Geschlecht etc. Insgesamt 62.3 % stimmten dieser Aussage zu (14.5 % voll und ganz, 47.8 % eher) und 37.7 % lehnten sie ab (30.0 % eher, 7.7 % ganz und gar).

Die Aussage *„Wenn ich heute noch einmal die Wahl hätte, würde ich diesen Beruf wieder ergreifen*" wurde von 77.6 % bejaht (44.1 % voll und ganz, 33.5 % eher) und 22.3 % verneinten (16.3 % eher, 6.0 % ganz und gar). Die Einrichtungen unterschieden sich nicht, auch weiter gab es keine Effekte; aber es gab einen Geschlechterunterschied, $X^2_{(df=3)} = 15.37$, $p < .01$. Frauen (79.9 %) waren zufriedener mit ihrer Berufswahl als Männer (73.2 %).

Bei der Frage nach der *Zufriedenheit mit der Selbständigkeit* in der Arbeit gab es keinen Unterschied zwischen den Einrichtungen oder dem Geschlecht, etc. Insgesamt 76.2 % stimmten zu (18.1 % voll und ganz, 58.0 % eher), 23.8 % lehnten dies ab (19.9 % eher, 3.9 % ganz und gar).

Bei der Zufriedenheit mit dem *Einkommen* gab es keine Unterschiede zwischen den Einrichtungen oder den Geschlechter. Immerhin 42.0 % waren unzufrieden (32.3 % lehnten eher ab, 9.7 % ganz und gar), 57.9 % zeigten sich zumindest tendenziell einverstanden (10.5 % voll und ganz, 47.4 % eher). Bei der Dichotomisierung in „Zufriedenheit" und „Unzufriedenheit" ergaben sich Effekte für Stellenumfang, $t(685.28) = 3.67$, $p < .01$. Der Stellenumfang ist bei zufriedenen Probanden ($M = 34.2$ Stunden, SD = 7.2) höher als bei einkommensunzufriedenen Probanden ($M = 32.2$ Stunden, SD = 8.4). Es gab keine weiteren Effekte.

Bei der Frage, wie gut sich die Probanden durch die Ausbildung für die Arbeit *qualifiziert* fühlen, gab es keine Unterschiede zwischen den Einrichtungen oder den Geschlechtern. Hier waren die Antwortalternativen „sehr gut" (37.9 %), „gut" (42.8 %), „teils-teils" (17.4 %) und „schlecht" (1.9 %). Bei der Dichotomisierung in „gut" (sehr gut und gut) und „schlecht" (teils-teils und schlecht) ergab sich ein Effekt für Therapieausbildung, $X^2_{(df=4)} = 18.69$, $p < .01$. Psychotherapeuten mit VT-Ausbildung (82.0 %) und tiefenpsychologisch orientierten PsychotherapeutInnen (82.9 %) nahmen sich häufiger als „gut" für den Beruf ausgebildet wahr im Vergleich zu Teilnehmern mit anderen Therapieausbildungen (66.2 %).

Zusammenfassung und Diskussion

Diese Arbeit erfasst und vergleicht die beruflichen Bedingungen von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im deutschen MRV.

Berufsqualifikation und Tätigkeit

In allen Einrichtungen sind überwiegend PP(> 90 %, außer in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: 37 %) mit verhaltenstherapeutischer (> 70 %) oder tiefenpsychologisch orientierter (< 25 %) Orientierung. Nur in JVAs waren Psychotherapeuten verbeamtet. 28 % arbeiten zusätzlich selbständig.

Psychotherapeuten im MRV – Männer sind hier im Vergleich zu EP oder KP stärker ten - führen diverse Tätigkeiten vor allem bzgl. direkter Patientenversorgung aus und treffen psychotherapeutische Behandlungsentscheidung häufiger mit dem Team. Gutachten wurden von MRV-Psychotherapeuten in größerer Anzahl selbstständig erstellt. Weitere Tätigkeitsbereiche waren Organisation und Arbeitsablauf, Behandlungsangebot, Behandlungspläne und Öffentlichkeitsarbeit. Dagegen gehörten Leitungsvertretung bei Visiten, Beiträge zu Arbeits- / Dienstzeugnissen und das Führen von Mitarbeitergesprächen für die Mehrheit der Psychotherapeuten (unabhängig von der Einrichtung) nicht zur Berufsrolle. Werden Führungsaufgaben übernommen, dann häufig ohne formale Zuschreibung einer Führungsfunktion – ein im klinischen Setting allgemein anzutreffendes Phänomen bei Psychotherapeuten (BPtK, 2014a). Das könnte sich im Laufe der Zeit zumindest im MRV ändern, denn im forensischen Bereich hat man in einigen Bundesländern, nicht zuletzt auf Grund der hohen Anzahl von Psychotherapeuten im MRV, die formaljuristische Möglichkeit zur Ernennung von Psychotherapeuten als therapeutische Klinikleitung geschaffen - in Bayern allerdings erst in 2015 (Staatskanzlei, 2015). Davon wird jedoch bisher - auch in anderen Bundesländern (mit Ausnahme NRW) - kaum Gebrauch gemacht.

Über alle Einrichtungen hinweg ergaben sich deutliche Geschlechterunterschiede: Männer arbeiteten häufiger in Vollzeit. Sie wurden vermehrt in höhere Entgeltgruppen eingruppiert und gaben höhere Jahresbruttogehälter an. Geschlechterunterschiede in den Jahresbruttogehältern (ohne Einkünfte aus Selbständigkeit) waren unabhängig von Teil- oder Vollzeit, der Wochenarbeitszeit, der Berufserfahrung oder dem Alter. Dies bestätigt den Gehälterunterschied zwischen Männern und Frauen (BPW, 2015) trotz öffentlichen Tarifsystems (BMFSFJ, 2016). Ein erklärender Hinweis bestand darin, dass Männer häufiger als Frauen an Personalentscheidungen, Leitungsgremien und organisatorischen Arbeitsabläufen beteiligt waren, was mit höherem Bruttogehalt assoziiert war.

Insgesamt bleibt aber fast 20 Jahre nach Einführung des Psychotherapeutengesetzes festzuhalten, dass zwei Drittel der Teilnehmer mit mindestens 10-jähriger Berufserfahrung in Entgeltgruppe 13

oder niedriger eingestuft waren. Hier herrscht dringender Handlungsbedarf in Richtung facharztäquivalenter Vergütung ohne Geschlechterdifferenzierung.

Arbeitszufriedenheit

Folgerichtig waren über alle Einrichtungen hinweg einige Teilnehmer unzufrieden und zwar nicht nur mit der Vergütungssituation. Teilnehmer beschrieben Belastungen und negative Auswirkungen. Die Hälfte der Teilnehmer war am Ende eines Arbeitstages sogar „völlig erschöpft", immerhin ein Viertel fühlte sich „durch die Arbeit ausgebrannt" und ein Drittel empfand Störungen des Privatlebens auf Grund der Arbeit. Zwar zeigten sich Psychotherapeuten mehrheitlich zufrieden mit ihrer Berufswahl, der Arbeit an sich und der Selbstständigkeit bei der Arbeit, jedoch berichteten knapp 40 % eine Diskrepanz zwischen Erwartungen bei Ausbildungsbeginn und Realität. Immerhin gaben 80 % an, sich durch die Ausbildung, vor allem bei VT oder tiefenpsychologischen / psychoanalytischem Hintergrund, gut qualifiziert für die eigentliche Arbeit zu fühlen. Nichtdestotrotz spiegeln diese Ergebnisse die hohen inhaltlichen Anforderungen psychotherapeutischer Arbeit bei gleichzeitiger geringer tariflicher Wertschätzung wider.

Limitationen

Um die Aussagekraft der Ergebnisse zu verbessern, scheinen u.a. folgende Aspekte sinnvoll:

- ausgeglichene Probandenanzahl in den Einrichtungen
- Drop-out-Analyse
- Einsatz von Fremderhebungsinstrumenten
- Inklusion weiterer Einrichtungstypen

Ausblick

Die Ergebnisse liefern differenzierte Aussagen zur beruflichen Situation von Klinik-Psychotherapeuten in Deutschland. Entgegen unserer Annahmen scheint psychotherapeutische Arbeit im MRV durchaus attraktiv und mit anderen Arbeitsplätzen vergleichbar; es lassen sich weitgehend keine gravierenden Unterschiede zur Situation in kontextuell ähnlichen Einrichtungen herausarbeiten. Dennoch weist die Arbeit im MRV einige Spezifika v.a. im unmittelbaren Tätigkeits- und Verantwortungsbereich auf: der Teamcharakter wird allgemein stärker betont, Entscheidungen (Indikation, Therapiedauer, Fortschritt etc.) werden meist im Team getroffen, Forensiker erstellen häufiger Gutachten (auch selbständig). Insgesamt nehmen sie mehr Tätigkeiten wahr, die einen mittelbaren Patientenbezug haben (Team, Besprechungen etc.), sowie Dokumentation und Administratives. Auf der Strukturebene sind psychologische Psychotherapeuten im MRV häufiger in Visiten (auch in leitender Funktion) eingebunden. Allerdings sind Psychotherapeuten – unabhängig von der Einrichtung - wenig und wenn, dann übermäßig häufig durch Männer, an klinikrelevanten Führungsaufgaben beteiligt. Häufig hat dies inoffiziellen Charakter, formale Leitungspositionen werden seltener an Psychotherapeuten gegeben. Dies bildet sich vor allem in der niedrigen Entgelteinstufung und der hohen Unzufriedenheit ab. Daher ist es dringend erforderlich, dass Rahmenbedingun-

gen geschaffen werden, die die hohe stationäre Arbeitsbelastung und Verantwortungsübernahme gleichberechtigt und entgeltorientiert wertschätzen, um damit die psychotherapeutische Patientenversorgung als gesellschaftlichen Auftrag qualitativ langfristig zu sichern.

Fazit für die Praxis

- Psychotherapeuten im MRV sind hohen und vielfältigen Anforderungen ausgesetzt vor allem bei der direkten Patientenversorgung.
- Geringe Führungsaufgaben und Entgelteinstufungen spiegeln diese Kompetenzen einrichtungsübergreifend kaum wider.
- Bundesweite Maßnahmen zur Regelung der Übernahme von Leitungstätigkeiten, adäquater Entgelteingruppierungen und der Erhöhung der Arbeitszufriedenheit sind daher dringend erforderlich.

Literatur

Bezzel A (2008). Therapie im Maßregelvollzug – und dann? Eine Verlaufsuntersuchung an forensischen Patienten (§§ 63 und 64 StGB). (Dissertation), Universität Regensburg, Regensburg.

BMFSFJ (2016). Gender Datenreport 2016. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). https://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/genderreport/root.html [18.01.2017].

BPW (2015). Business and Professional Women. Eine Forderung wird zur Kampagne. Sieben Jahre Equal Pay Day. Berlin: Berliner Wissenschaftsverlag.

Bundespsychotherapeutenkammer (2014). Befragung der angestellten Mitglieder der Psychotherapeutenkammern. Berlin: IGES Institut.

Bundespsychotherapeutenkammer (2014a). BPtK-Studie zur stationären Versorgung psychisch kranker Menschen Ergebnisse einer Befragung der in Krankenhäusern angestellten Psychotherapeuten. Berlin: IGES Institut. http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-Studien/stationaere_Versorgung_psychisch_kranker_Menschen/20140626_BPtK-Studie_stationaeren_Versorgung_psychisch_kranker_Menschen.pdf [07.04.2017].

Dahle KP (2003). Probleme bei der Behandlung von Delinquenten – Einführung. In Steller M, Dahle KP, Basqué M (Hrsg), Straftäterbehandlung. Argument für eine Revitalisierung in Forschung und Praxis. Centaurus, Herbolzheim, S 177-187.

Klein V (2007). Behandlung von Frauen im Massregelvollzug. In Saimeh N (Hrsg), Massregelvollzug in Weiten ökonomischer Begrenzung, 22. Eickelborner Fachtagung. Psychiatrie-Verlag, Bonn, S 73-79.

Landgraf S, Blumenauer K, Osterheider M, Eisenbarth H (2013). A clinical and demographic comparison between a forensic and a general sample of female patients with schizophrenia. Psychiatry Research 210:1176-1183 doi: 10.1016/j.psychres.2013.09.009.

Nedopil N (2007). Forensische Psychiatrie: Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht. Thieme, Stuttgart.

Schaumburg C (2003). Basiswissen: Maßregelvollzug. Psychiatrie-Verlag, Bonn.

Staatskanzlei (2015). Gesetz über den Vollzug der Maßregeln der Besserung und Sicherung sowie der einstweiligen Unterbringung (Bayerisches Maßregelvollzugsgesetz – BayMRVG).

Vinokur D, Levine SZ, Roe D, Krivoy A, Fischel T (2013). Age of onset group characteristics in forensic patients with schizophrenia. Eur Psychiatry 29:149-152. doi: 10.1016/j.eurpsy.2012.11.006.

Autoren:

Dr. phil. Adelheid Bezzel*

Dr. med. Wolfgang Mache

PD Dr. rer. nat. Steffen Landgraf*

Affiliation:

Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie Regensburg

Bezirksklinikum Regensburg

Medizinische Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz (Medbo)

Universitätsstr. 84

93053 Regensburg

*** Korrespondierende Autoren**

Adelheid Bezzel und Steffen Landgraf

Telefon: 0941 / 941 2257 bzw. 0941 / 941 2623

E-Mail: Adelheid.Bezzel@Medbo.de; bzw. Steffen.Landgraf@Medbo.de

Dr. phil. Adelheid Bezzel, Diplom-Psychologin, hat als Stationspsychologin im Maßregelvollzug klinisch gearbeitet und ab 2001 parallel die Katamneseerhebungen der Forensischen Klinik Regensburg (medbo) entwickelt. 2008 promovierte sie zum Thema Ergebnisqualität im MRV. 2009 wurde sie beauftragt, das Institut für Qualitätsmanagement des Maßregelvollzugs in Bayern (IFQM) aufzubauen. In leitender Funktion koordiniert sie dort seit 2010 die bayernweite Qualitätserfassung im Maßregelvollzug.

Dr. med. Wolfgang Mache ist ärztlicher Direktor der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie des Bezirksklinikum Regensburg (medbo) sowie Leiter des Instituts für Qualitätsmanagement des Maßregelvollzugs in Bayern (IFQM). Er ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und psychoanalytischer Psychotherapeut.

PD Dr. rer. nat. Steffen Landgraf hat in Berlin, Minneapolis, Washington D.C. und Paris Psychologie und Spanisch studiert. 2010 promovierte er zum Thema Schizophrenie-Früherkennung; 2013 habilitierte er zum Thema Problemlösung. Er arbeitet als Stationspsychologe im Maßregelvollzug der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie des Bezirksklinikums Regensburg (medbo) und ist als Privatdozent und Mitglied des Prüfungsausschusses im Masterstudiengang „Kriminologie und Gewaltforschung“ an der Universität Regensburg tätig.

Es bestehen keine Interessenskonflikte.