Rüdiger Nübling, Thomas Schnell

# Ambulante psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit psychotischen Störungen*

APPS-Studie 2020 – Ergebnisse einer Onlinebefragung.

Für Patient*innen mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis (im Folgenden: „Patient*innen mit psychotischen Störungen", PPS) war lange Zeit Pharmakotherapie die primäre Behandlungsmethode, während viele psychotherapeutische Behandlungsansätze als kontraindiziert galten[1,2]. Die Psychotherapie beschränkte sich auf die Psychoedukation von Patient*innen und ihren Angehörigen[3]. So blieben komorbide Zwangs-, Angst- und Traumafolgestörungen lange Zeit weitgehend unbehandelt.

Für psychotherapeutische Behandlungen ist die Evidenzlage inzwischen sehr gut und es stehen Versorgungsmodelle zur Verfügung, die diese integrieren[4]. Verschiedene randomisiert kontrollierte Studien belegen mittlerweile die Wirksamkeit einer psychotherapeutischen Behandlung bei psychotischen Störungen[5], selbst von stark Emotionen aktivierenden Interventionen wie der „prolongued exposure"-Traumatherapie.

Psychotherapie ist in den aktuellen internationalen und nationalen Behandlungsleitlinien integraler Bestandteil der Behandlung von PPS[6,7] und seit einer Änderung der Psychotherapie-Richtlinie 2014 sind diese nun auch uneingeschränkt für die ambulanten, von den gesetzlichen Krankenkassen finanzierten Psychotherapien indiziert[8].

Verschiedene randomisiert kontrollierte Studien belegen mittlerweile die Wirksamkeit einer psychotherapeutischen Behandlung bei psychotischen Störungen.

Trotz dieser Entwicklungen stellt die Versorgung von Menschen mit psychotischen Störungen eine therapeutische und strukturelle Herausforderung dar. Obwohl der Wunsch nach einer psychotherapeutischen Behandlung bei vielen Patient*innen und deren Angehörigen besteht, wird diese oftmals nicht ermöglicht[1]. So weicht die Regelversorgung im ambulanten psychotherapeutischen Setting stark von den Empfehlungen

Die Versorgung von Menschen mit psychotischen Störungen stellt eine therapeutische und strukturelle Herausforderung dar.

* Kurzfassung eines von der Autorengruppe Rüdiger Nübling (GfQG Karlsruhe), Thomas Schnell, Frauke Schiwy, Samy El Barbari, Joanna Brandt, Johanna Goettmann (alle MSH Hamburg), Klaus Hesse (Uni Tübingen), Roland Straub (LPK BW Stuttgart) und Heiner Müller (Uni Köln) verfassten und in der Begutachtung stehenden ausführlichen wissenschaftlichen Beitrags.

[1] Lincoln TM, Moritz S. Psychotherapie bei Schizophrenie: Was geht? Verhaltenstherapie 2017; 27 (3): 157–159
[2] Schlier B, Lincoln TM. Blinde Flecken? Der Einfluss von Stigma auf die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Verhaltenstherapie 2016; 26 (4): 279–290
[3] Hahlweg K, Dose M. Schizophrenie. Bd. 2. Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen, Bern: Hogrefe; 1998
[4] Giannakis A, Cordes J. Akutbehandlung der Schizophrenie. PSYCH up2date 2016; 10 (01): 15–27
[5] Lincoln T, Heibach E. Psychosen. Band 67. Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe; 2017
[6] Gaebel W, et al., Hrsg. S3-Leitlinie Schizophrenie. Berlin: Springer; 2019
[7] NICE - National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and Schizophrenia in Adults. Treatment and Management. Bd. 178. NICE clinical guideline. National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2014. Im Internet: https://www.nice.org.uk/guidance/cg178
[8] Gemeinsamer Bundesausschuss. Psychotherapie-Richtlinie. Im Internet: https://www.kbv.de/media/sp/2019_11_22_Psycho_RL.pdf; Stand: 16.09.2020

der Leitlinien ab[1,11,12]. Viele Psychotherapeut*innen behandeln PPS nicht[9,10], weshalb diese Patientengruppe häufig abgewiesen wird. Die grundlegende Bereitschaft der Behandelnden, PPS in der ambulanten Psychotherapie zu versorgen, spielt eine wichtige Rolle[11,12]. Deshalb ist es notwendig, Voraussetzungen und Fertigkeiten zu identifizieren, die es braucht, um die Bereitschaft zur Behandlung von PPS zu erhöhen. Defizite in der Approbationsausbildung, eine geringere Verfügbarkeit von entsprechenden störungsspezifischen Weiterbildungen sowie mangelnde Erfahrung mit der Behandlung dieser Patient*innengruppe könnten ein Grund dafür sein, dass manche Psychotherapeut*innen sich selbst nicht genügend kompetent in der Behandlung von PPS fühlen[13]. Allerdings scheint sich dies gerade in vielen Ausbildungsinstituten zu ändern. Zudem gibt es unter anderem seit einigen Jahren Bemühungen des Dachverbands Deutschsprachiger Psychosen Psychotherapie e.V. (DDPP e.V.; www.ddpp.eu), welcher eine spezielle Weiterbildung zur Behandlung von PPS anbietet[14].

[9] Nübling R, Jeschke K, Ochs M et al. Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland. Ergebnisbericht. (21.07.2015). Im Internet: http://bit.ly/2uswrjS
[10] Peper H. Psychotherapie bei psychotischen Erkrankungen: Ergebnisse einer Umfrage unter Hamburger Kammermitgliedern. Psychotherapeutenjournal 2013; 12 (4): 426–427
[11] Schnell T, Katte S von, Gast U. Bereitschaft niedergelassener Therapeuten zur Behandlung von Patienten mit komplexen posttraumatischen und dissoziativen Störungen. Fortschr Neurol Psychiatr 2015; 83 (9): 516–521
[12] Strauß B. Chancenungleichheit auf der Suche nach einem Therapieplatz. Psychotherapeut 2015; 60 (5): 389–396
[13] Schlier B, Wiese S, Frantz I, Lincoln TM. Chancengleichheit in der ambulanten Therapie: Ein Experiment zur Bereitschaft von niedergelassenen Psychotherapeuten, Patienten mit Schizophrenie zu behandeln. Verhaltenstherapie 2017; 27 (3): 161–168
[14] Bock T, Hurtz R, Klingberg S, Bechdolf A, Haebler D von. Komplizierter Streit um Komplexleistungen für psychisch erkrankte Menschen. Psychiatr Prax 2021; 48 (01): 51–54

Die grundlegende Bereitschaft der Behandelnden, PPS in der ambulanten Psychotherapie zu versorgen, spielt eine wichtige Rolle.

### Untersuchungsziele und Fragestellungen

Im vorliegenden Beitrag unter anderem die folgenden Fragestellungen fokussiert:

- Versorgungssituation und strukturelle Gegebenheiten: In welchem Umfang werden PPS in der ambulanten Psychotherapie versorgt? Wie hoch ist ihr Anteil in den Praxen? Wie häufig werden Therapieanträge abgelehnt? Wie werden die Abrechnungsmöglichkeiten und Stundenkontingente eingeschätzt?
- Aus- und Weiterbildung, Kompetenzerleben und Behandlungsbereitschaft: Wie wird die Bedeutung von Studium, Aus- und Weiterbildung, wie wird die eigene Kompetenz für die Behandlung von PPS eingeschätzt? Wie hoch schätzen Behandler*innen ihre Bereitschaft zur Behandlung von PPS relativ zu anderen Störungsbildern ein?
- Einschätzung von Prozessmerkmalen und antizipierten Behandlungsresultaten: Wie wird die Prognose von Behandlungsergebnissen eingeschätzt?

### Methodik

Diese Studie ist eine Kooperation der MSH Medical School Hamburg und der Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen (GfQG) und wurde als eine quantitative Querschnittsstudie konzipiert. Die Studie richtete sich an ambulant tätige Psychologische Psychotherapeut*innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen und Psychotherapeut*innen in Ausbildung (PiA). Der Online-Fragebogen wurde am 2. Dezember 2020 auf der Plattform Unipark freigeschaltet und war bis 31. Juli 2021 verfügbar. Die Studie wurde von mehreren Landespsychotherapeutenkammern, auf Twitter und Facebook sowie von der DPtV beworben. Die LPK Baden-Württemberg und die PTK Bayern versandte zusätzlich einen Aufruf an ihre per Mail erreichbaren Kammermitglieder.

Wie hoch schätzen Behandler*innen ihre Bereitschaft zur Behandlung von PPS relativ zu anderen Störungsbildern ein?

**Fragebogeninhalte:** Für die Datenerhebung wurde ein Online-Fragebogen mit 120 Items entwickelt, wobei einige Items ausschließlich a) für die sich noch in der Approbationsausbildung befindlichen Teilnehmer*innen (PiA) und b) Therapeut*innen ohne Behandlungserfahrung bei psychotischen Störungen entfallen. Dementsprechend variiert die Anzahl der Antworten. Die Inhalte der Befragung zeigt Tabelle 1.

**Tabelle 1: Fragebogeninhalte**

| Bereich | Inhalte |
|---|---|
| Persönliche Angaben | Soziodemographische Daten |
| Angaben zur beruflichen Tätigkeit | Behandlungskontext, PP/KJP, Richtlinienverfahren, Approbation, Übergangsregelung, Tätigkeitsdauer |
| Vermittlung/Vernetzung | Vernetzung mit anderen Berufsgruppen und Einrichtungen, Vermittlung/Überweisung von Patient*innen |
| Weiterbildung/Kompetenz | allgemeines Kompetenzempfinden, Qualifikation durch Ausbildung sowie Erfahrung |
| Versorgung | Behandlungsbereitschaft, Behandlungserfahrung, ambulante Behandlungen in den letzten zwölf Monaten, Gesamtstundenumfänge von Behandlungen, Behandlungsanfragen, Therapieabbrüche |
| Strukturelle | Die Krankenkasse hat ein eigenes Versorgungsangebot. |
| Rahmenbedingungen | Antragsablehnungen, Behandlungsrahmen, Ausfallzeiten, Abrechnungsmöglichkeiten, Weiterbildungsmöglichkeiten, interprofessionelle Zusammenarbeit |
| Prozess-/Ergebnisprognose, Einstellungen | Stereotype, Angst, Realisierbarkeit verschiedener Behandlungsergebnisse |

## Ergebnisse

**Basisdaten der Stichprobe:** Die Auswertung erfolgte bislang weitgehen deskriptiv. Insgesamt nahmen bundesweit N = 478 Psychotherapeut*innen an der Befragung teil, davon füllten n = 281 (58,8 %) den Bogen vollständig aus. Soziodemografische und berufliche Spezifika der Stichprobe zeigt Tabelle 2.

**Tabelle 2: Stichprobencharakteristika, $n_{max}$ = 478, Gesamtstichprobe, Vergleich vollständig vs. unvollständig ausgefüllte Fragebogen**

| | Gesamt N = 478 | | Vollständig n = 281 | | Unvollständig n = 197 | | Sign. T-/Chi²-Test |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | %/M/sd | n | %/M/sd | n | %/M/sd | |
| **Geschlecht** | | | | | | | |
| weiblich | 371 | 77,6 | 212 | 75,4 | 159 | 80,7 | Chi²=2,37 |
| männlich | 106 | 22,2 | 68 | 24,2 | 38 | 19,3 | df=2 |
| divers | 1 | 0,2 | 1 | 0,4 | 0 | 0 | ns |
| | | | | | | | |
| **Alter (M/SD)** | 473 | 44,8 (11,6) | 281 | 45,2 (11,5) | 192 | 45,2 (11,7) | T=0,83 ns |
| **Approbation als** | | | | | | | |
| PP | 338 | 70,7 | 215 | 76,5 | 123 | 63,7 | Chi² = 11.60 |
| KJP | 41 | 8,6 | 21 | 7,5 | 20 | 10,4 | df=5 |
| beides | 22 | 4,6 | 11 | 3,9 | 11 | 5,7 | p=.041 |
| in PT-Ausbildung als PP | 62 | 13,0 | 31 | 11,0 | 31 | 16,1 | |
| in PT-Ausbildung als KJP | 6 | 1,3 | 2 | 0,7 | 4 | 2,1 | |
| keine Angabe | 9 | 1,8 | 1 | 0,4 | 4 | 2,1 | |
| **Verfahren** (Mehrfachantworten) | | | | | | | je df=1 |
| Verhaltenstherapie (VT) | 355 | 74,3 | 217 | 77,2 | 138 | 75,8 | Chi²=2,12 ns |
| Tiefenpsychologische PT (TP) | 107 | 23,1 | 62 | 22,1 | 45 | 24,7 | Chi²=0,44 ns |
| Analytische Psychotherapie (AP) | 45 | 9,7 | 27 | 9,6 | 18 | 9,9 | Chi²=0,01 ns |
| Systemische Therapie (ST) | 10 | 2,2 | 4 | 1,4 | 6 | 3,3 | Chi²=1,82 ns |
| **Behandlungskontext** | | | | | | | je df=1 |
| Praxis Kassenzulassung (100 % Sitz) | 102 | 21,3 | 61 | 21,7 | 41 | 20,8 | Chi²=0,06 ns |
| Praxis Kassenzulassung (50 % Sitz) | 177 | 37,0 | 116 | 41,3 | 61 | 31,0 | Chi²=5,28 p=.027 |
| Privatpraxis | 43 | 9,0 | 25 | 8,9 | 18 | 9,1 | Chi²=0,01 ns |
| Angestellt in einer Praxis | 51 | 10,7 | 29 | 10,3 | 22 | 11,2 | Chi²=0,09 ns |
| Psychiatrische Institutsambulanz | 41 | 8,6 | 21 | 7,5 | 20 | 10,2 | Chi²=1,06 ns |
| Ausbildungsambulanz | 53 | 11,1 | 32 | 11,4 | 21 | 10,7 | Chi²=0,62 ns |
| Hochschulambulanz | 16 | 3,3 | 9 | 3,2 | 7 | 3,6 | Chi²=0,04 ns |
| Beratungsstelle | 9 | 1,9 | 4 | 1,4 | 5 | 2,5 | Chi²=0,78 ns |
| Andere | 40 | 8,4 | 19 | 6,8 | 21 | 10,7 | Chi²=2,30 ns |

Anmerkungen. PP, Psychologischer Psychotherapeut; KJP, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut; PT, Psychotherapie; df, Freiheitsgrade; p, Signifikanzwert; M/sd, Mittelwert und Standardabweichung; T sowie Chi², statistische Kennwerte.

Die durchschnittliche Dauer der psychotherapeutischen Tätigkeit liegt bei circa 13 (maximal 45) Jahren, davon circa zehn Jahre in der ambulanten Versorgung.

**Versorgungssituation:** Die durchschnittliche Anzahl behandelter PPS liegt bei 24 (maximal 500 Patient*innen), was einem von den Psychotherapeut*innen geschätzten Anteil von circa 8 % aller behandelter Patient*innen entspricht. Die durchschnittliche Anzahl der in den vergangenen zwölf Monaten behandelten Patienten*innen liegt bei insgesamt 50 (maximal 385), die der Patienten*innen mit psychotischen Störungen bei drei, dies entspricht einem Anteil von 5,5 %.

**Strukturelle Rahmenbedingungen:** Insgesamt 223 der Befragten hatten schon mal einen Antrag auf eine Richtlinientherapie gestellt (circa 77 % derer, die hierzu eine Angabe gemacht hatten). Dabei scheint es eher selten vorzukommen, dass ein Antrag auf Psychotherapie bei PPS abgelehnt wird: 85 % gaben an, dass bislang alle Anträge bewilligt wurden. Mehr als die Hälfte der Befragten (56 %) halten die Stundenkontingente für die ambulante psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit psychotischen Störungen für nicht ausreichend. Ferner gaben circa 90 % der Befragten an, dass die Abrechnungsmöglichkeiten flexibler gestaltet und dass Angehörige mehr in die Psychotherapie einbezogen werden sollten. 70 % sind der Auffassung, dass 50-minütige Sitzungen häufig zu lang seien und 58 %, dass es zu mehr Ausfallzeiten bei PPS komme. Knapp die Hälfte der Befragten ist der Meinung, dass die Behandlung bei diesen Patient*innen höher vergütet werden sollte.

56 % halten die Stundenkontingente für die ambulante psychotherapeutische Behandlung von PPS für nicht ausreichend.

**Aus- und Weiterbildung/Kompetenzerleben:** Bei der Frage, wie effektiv verschiedene Ausbildungselemente zur Qualifikation in der Behandlung psychotischer Patient*innen beigetragen haben, werden Studium sowie theoretischer Teil der Psychotherapieausbildung als wenig bis gar nicht effektiv eingestuft. Die deutlichste Zustimmung fanden der praktische Teil der Psychotherapieausbildung, die aktuelle praktische Tätigkeit sowie das Eigenstudium. Circa 60 % gaben an, dass es keine geeigneten Möglichkeiten zur Weiterbildung gebe.

Bezüglich Kompetenzerleben meint nur knapp die Hälfte, dass sie sich fachlich „eher" und „sehr" kompetent für die Behandlung von Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20-F29) fühlen. Demgegenüber liegt das Kompetenzerleben bei affektiven Störungen (F30-F39) sowie bei Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-F49) bei circa 95 % sowie bei Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69) bei circa 75 %.

**Behandlungsbereitschaft:** Knapp 50 % der Befragten schätzen ihre grundsätzliche Bereitschaft, PPS zu behandeln, als „sehr hoch" (13 %) oder „hoch" (35 %) ein. Ein weiteres Drittel bezeichnet seine Behandlungsbereitschaft als „mittelmäßig". Nur 1 % will keine psychotischen Störungen behandeln. Die Bereitschaft bezieht sich vor allem auf die Krankheitsstadien Prodromalphase (84 %), chronisches Stadium (80 %) und Subakutphase (71 %), demgegenüber nur bei 21 % der Befragten auch auf die Akutphase.

Knapp 50 % der Befragten schätzen ihre grundsätzliche Bereitschaft, PPS zu behandeln, als „sehr hoch" (13 %) oder „hoch" (35 %) ein.

**Vernetzung:** Auf die Aussage „Ich bin gut mit folgenden Berufsgruppen/Einrichtungen vernetzt" nennen fast 60 % der Befragten niedergelassene Psychiater*innen und 52 % stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Einrichtungen. Andere Möglichkeiten der Vernetzung – sozial-psychiatrische Zentren (17 %), Sozialpädagog*innen/Sozialarbeiter*innen (15 %), Ergotherapeut*innen (11 %), gemeindepsychiatrische Institutionen (10 %), ambulante Pflege (5 %) – werden deutlich weniger häufig angegeben.

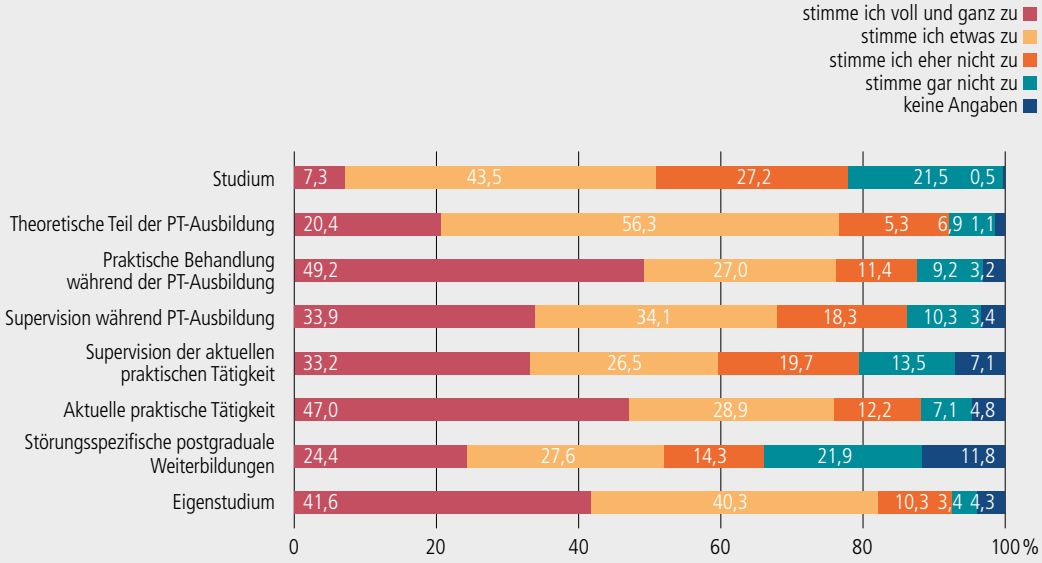


Abbildung 1: Subjektiv empfundene Qualifikation durch Studium, Ausbildung und Praxis, $n_{max} = 437$

**Einschätzungen zu Prozessmerkmalen und Prognose:** Positive Einschätzungen zur Arbeit mit PPS betrafen therapeutische (Arbeits-)Beziehung, zu möglichen Verschlechterungen der Symptomatik sowie Ängsten gegenüber PPS. Auch scheinen viele Psychotherapeut*innen keine Probleme zu sehen, sich in ihre Patient*innen hineinversetzen zu können, außerdem werden viele als motiviert für die Psychotherapie sowie als friedlich (das heißt nicht aggressiv) erlebt. Demgegenüber wird die Zuverlässigkeit der Patient*innen, die kognitive Leistungsfähigkeit, die (fehlende) Krankheitseinsicht sowie auch die Häufigkeit von Therapieabbrüchen kritischer eingeschätzt.

Hinsichtlich realisierbarer Behandlungsergebnisse gaben circa 90 % der Befragten an, effektiv Rückfälle reduzieren, soziale Kompetenz und Integration verbessern sowie komorbide Störungen behandeln zu können (Alternativen „voll und ganz", „eher" und „etwas" integriert). Bezüglich neurokognitiven Fähigkeiten (circa 85 %) sowie Symptomreduktionen bezüglich Wahnvorstellungen und Halluzinationen wird die Prognose geringer eingestuft.

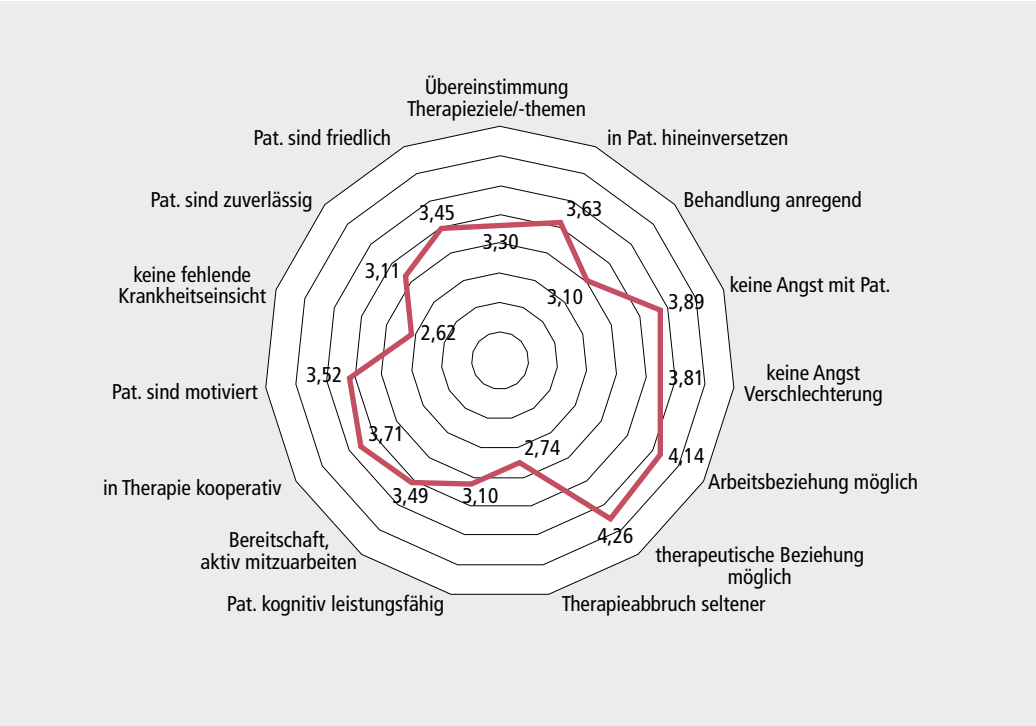


Abbildung 2: Einschätzungen zu Patient*innen mit psychotischen Störungen (PPS) n=281; 1=negativer, 5=positiver Pol

**Diskussion, Fazit und Ausblick**

Obwohl eine Indikation für Psychotherapie besteht, scheinen Patient*innen aus dem schizophrenen Formenkreis nach wie vor relativ selten in ambulanten Praxen niedergelassener Psychotherapeut*innen zu finden sein. Neben strukturellen Aspekten beispielsweise in der Zuweisung von Patient*innen zu Behandler*innen und Vernetzungsstrukturen werden störungsspezifische Besonderheiten, die entsprechende Aus- und Weiterbildung, sowie Aspekte der Behandler*innen selbst, wie Vorurteile und subjektives Kompetenzerleben als mögliche Gründe analysiert. Die vorliegende bundesweite Online-Befragung dient dazu, die Perspektive niedergelassener Psychologischer Psychotherapeut*innen besser zu verstehen und deskriptiv darzustellen.

In der Zusammenschau lassen sich aus der vorliegenden Befragung einige interessante Aspekte ableiten, die einerseits die defizitäre Versorgungssituation erklären können und darüber hinaus Ansatzpunkte sein können, um die aktuelle Situation zu optimieren. Dabei zeigt sich eine relative Passung zwischen Angaben der Befragten einerseits und konkreten Veränderungen andererseits, die bereits sichtbar werden. Hinsichtlich der Ausbildung ist mittlerweile ein stärkerer Fokus auf Psychosen in den Curricula der Institute zu bemerken; eine bessere Integration oder Vernetzung unterschiedlicher Versorgungssettings wird in Konzepten der integrierten Versorgung gefördert, hier scheint der Schritt von Modellprojekten hinein in die allgemeine Versorgung anzustehen; vermehrter Einbezug von Angehörigen ist zumindest empirisch gestützt und in den Leitlinien verortet. Somit kann konstatiert werden, dass sich die Versorgungslage von PPS in einer Phase der Entwicklung zu befinden scheint. Aufgabe ist es, dafür zu sorgen, dass diese Entwicklung nicht stagniert und vor allem möglichst flächendeckend erfolgt. Besonders bedeutend erscheint dabei die von den Teilnehmer*innen vermittelte hohe Behandlungsbereitschaft, an der unter anderem auch mit gezielten Fortbildungsangeboten angesetzt werden könnte. Hinsichtlich der Schnittstellenproblematik zwischen stationärem und ambulantem Setting wäre es ergänzend interessant, die Perspektive der in Kliniken arbeitenden Psychiater*innen besser zu kennen. Eine entsprechende Nachfolgestudie wird aktuell gerade ausgewertet.

**Dr. Rüdiger Nübling**
Seit 2005 Leiter Ressort Psychotherapeutische Versorgung und Öffentlichkeitsarbeit der LPK Baden-Württemberg sowie Gesellschafter der GfQG Karlsruhe. Studien v. a. im Bereich Reha- und Versorgungsforschung, u. a. zum Outcome Medizinischer Rehabilitation, Psychotherapie-/Rehamotivation, zur Situation von Psychotherapeut*innen in Ausbildung (PiA), zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Promotion 1991 Uni Freiburg. Publikationsliste sowie weitere Infos: www.gfqg.de.

**Prof. Dr. Dr. Thomas Schnell**
Psychologischer Psychotherapeut mit Schwerpunkt KVT, Vertiefungen in DBT und spezieller Psychotraumatherapie. Promotionen in den Bereichen Naturwissenschaften und Medizin (Dr. rer nat. und Dr. rer medic,) an den Universitäten Köln und Düsseldorf. Habilitation an der Universität Halle Saale. Von 2001-2012 Tätigkeit in der psychiatrischen Uniklinik Köln und LVR-Klinik Köln, Forscnungsschwerpunkt Doppeldiagnose Psychose und Sucht. Seit 2012 Professur für Klinische Psychologie an der Medical School Hamburg.

Kostenlose Video-Seminare
mit RAin Düsing + RA Achelpöhler
STUDIENPLATZ-KLAGE
Mi 14. Sept. | Mi 28. Sept.
Mi 12. Okt. | Mi 26. Okt.
Mi 16. Nov. | Mi 30. Nov.
Beginn: jeweils 18 Uhr
Nach rechtzeitiger Anmeldung per Mail erhalten Sie die Zugangsdaten.
MEISTERERNST DÜSING MANSTETTEN
Partnerschaft von Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten mbB
Oststr. 2 · 48145 Münster
Tel. 0251/5 20 91-19
duesing@meisterernst.de
www.numerus-clausus.info