

# Freund und Feind in der Therapie von Persönlichkeitsstörungen

Herausgegeben von:  
Otto F. Kernberg, New York  
Götz Berberich, Windach  
Peer Briken, Hamburg  
Anna Buchheim, Innsbruck  
Stephan Doering, Wien  
Birger Dulz, Hamburg  
Susanne Hörz-Sagstetter, Berlin  
Maya Krischer, Köln  
Martin Sack, München



Verbandsorgan der Gesellschaft  
zur Erforschung und Therapie  
von Persönlichkeitsstörungen (GePs) e.V.



# Das Gutachterverfahren in der ambulanten Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen

Kritische Reflexionen aus Forschung und Praxis

INGO JUNGCLAUSSEN, LARS HAUTEN

**ZUSAMMENFASSUNG:** Die Ausgangsfrage des Themenheftes »Freund und Feind in der Therapie von Persönlichkeitsstörungen« wird vor dem Hintergrund von Praxis und Forschung zum Gutachterverfahren in der ambulanten Psychotherapie diskutiert. Die Ausgangsthese, dass eine inkohärente Verwendung des psychodynamischen Strukturbegriffs zu Missverständnissen innerhalb der Begutachtungsprozesse führt, wird anhand verschiedener psychoanalytischer Struktur-Definitionen und mit Verweis auf Praxisbeispiele in der Begutachtung von Therapie-Anträgen begründet. Unterschiede im Umgang mit Persönlichkeitsstörungsdiagnosen zwischen tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (TP) und analytischer Psychotherapie (AP) werden mit Blick auf empirische Forschung dargelegt. Es wird eine präzise Unterscheidung zwischen einem dimensional und kategorialen Strukturverständnis vorgeschlagen, um Struktur- und Persönlichkeitsdiagnostik zu verbinden.

**SCHLÜSSELWÖRTER:** Gutachterverfahren; Psychotherapie-Anträge; Versorgungssicherheit; Gesundheitspolitik

**CITE AS:** Jungclaussen, I. & Hauten, L. (2022): Das Gutachterverfahren in der ambulanten Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. Kritische Reflexionen aus Forschung und Praxis. Persönlichkeitsstörungen, 26 (3), 262–286. DOI 10.21706/ptt-26-3-262

Eingereicht am: 09.05.2022, angenommen am: 18.05.2022

## Einleitung

»Freund und Feind in der Therapie von Persönlichkeitsstörungen«, so lautet der Titel dieses Heftes. Tatsächlich nehmen die eng verwandten

Themen »Persönlichkeitsstörungen« und »strukturelle Störungen« eine heikle Stellung ein beim »Gutachterverfahren« (im Folgenden GAV) im Rahmen der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung.

An anderer Stelle haben wir das Gutachterverfahren für die Psychotherapie ganz allgemein als »ungeliebten Freund« dargestellt (Hauten & Jungclaussen 2022). Der folgende Beitrag fokussiert auf das Thema »Therapie von Persönlichkeitsstörungen in der Richtlinienpsychotherapie«.

Wir nähern uns diesem Thema vor dem Hintergrund langjähriger praktischer Erfahrung in psychodynamischer Didaktik sowie im Zusammenhang mit dem Bemühen um begriffliche und konzeptionelle Klarheit in den Psychodynamischen Psychotherapien. Dabei haben wir auch durchaus Akzente in unseren Tätigkeitsbereichen, welche auf den ersten Blick in das »Freund/Feind-Schema« zu passen scheinen: Während Antragssupervision sowie Fort- und Weiterbildung<sup>1</sup> eindeutig »freundlich« für die Therapeut:innen sind und somit auch den Patient:innen zugute kommen, wird die Begutachtung im Rahmen des GAV<sup>2</sup> häufig als »feindlich« erlebt.

Vor diesem Hintergrund sollen im Folgenden einige Aspekte der Thematik näher beleuchtet werden, um abschließend die Frage nach »Freund oder Feind« zu beantworten.

### **1. Die inkohärente Verwendung des Strukturbegriffs führt zu Missverständnissen innerhalb des Begutachtungsprozesses**

Die Diskussion des Gutachtenverfahrens<sup>3</sup> im Kontext von Persönlichkeitsstörungen ist im Besonderen mit einer uneinheitlichen Verwendung fachwissenschaftlicher psychodynamischer Begriffe im Antragsbericht und dessen Begutachtung verbunden.

---

1 Dies ist ein Arbeitsschwerpunkt von Jungclaussen.

2 Hauten ist auch Gutachter für TP.

3 In den PTRL wird der Begriff »Gutachterverfahren« verwendet. Die amtlichen Formulare zur Beantragung (Muster PTV8) verwenden den gegenderten Begriff »Gutachtenverfahren«. Wir verwenden die beiden Begriffe im Text alternierend.

Insbesondere der Begriff der »Struktur« sorgt regelmäßig für Sprachverwirrung. Der Strukturbegriff weist in der psychoanalytischen Theoriebildung und Literatur zahlreiche Modifikationen und Weiterentwicklungen auf (Doering & Hörz 2012; Rudolf, Grande & Henningsen 2010; Rudolf 2020; Jungclaussen 2018). Prozesse rund um das Begutachtungsverfahren im Kontext von Persönlichkeitsstörungen sind somit auch von theoretischen und fachwissenschaftlichen Wechselbewegungen und Schwankungen abhängig. Dieser Hintergrund ermöglicht es, etwaige Ablehnungen, Kürzungen, Nachbesserungsforderungen und Bewilligungen mit Bedenken seitens der Gutachtenden auch als Ausdruck einer interkollegialen Sprachverwirrung im Gutachterverfahren zu verstehen.

Ein häufiges, fast schon »klassisches« Missverständnis im GAV ist folgender Fall: Eine Psychotherapeutin erstellt nach bestem Wissen und Gewissen einen Bericht an den Gutachter (Antragsbericht). Der Gutachter meldet aber dann kritisch zurück, dass der Bericht überhaupt keine Strukturdiagnose enthalte und er den Bericht so nicht befürworten könne. Die Therapeutin wendet sich ratlos an ihre Kollegin: »Aber ich habe doch die Strukturdiagnose vorgenommen und beschrieben. Schau – hier schreibe ich doch etwas zu den strukturellen Fähigkeiten, der Patient ist mäßig integriert!« Im gemeinsamen Nachdenken wird deutlich, dass beide Seiten – Therapeutin und Gutachter – von unterschiedlichen Strukturbegriffen ausgegangen sind: Die Therapeutin meinte den OPD-Strukturbegriff, der Gutachter aber ging von einem anderen, eher klassisch analytischen Strukturbegriff aus.

In solchen Fällen bedurfte es dann häufig langer klärender Argumentationen in einem Ober- bzw. Zweit-Gutachterverfahren, sodass die Sprachverwirrung geklärt und die fehlenden Informationen aus der anderen Perspektive nachgereicht werden konnten. Solche Probleme im Gutachterverfahren entstehen nicht selten auch im Kontext der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen.

Der Begriff »Struktur« hat sich in etwa 100 Jahren Theoriebildung zu einem psychodynamischen Teekesselchen<sup>4</sup> entwickelt (vgl. Rudolf 2020; Jungclaussen 2018; Hauten 2021). Es ist eine Entwicklungslinie von Freud bis zum heutigen Strukturbegriff der OPD erkennbar, auf der verschiedene Varianten des Strukturbegriffs liegen. Die für das Verständnis der Sprachverwirrung im Kontext von »Struktur« wichtigsten Begriffsbildungen sind folgende:

1. **Freud'sche Topik:** Das »erste topische Modell« (Freud 1900) »verortet« seelische Inhalte entlang ihrer Bewusstheit (bewusst – vorbewusst – unbewusst). Das »zweite topische Modell« (Freud 1923) strukturiert die intrapsychischen Systeme (Es – Ich – Überich).
2. **Neurosenstruktur:** Schultz-Hencke (1951) beschreibt vier Neurosenstrukturen als erkennbare Muster repetitiver Konfliktbewältigungsversuche (depressiv, zwanghaft, schizoid, histrionisch). Die Anzahl dieser Strukturen wurden von anderen Autor:innen erhöht. So finden sich z. B. bei König (2011) noch die narzisstische, phobische und Borderline-Struktur.
3. **Strukturachse der OPD:** In der »Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik« (Arbeitskreis OPD 2014) wird auf Achse IV die Verfügbarkeit struktureller Funktionen gemessen (Struktur-niveau).

Es sind aber noch weitere Bedeutungszuweisungen für »Struktur« zu erkennen, z. B.:

4. **Analytische Psychologie:** Im Sinne C. G. Jungs sind Ich-Fähigkeiten (Denken, Fühlen, Empfinden und Intuieren) als »Struktur der Seele« aufzufassen (Übersicht bei Rafalski 2018).
5. **Individualpsychologie:** Adlers Konzept des »Lebensstils« lässt sich auch einer Charakterlehre zuordnen (Adler 1908, 1912).

---

4 Mit Teekesselchen ist hier gemeint, dass dasselbe Wort verschiedene Bedeutungen haben kann.

6. **Selbstpsychologie:** Wie sehr das Selbst zu einem kohärenten, realitätsbezogenen Selbst gereift ist, kann als »struktureller Gradmesser« verstanden werden (Kohut 1979).
7. **Objektbeziehungstheorie:** Struktur kann als Produkt von Identifikationen sowie Selbst- und Objektrepräsentanzen verstanden werden (Sandler & Sandler 1999).
8. **Ich-Psychologie:** Die Reife der Abwehrmechanismen und die Stärke des Ich kann als »struktureller Gradmesser« verstanden werden (Heigl 1992).
9. **Mentalisierungsansatz:** In der Mentalisierungsbasierten Psychotherapie werden Mentalisierungsfähigkeiten auf graduellen Stufen erfasst (Fonagy et al. 2002).
10. **Allgemeinpsycho(patho)logischer Strukturbegriff:** In der Psychotherapierichtlinie wird (verfahrenübergreifend) »Struktur« als grundlegende Disposition angenommen (Faber & Haarstrick 1989).

Diese verschiedenen, damit zu Missverständnissen einladenden Begriffsverwendungen lassen sich sehr einfach »sortieren«, indem aus einer Meta-Position heraus die jeweilige Perspektive unterschieden wird: Ist der Strukturbegriff »kategorial« oder »dimensional« gemeint?

Bei der *dimensionalen Perspektive* werden graduelle Unterschiede auf einer Dimension betrachtet. Merkmale können »gar nicht« oder »sehr viel« Ausprägung auf einer im Prinzip stufenlosen Skala aufweisen. Das Merkmal ist im Falle der dimensionalen Strukturperspektive der »Grad der Verfügbarkeit von strukturellen Fähigkeiten«. Der Strukturbegriff nach Rudolf (2020) und der OPD-Struktur-Achse (2014) folgt diesem Verständnis. Bezogen auf den Strukturbegriff geht es also darum, möglichst exakt die Verfügbarkeit von einzeln beobachtbaren Fertigkeiten im Umgang mit sich selbst und anderen zu messen, ohne dass dadurch eine Zuordnung zu Kategorien verbunden wäre.

Bei der *kategorialen Perspektive* geht es darum, »zu Struktur geronnene« Muster der Auseinandersetzung mit sich und den Objekten zu Kategorien zusammenzufassen. Das meint der Begriff Neurosenstruk-

tur: Eine depressive Neurosenstruktur hat ein bestimmtes einheitliches Bündel an Abwehrmechanismen und Erlebens-, Verarbeitungs- und Verhaltensmustern, welches sich von anderen Mustern (wie z. B. einer zwanghaften Neurosenstruktur) unterscheidet. Die kategoriale Perspektive erlaubt es also, verschiedene Strukturformen nach Mustern zu unterscheiden. (Kategorial heißt auch das Einordnen in »Schubladen«).

In diagnostischer Hinsicht verfolgen die beiden Perspektiven demnach verschiedene unterscheidbare Ziele: Die kategoriale Perspektive dient der Klassifikation von Struktur, die dimensionale Perspektive misst den Funktionszustand der Struktur.

Beide Perspektiven zusammengenommen erlauben dann ein ganzheitliches Bild von Menschen bzw. Patient:innen: Es lässt sich beschreiben, welche unterscheidbaren Muster ihre Struktur aufweist *und* auf welchem Funktionsniveau sich die strukturelle Entwicklung befindet.

Die Unterscheidung in kategorial und dimensional hilft auch bei der besonders im Gutachtenverfahren wichtigen Unterscheidung der Differenzialindikation zwischen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (TP) und der analytischen Psychotherapie (AP).

Der »Faber/Haarstrick-Kommentar« (Dieckmann, Becker & Nehler 2021) bedient sich für die Erörterung der Indikationsfrage jeweils unterschiedlich beider Perspektiven: Eine TP ist vor allem dann bei strukturellen Störungen indiziert, wenn diese in einer aktualgenetischen Dimension zu einem Leiden in konkreten (psychosozialen, interpersonellen) Konfliktsituationen führen. Es wird also eine dimensionale Strukturperspektive angelegt. Wenn es hingegen um eine »globale« strukturelle Veränderung/Nachreife gehen soll – die sogenannte »Umstrukturierung der Persönlichkeit« –, dann ist eher eine AP indiziert. Es wird also eine kategoriale Perspektive angelegt. Eine *modifizierte AP* (im Sitzen) liegt bei strukturellen Störungen besonders nahe, wenn eine stärkere Regression wie in der AP aufgrund der strukturellen Einschränkung vermieden werden soll (dimensionale Perspektive), wenn zugleich aber Frequenz und Umfang einer TP nicht hinreicht, um die auftretenden negativen Übertragungskonstellationen therapeutisch aufzufangen.

Eine *unmodifizierte AP* (im Liegen) liegt besonders nahe bei Persönlichkeitsstörungen (kategoriale Perspektive) auf mittlerem Strukturniveau (dimensionale Perspektive), wie der »Faber/Haarstrick-Kommentar« (Dieckmann, Becker & Nehe 2012, S. 48) ausführt. Eine grundlegende Umstrukturierung (kategoriale Perspektive) ist hier eher denkbar, auch wenn eine Regression auf die Ebene der Grundkonflikte (wie in der »tendenzlosen Psychoanalyse« außerhalb der Krankenversorgung) nicht angestrebt werden soll.

Bei strukturellen und/oder Persönlichkeitsstörungen steht die Indikation also auch im Zusammenhang mit der theoretischen Perspektive derjenigen, die sie stellen.

Bei einer kategorialen Perspektive (wie sie weiter oben unser Beispiel-Gutachter angelegt hat) würde eine AP als Indikationsvorschlag näher liegen. Bei einem dimensional Strukturverständnis (wie sie unsere Beispiel-Therapeutin angelegt und gemeint hatte) wären mit einer TP sehr gut identifizierbare strukturelle Defizitbereiche behandelbar. Das Beispiel verdeutlicht, dass die Verschriftlichung und Begutachtung der Indikation durch die o.g. Sprachverwirrung im Persönlichkeits- und Struktur-Kontext erschwert werden können.

Eine Abhilfe bei derartigen Missverständnissen im Rahmen des Gutachterverfahrens könnte dadurch geleistet werden, dass – auch unterstützt durch gezielte Fortbildung und Lektüre – die »psychodynamischen Dialekte« genau benannt werden. Der Begriff »Struktur« sollte adjektivisch mit dem Begriffspaar *dimensional/kategorial* ergänzt und die jeweils andere Perspektive mitgedacht werden. Abbildung 1 zeigt eine Liste notwendiger Informationen für eine vollständige psychodynamische Diagnose im Gutachtenverfahren (Punkt 5 im Muster PTV<sub>3</sub>).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass theorie- und begriffssprachliche Missverständnisse zu Dissensen innerhalb des Begutachtungsverfahrens bei Therapien von strukturellen und/oder Persönlichkeitsstörungen führen können. Insbesondere die Frage der Differenzialindikation ist für TP-Therapeut:innen brisant, da bei gut-



- Eine vollständige psychodynamische Diagnostik erfordert die Nennung
- der ICD-10-Diagnose(n) mit Angabe der Diagnosesicherheit (unter Einschluss eventueller F6-Diagnosen),
  - des Strukturniveaus (= *dimensionaler Strukturbegriff*),
  - der Neurosenstruktur (= *kategorialer Strukturbegriff*),
  - des Krankheits-Auslösers,
  - des OPD-Konflikts (beobachtungsnaher Konflikt) inkl. Angabe des Modus (passiv/aktiv/gemischt),
  - des psychogenetisch zu rekonstruierenden Grundkonflikts (Rudolf & Henningsen 2017/ Psychogenetische Konflikttabelle (PGK) nach Jungclausen 2018),
  - des Modus der Konfliktverarbeitung nach Mentzos (optional),
  - Differenzial- und/oder Zusatzdiagnosen.

Abb. 1: Vollständige Diagnostik im Bericht zum Antrag auf Psychotherapie (Punkt 5 im Muster PTV3: »Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter«)

achterlichen Zweifeln eine Ablehnung der beantragten Behandlung droht.

Erschwerend kommt hinzu, dass die oben genannten schematischen Indikationsvorschläge nur ein grobes Raster darstellen, welches im Einzelfall individualisiert betrachtet werden muss. Denn die von der Rudolf-Arbeitsgruppe entwickelte Gutachten-Kriterien-Liste (GKL) berücksichtigt zehn Kriterien, von denen Struktur- und Persönlichkeitsdiagnostik nur ein Teil sind (Rudolf et al. 2002a). Und der »Faber/Haarstrick-Kommentar« betont, dass die Indikation nicht allein anhand der Diagnostik vorgenommen wird, sondern zahlreiche weitere Variablen berücksichtigt, allen voran die freie Wahl der Patient:innen (Dieckmann, Becker & Neher 2021).

## **2. TP-Therapeut:innen »fremdeln« eher mit einer Persönlichkeits-Diagnose**

Zwischen Tiefenpsycholog:innen und Psychoanalytiker:innen lassen sich Unterschiede hinsichtlich einiger Aspekte im GAV ausmachen. Die meisten systematischen Forschungsarbeiten hierzu stammen aus der Zeit vor 2017, also vor der letzten großen Richtlinien-Reform. Eine

evaluierende Untersuchung der Veränderungen im Gutachterverfahren nach dieser Reform wäre wünschenswert, steht aber noch aus.

In einer vergleichenden Studie gutachterlicher Urteile untersuchten Rudolf und Jakobsen (2002b) 94 Antragsberichte für analytische und 339 Berichte für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien. Eine Hauptaussage dieser Untersuchung war es, dass sich das absolute Ergebnis der Untersuchungsprozesse (Befürwortung/Nichtbefürwortung einer Kostenübernahme) nicht wesentlich unterschied zwischen TP und AP, dass aber im »Zwischenbereich« einer Befürwortung mit Zweifeln/Bedenken durchaus Unterschiede erkennbar sind. Im für uns relevanten Teilaspekt der »Gutachten-Kriterien-Liste« (Rudolf et al. 2002a), der Einschätzung der Persönlichkeit, zeigten sich Unterschiede in den gutachterlichen Einschätzungen: In der Gesamtschau bemängelten die Gutachter:innen bei TP-Anträgen deutlich häufiger die Persönlichkeitsdiagnostik als bei AP-Anträgen.

In einer neueren Untersuchung von Lieberz, Adamek & Krumm (2021) wurden Daten aus dem »MARS-Projekt«<sup>5</sup> erstmals vollständig ausgewertet.

Zwischen TP- und AP-Antragsberichten werden bei der angegebenen Hauptdiagnose bedeutsame Unterschiede in den Angaben zu Diagnosen aus dem ICD-10 Kapitel F6 (Persönlichkeitsstörungen) deutlich. Persönlichkeitsdiagnosen werden in AP-Anträgen häufiger vergeben als in TP-Anträgen. Während bei AP-Anträgen in 9,9% der Fälle F6-Diagnosen vergeben wurden, waren es bei TP-Anträgen nur 3,9%<sup>6</sup>. Abbildung 2 veranschaulicht diesen Unterschied in vereinfachter Form.

---

5 Die »Mannheimer-Richtlinien-Psychotherapie-Studie« erfasste im Zeitraum 2007–2012 insgesamt 1005 Antragsberichte.

6 Ein interessanter Nebenbefund ist, dass in 16,1% der TP-Anträge und in 27,9% der AP-Anträge gar keine ICD-Diagnose angegeben wurde. Die anderen Diagnosen verteilen sich über die Kapitel F1–F5 der ICD-10.

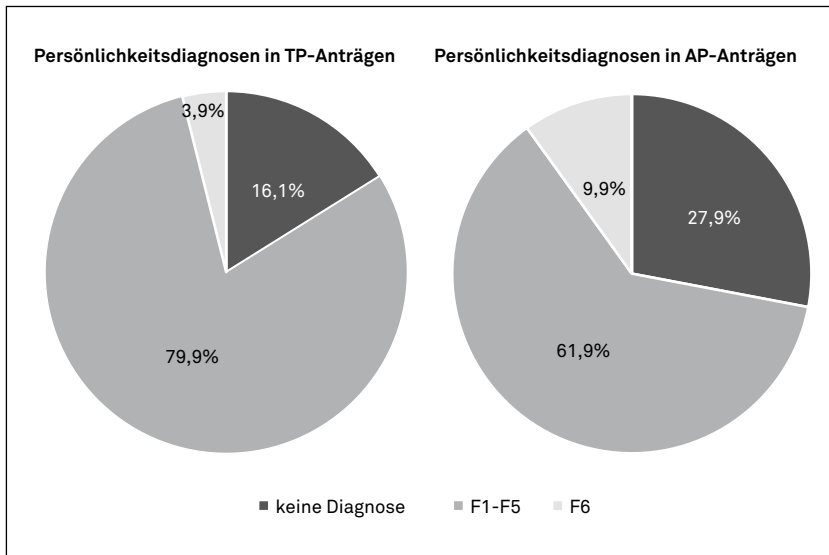


Abb. 2: Persönlichkeitsdiagnosen (F6) in AP- und TP-Berichten im Vergleich, in eigener Darstellung modifiziert nach Lieberz, Adamek & Krumm (2021), S. 95.

Es drängt sich also die Frage auf: Werden in der AP wegen des höheren Anteils an Persönlichkeitsdiagnosen aus dem Kapitel F6 der ICD-10 schwerer erkrankte Patient:innen behandelt als in der TP? Die Zahlen der MARS-Studie deuten in eine andere Richtung: Werden die im Antragsbericht angeführten Beschwerden und Krankheitsbilder zusätzlich betrachtet (z. B. somatische Erkrankungen, Suchttendenzen oder Suizidalität), lassen sich keine Unterschiede zwischen den Therapieformen AP und TP ausmachen. Auch hinsichtlich der Beeinträchtigungsschwere (BSS) ist kein wesentlicher Unterschied festzustellen.

Die Gründe für diese Unterschiede in der Diagnostik müssen also anderer Natur sein. Die Autor:innen vermuten, »dass weniger die Schwere des Krankheitsbildes oder die Tiefe der persönlichkeitsstrukturellen Verankerung der Symptomatik ausschlaggebend für die Wahl des

Therapieangebotes ist, als dass hier vielmehr die Diagnose der Therapiewahl folgt und daher ›strategischer‹ Natur ist.« (Lieberz, Adamek & Krumm 2021, S. 99). TPl:innen scheinen also darauf zu setzen, eine ablehnende gutachterliche Stellungnahme durch das Auslassen »schwererer« (in diesem Falle: F6) Diagnosen zu vermeiden.

Diese älteren Zahlen sind für unsere These insofern von Relevanz, als dass vor der Richtlinienreform von 2017 zwei bedeutsame Faktoren bei der Behandlung von strukturellen Störungen/Persönlichkeitsstörungen wirksam waren.

Zum einen wurden bis 2017 Begutachtungen für Anträge ausschließlich von AP-Gutachter:innen vorgenommen. Eine eigene Gruppe von TP-Gutachter:innen gibt es erst seit 2018 (allerdings begutachten weiterhin sehr viele Gutachter:innen sowohl TP als auch AP). Die in These 1 beschriebene Sprachverwicklung fand besonders häufig statt in der Kombination TP-Therapeut:in/AP-Gutachter:in. Denn wie im obigen Beispiel beschrieben, würde ein Missverständnis zwischen kategorialer/dimensionaler Perspektive zu einer Ablehnung des Therapie-Antrages führen.

Zweitens waren zu diesem Zeitpunkt die Behandlungen struktureller Störungen mit der TP noch nicht »ausdekliniert«. In der 6. Auflage des »Faber/Haarstrick-Kommentars« (Rüger et al. 2003) wurde diese Thematik erstmals mit Blick auf die Richtlinientherapie diskutiert. 2009 wurde in den Psychotherapierichtlinien (PTRL) erstmals die Behandlung struktureller Störungen mit einer TP offiziell »erlaubt«.

Allerdings war weiterhin nicht deutlich, ob hier eine dimensionale oder eine kategoriale Perspektive gemeint war. Vor diesem Hintergrund wird es verständlich, dass TP-Therapeut:innen ausgesprochen zurückhaltend bei der Vergabe von Persönlichkeitsdiagnosen waren und sind. Denn obwohl Struktur- und Persönlichkeitsdiagnostik nicht dasselbe sind, besteht bei einer kategorialen Diagnose für die TP ein Ablehnungsrisiko, das für die AP so nicht besteht<sup>7</sup>. In der Konsequenz

---

7 Abgesehen davon mag es auch grundsätzliche, mehr politische Zweifel an der Kategorisierung von Menschen geben.

könnte sich so erklären, warum Gutachter:innen im Bereich der Persönlichkeitsdiagnostik »Mängel« bei den TP-Berichten feststellten: Weil die TP-Therapeut:innen im Bereich der Persönlichkeitsdiagnostik nicht »frei« waren. Die älteren empirischen Befunde zum unterschiedlichen Umgang mit Persönlichkeitsdiagnostik decken sich weitgehend mit unserer auch gegenwärtigen Praxiserfahrung in der Supervision und der Begutachtung von Antragsberichten.

Mit der Richtlinienreform von 2017 und der 11. Auflage des »Faber/Haarstrick-Kommentars« (Dieckmann, Dahm & Neher 2018) ist in Teilen Klarheit geschaffen worden, da die behandlungstechnischen Rahmenbedingungen und Zielsetzungen präzisiert wurden: »Strukturelle Störungen« können nun »ganz offiziell« mit TP behandelt werden, wenn die Behandlung sich methodisch auf eine der vier im Kommentar genannten Ansätze stützt:

- Strukturbezogene Psychotherapie nach Rudolf (SP)
- Übertragungsfokussierte Therapie nach Kernberg, Yeomans und Clarkin (TFP)
- Mentalisierungsbasierte Therapie nach Fonagy und Bateman (MBT)
- Psychoanalytisch-Interaktionelle Methode nach Heigl und Heigl-Evers bzw. Streeck & Leichsenring (PIM)

Damit sollte es also weniger »gefährdend« für TP-Anträge sein, auch die Persönlichkeit in die Diagnostik einzubeziehen.

Dies ist allerdings nicht der Fall, denn die genannten Ansätze beziehen sich im Wesentlichen auf einen dimensionalen Strukturbegriff, wie er mit der Achse IV der OPD gemessen wird. Ob und wie kategorial diagnostizierte Persönlichkeitsdiagnosen in den Indikationsbereich der TP gehören, ist weiterhin eine im Fluss befindliche Diskussion.

### 3. Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Persönlichkeits- und Strukturdiagnostik

Wir haben die These vertreten, dass eine Unterscheidung zwischen dimensionaler und kategorialer Perspektive eine größere Klarheit in der Strukturdiagnostik erlaubt. Ist damit zugleich auch die Frage der Persönlichkeitsdiagnostik bzw. der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen beantwortet? Diese Frage muss zunächst leider verneinend beantwortet werden.

»Struktur« im psychodynamischen Sinne hat eine große Nähe zum Konzept von »Persönlichkeit«. Beide Konzepte gehen aber nicht ineinander auf, wie im Folgenden gezeigt werden soll:

Die psychodynamisch verstandene kategoriale Strukturdiagnostik (z. B. zwanghafte Neurosenstruktur) zielt auf eine Klassifikation ab. In diesem Aspekt trifft sie sich mit einer deskriptiven Persönlichkeitsdiagnostik, wie sie in den Diagnosesystemen ICD und DSM operationalisiert wird (z. B. Diagnose »zwanghafte Persönlichkeitsstörung«). Das legt den Schluss nahe, dass eine psychodynamische kategoriale Strukturdiagnostik dasselbe wäre wie eine deskriptive Diagnostik von Persönlichkeiten bzw. Persönlichkeitsstörungen. Dies ist jedoch nicht der Fall. Beide Konzepte zielen diagnostisch auf eine klassifikatorische Einordnung ab. Sie unterscheiden sich jedoch in einem sehr wichtigen Punkt: Die deskriptive Diagnostik (mit ICD oder DSM) clustert beobachtbare Persönlichkeitsmerkmale rein deskriptiv, also ohne ätiologischen Interpretationsschritt. Daher sind sie auch unter diagnostischen »Laborbedingungen« sehr trennscharf. Die kategoriale psychodynamische Strukturdiagnostik hingegen gruppiert die Persönlichkeitskategorien nach inhaltlichen Gesichtspunkten, als Muster vom Umgang mit intrapsychischen unbewussten Konflikten. Diese repetitiven, viele Lebensbereiche umspannenden Abwehrvorgänge können auch in Form erkennbarer Persönlichkeitsmerkmale »gerinnen«, sodass sie mit den Kriterien von deskriptiven Persönlichkeitsdiagnosen äußerlich zur Deckung kommen. Dies kann, muss aber nicht der Fall sein. Mit anderen Worten: Eine psychodynamisch verstandene »Neurosenstruktur« kann

in Form einer »Persönlichkeitsstörung« imponieren – oder eben auch nicht (eine zwanghafte Neurosenstruktur kann gemeinsam mit einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung vorliegen oder einzeln). Beide Ansätze (Neurosenstruktur/Persönlichkeit) werfen einen Blick auf den Menschen aus kategorialer Perspektive, aber mit unterschiedlichen Erkenntnismethoden: Das psychodynamische Denken ist eine tiefenhermeneutisch-interpretierende Methode, die deskriptive Persönlichkeitsdiagnostik ist eine empirisch-beschreibende Methode.

Noch dazu sind beide Perspektiven um die dimensionale Perspektive zu ergänzen.

In der diagnostischen Beschreibung von Problematiken im Rahmen des GAV ist demnach ein mehrdimensionaler Blick gefordert: Die besondere und individuelle Seins-Form des Menschen sollte sowohl inhaltlich als auch deskriptiv erfasst werden und beide kategorialen Sichtweisen sollten um eine dimensionale Perspektive ergänzt werden.

Das klingt komplizierter als es ist; denn es gibt entsprechende Orientierungen:

Kernberg unternahm bereits 1996 den Versuch, die kategoriale und die dimensionale Perspektive zusammenzudenken. Er prägte in diesem Zusammenhang auch den Begriff der »Persönlichkeitsorganisation«. Dieser Begriff hat den Vorteil, dass darin sowohl deskriptive Persönlichkeitsdiagnostik als auch kategoriale psychodynamische Persönlichkeitslehre aufgehen können. Die dimensionale Perspektive wurde dargestellt, indem eine zweidimensionale Matrix von Innenbezug-Außenbezug und Reifungsgrad (bzw. Störungsschwere) aufgespannt wurde. Auf dieser Matrix lassen sich dann die Persönlichkeiten »sortieren«. Kernberg legte damit das erste »hybride« Modell der Persönlichkeitsdiagnostik vor<sup>8</sup> (vgl. Yeomans, Clarkin & Kernberg 2018).

---

8 Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass Kernbergs Modell nicht als allgemein-persönlichkeitspsychologisches, sondern als ein Modell zur Beschreibung von pathologischen Persönlichkeiten gedacht ist. Das Modell kann aber auch allgemein-persönlichkeitspsychologisch rezipiert werden.

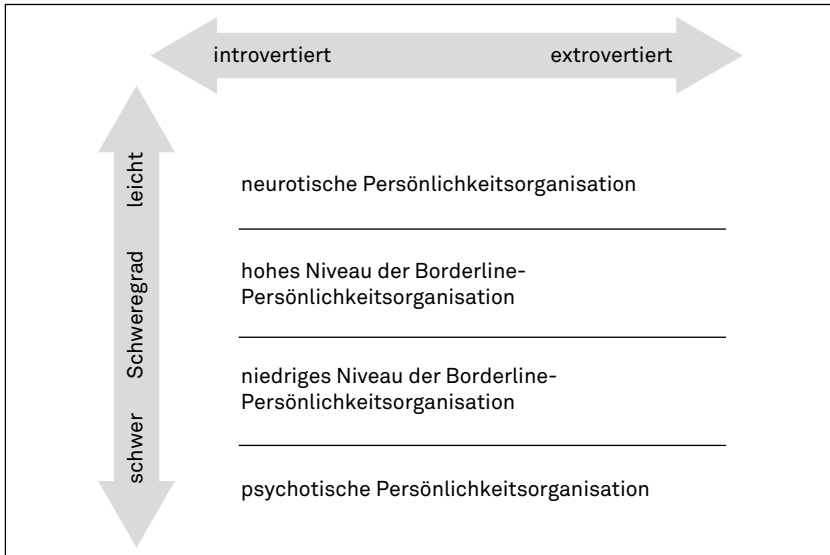


Abb. 3: Matrix struktureller Dimensionen nach Kernberg (1996), in eigener Darstellung abstrahiert nach Yeomans, Clarkin & Kernberg (2017).

Abbildung 3 veranschaulicht die »Matrix« von Kernbergs Modell, also das dimensionale Feld, auf dem sich dann verschiedene Persönlichkeitstypen (in diesem Falle: Persönlichkeitsstörung a, b, c in Abbildung 4) anordnen lassen.

Zum Kernberg-Modell ist anzumerken, dass für die Reifegrade im deutschsprachigen Raum eher die Begrifflichkeiten der OPD verwendet werden. Der Begriff »neurotische Persönlichkeitsorganisation« wäre dann mit »gut integriert« zu übersetzen; »hohes Borderline-Niveau« wäre »mäßig integriert«; »niedriges Borderline-Niveau« entspräche »gering integriert« und »psychotisches Niveau« wäre mit »desintegriert« gleichzusetzen<sup>9</sup>. Somit ist es in der psychodynamischen

9 Auch wenn die Konzepte – besonders am »unteren Rand« der Reifegrade – nicht ineinander aufgehen, scheint dies den Sprachgebrauch im fachlichen Diskurs abzubilden. Ebenfalls beobachtbar ist eine Bezeichnung des »hohen Borderline-Niveaus« als »narzisstisch«.



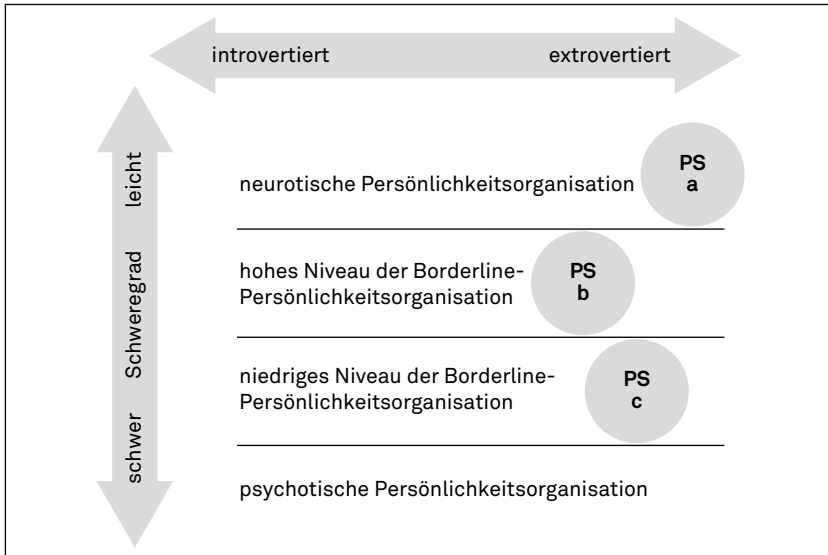


Abb. 4: Hybrides Strukturmodell nach Kernberg (1996), in eigener Darstellung modifiziert und abstrahiert nach Yeomans, Clarkin & Kernberg (2017).

Theoriesprache möglich, beide Perspektiven gedanklich und begrifflich zusammenzuführen. Dies wird dem Bedürfnis nach Orientierung durch Klassifikation (kategorial) ebenso gerecht wie dem Wunsch nach einer individualisierten Untersuchung des Entwicklungsstandes (dimensional).

Eine ähnliche Bewegung zeigt sich auch im Bereich der deskriptiven Diagnostik. Denn die eindeutige Klassifikation von Persönlichkeiten bzw. Persönlichkeitsstörungen funktioniert ausschließlich unter »Laborbedingungen« exakt. In der Praxis zeigen sich Menschen sehr viel flexibler in ihrer Individualität, als die vorgegebenen Cluster es erlauben würden. Persönlichkeiten zeigen sich in ihrer Individualität und Einzigartigkeit fluider und kontext- und beziehungsabhängiger als die Diagnosesysteme. Zeitgenössische (postmoderne) Konzepte verstehen »Identität« nicht als statische Eigenschaftenansammlung, sondern prozesshafter und kontextualisiert.

Der Befund aus der Praxis, dass sich Menschen selten genau einer Kategorie von Persönlichkeit(sstörung) zuordnen lassen, hat zu einem allmählichen Umdenken und letztlich zu einem Paradigmenwechsel in der deskriptiven Diagnostik geführt. Das 2015 eingeführte DSM-5 enthält im Anhang ein »Alternatives Modell der Persönlichkeitsdiagnostik«, welches in seiner Struktur sehr dem Kernberg'schen Hybridmodell ähnelt: Es werden im Kriterium A dimensionale und im Kriterium B kategoriale Merkmale von Persönlichkeit erfasst.

Die am 1.1.2022 in Kraft getretene ICD-11<sup>10</sup> geht diesbezüglich noch einen Schritt weiter: Obligatorisch ist nur noch die dimensionale Perspektive, die kategoriale Klassifikation der Persönlichkeitsstörung kann, muss aber nicht vorgenommen werden.

Vor diesem Hintergrund lässt sich die in These 1 vorgenommene Unterscheidung von »kategorial« vs. »dimensional« um den Begriff »hybrid« (= gemischt bzw. gekreuzt) ergänzen und auf die deskriptive Persönlichkeitsdiagnostik erweitern. Ansätze zu Struktur und Persönlichkeit lassen sich auf diese Weise besser unterscheiden, was eine klarere Kommunikation ermöglichen sollte. Tabelle 1 verdeutlicht exemplarisch die konzeptionelle Sortierung.

Die Übersicht in Tabelle 1 legt nahe, dass es scharfe Grenzen bei der Einordnung der Strukturmodelle gibt. Dies ist aber nicht der Fall. Die Übersicht zeigt exemplarisch Modelle, welche sich der jeweiligen Perspektive (dimensional, kategorial, hybrid) recht eindeutig zuordnen lassen. Zu betonen ist, dass alle in der 1. These aufgeführten Strukturmodelle auch dann dimensionale Anteile haben, wenn sie in der Grundausrichtung kategorial angelegt sind. So enthalten z. B. auch die Strukturbegriffe der klassischen Ich-Psychologie (Art der Abwehrmechanismen), der Objektbeziehungstheorie (Struktur verstanden als

---

10 Die Einführung der ICD-11 als amtlich gültiges Kodiersystem in Deutschland wird noch etwas auf sich warten lassen, da zunächst die Übersetzung (»German Modification«) überprüft werden muss.

kategorial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Freuds Strukturmodelle (bewusst – vorbewusst – unbewusst/Ich–Es–Über-Ich)</li> <li>• Psychoanalytische Charakterlehre (Abraham)</li> <li>• Neurosenstruktur (Schultz-Hencke)</li> </ul>
dimensional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Struktur nach Achse IV OPD</li> <li>• Mentalisierungsfähigkeit (Fonagy/Bateman)</li> </ul>
hybrid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kernbergs Modell der Persönlichkeitsorganisationen</li> <li>• DSM-5</li> <li>• ICD-11</li> </ul>

Tab: 1: Kategoriale, dimensionale und hybride Struktur- und Persönlichkeitskonzepte

Ergebnis von Identifikationen mit dem Objekt sowie verschiedenen Selbst- und Objektrepräsentanzen) sowie der Selbstpsychologie (Struktur als Kohärenz des Selbst) dimensionale Züge, da ein Reifeverständnis impliziert ist. Gleiches gilt für die Ich-Fähigkeiten im Sinne Jungs sowie für die Charaktervorstellungen von Adler. Im Prinzip sind auch in Freuds Topik und im Konzept der Neurosenstruktur dimensionale Aspekte vorhanden. Es geht an dieser Stelle nicht so sehr darum, die einzelnen Modelle festzulegen, sondern die jeweilige Perspektive zu betonen.

Zusammengefasst lässt sich feststellen: Die begriffliche Unterscheidung von kategorial und dimensional eignet sich für das Zusammendenken verschiedener Perspektiven auf dieselbe Sache. Dieser »doppelte Blick« (eine komplementäre Perspektive) eignet sich sowohl für eine Klassifikation nach inhaltlichen psychodynamischen Gesichtspunkten als auch für eine deskriptive Persönlichkeitsdiagnostik. In hybriden Modellen lassen sich beide Perspektiven gleichzeitig einnehmen. Dies könnte eine größere Klarheit in der Kommunikation über persönlichkeitsrelevante Strukturthemen ermöglichen.

#### **4. Die Abschaffung des Gutachterverfahrens könnte die Versorgungssicherheit für Patient:innen mit Persönlichkeitsstörungen gefährden**

Die genannten begrifflichen Klärungen sowie die Weiterentwicklung in der Diagnostik kann also als Erfolgsgeschichte aufgefasst werden. Wir können nun aus psychotherapeutischer Sicht angeben, ob wir diagnostisch auf das Funktionsniveau der Struktur abzielen und einen entsprechenden entwicklungsförderlichen Behandlungsplan formulieren (dimensionale Perspektive). Dies ist in Übereinstimmung mit den Psychotherapierichtlinien sowohl fokal in der TP als auch breitflächig in der AP möglich (allerdings muss die AP modifiziert werden, wenn eine strukturelle Störung behandelt werden soll). Wir können im Behandlungsplan angeben, ob wir diagnostisch eher erstarrte Muster von (dysfunktionalen) Konfliktbewältigungsversuchen in den Blick nehmen (kategoriale Perspektive), was sowohl einen fokal konfliktbezogenen Behandlungsplan in der TP als auch einen regressions- und übertragungsfördernden Behandlungsplan in der AP nahelegen könnte.

Wir können also diagnostizieren, ob eine Persönlichkeitsproblematik oder eine Persönlichkeitsstörung vorliegt, und zusätzlich, auf welchem Schweregrad und auf welchem strukturellen Reifegrad diese einzuordnen ist (dimensionale Perspektive). Und wir können angeben, ob Muster erkennbar sind, nach denen sich die Persönlichkeit einordnen lässt (kategoriale Perspektive) – oder eben nicht.

Darüber hinaus können wir ätiopathogenetisch klären, in welchem Mischungsverhältnis die pathogenen Faktoren Konflikt, Struktur und Trauma anzunehmen sind (vgl. Rudolf 2010; Jungclaussen 2018).

Die Notwendigkeit, sich zu »verstecken«, wie in These 2 angenommen, fällt damit weg. Je nach Indikation<sup>11</sup> ist das psychodynamische Behandlungsspektrum sehr umfassend: Es reicht von einem strukturbezogenen sowie konfliktbezogenen Vorgehen in der TP über

---

11 Es sei an dieser Stelle noch einmal darauf hingewiesen, dass die Indikation nicht allein anhand der Diagnostik vorgenommen wird.

ein modifiziertes psychoanalytisches Vorgehen (AP) im Sitzen bis hin zu einem regressions- und übertragungsfördernden psychoanalytischen Vorgehen im Liegen.

Nun steht aber dieser Beitrag unter einer Überschrift, die eigentlich obsolet geworden ist. Das Gutachterverfahren soll zum Ende dieses Jahres abgeschafft werden. Das »Gesetz zur Reform der Psychotherapeuten-ausbildung« (PsychTherAusbRefG) von 2019 enthält den Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), das Antrags- und Gutachterverfahren abzuschaffen, sobald ein neues Modell zur Qualitätssicherung (QS) installiert wurde (DEQS = »datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung«). Das Gesetz setzt für diese Abschaffung eine Frist bis zum 31.12.2022.

Zum Zeitpunkt der Drucklegung dieses Beitrages (August 2022) ist noch nicht klar, wann genau und womit das Antrags- und Gutachterverfahren ersetzt werden soll. Allerdings hat die KBV eine »vorsorgliche« Ausschreibung für die Bewerbung um eine Bestellung als Gutachter:in vorgenommen, sie geht von einem Übergangszeitraum bis 2025 aus, in dem noch Begutachtungen nach dem alten Modell vorgenommen werden. Aber was geschieht danach?

Der Wegfall des GAV hat den vermeintlichen Vorteil für Psychotherapeut:innen, dass sie nicht mehr die Anträge der Patient:innen auf Psychotherapie mit einem Bericht begründen müssen. Sprachverwirrungen und Missverständnisse und auch Kämpfe mit den Gutachter:innen entfallen damit. Mit dem Wegfall des GAV entfällt aber auch die »Vorab-Wirtschaftlichkeitsprüfung«, also die Zusicherung fester Behandlungskontingente für beantragte Behandlungen, ohne eine nachträgliche Regressforderung der Kassen. Bei Zweifeln an der Leistungspflicht müssten Krankenkassen im Anschluss an eine Psychotherapie nach Abschaffung des GAV eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) veranlassen und das Honorar (anteilig) zurückfordern. Psychotherapeut:innen sehen sich

also künftig dem Risiko einer nachträglichen Honorar-Rückforderung in Regressverfahren ausgesetzt.

Dies könnte ernsthafte Konsequenzen für die Versorgung von Menschen mit strukturellen und/oder Persönlichkeitsstörungen haben. Es sind zwei Bewegungslinien als Reaktion auf diese Veränderung denkbar, welche auf jeweils unterschiedliche Weise Nachteile für Patient:innen mit sich brächten:

Auf der einen Seite könnten Psychotherapeut:innen sich genötigt sehen, besonders viele und/oder schwere Diagnosen zu vergeben. Denn eine chronifizierte Störung (wie eine Persönlichkeitsstörung) könnte nachträglich ein höheres Stundenkontingent rechtfertigen. Das könnte vermeidbare Stigmatisierungserfahrungen auf Patient:innenseite nach sich ziehen. Diese Entwicklungen erhalten in Zeiten von Big-Data, also der zunehmend automatisierten Auswertung immenser Daten im Gesundheitssystem, eine besondere Brisanz.

Und auf der anderen Seite könnten sich Psychotherapeut:innen mit der Frage konfrontiert sehen, wie viele »schwere« Fälle sie sich »leisten« können. Wenn bei Persönlichkeitsstörungen aufgrund der notwendig höheren Behandlungsdauer das potenzielle Risiko eines Regresses steigt, dann müssen Psychotherapeut:innen eventuell ihre Behandlungskapazitäten für solche Patient:innengruppen reduzieren, um die wirtschaftliche Existenz ihrer Praxen nicht zu gefährden. Dies wiederum würde für Menschen mit schwereren Störungen den Zugang zur Versorgung mit einer zusätzlichen Hürde versehen.

Schon jetzt wird durch einen Honorarzuschlag von 15% auf die ersten 10 Sitzungen von Kurzzeittherapien ein finanzieller Anreiz geschaffen, mehr kürzere Behandlungen durchzuführen. Dies fördert die Behandlung eher leichter Störungen, welche mit Kurzzeit-Therapie ausreichend behandelbar sind. Der Bonus wird nun mit einem Malus ergänzt, wenn längere Behandlungen mit einer höheren Regressgefahr verknüpft werden.

Paradoxerweise wird damit systematisch die Voraussetzung dafür geschaffen, dass Psychotherapeut:innen dem ihnen entgegengebrachten Vorurteil folgen: dass wir nämlich nur leichte Störungen behandeln würden.

Gerade im Bereich der ambulanten Versorgung von Menschen mit schwereren psychischen Erkrankungen (wie Persönlichkeitsstörungen) ist dieses Vorurteil unzutreffend. Psychotherapeut:innen leisten hier ihren wertvollen Beitrag zur Versorgung auch dieser Patient:innengruppe.

### **Fazit: Freund oder Feind?**

Sprachverwirrungen und begrifflich-konzeptionelle Unschärfe können im Bereich von strukturellen und Persönlichkeitsstörungen dazu führen, dass kognitiv/affektiv ein »Freund/Feind-Schema« aktiviert wird. Das bedeutet im Umkehrschluss aber auch, dass sich die Frage nach »Freund oder Feind« auflösen lässt durch vorurteilsfreie Diagnostik und klarere Theoriesprache. Fachlektüre, Intervision, Supervision, Fortbildung etc. können dazu dienen, miteinander im Dialog die Sprachverwirrungen zu überwinden.

Gegenwärtig ist eine ernsthafte Bedrohung für die Therapie von Persönlichkeitsstörungen – damit eben auch für die Behandlung von Menschen, denen solche Diagnosen zugeordnet werden – erkennbar, die nicht innerhalb des Richtlinien- und Gutachtensystems liegt, sondern von außen kommt. Der Gesetzgeber hat (ohne erkennbaren Einbezug externer Expertise) mit der beschlossenen Abschaffung des GAV Fakten geschaffen, welche die Behandlung dieser Patient:innengruppe erschweren könnten.

Umso wichtiger scheint es daher, im offenen Dialog miteinander auch Einfluss darauf zu nehmen, die Therapie von strukturellen und Persönlichkeitsstörungen innerhalb der Psychotherapierichtlinie fest zu verankern. Dazu sollten die Perspektiven von Patient:innen, Therapeut:innen und Expert:innen zusammengebracht werden.

Wir sollten angesichts der aktuellen Lage erst recht eine ergebnisoffene und sorgfältige Diagnostik von Persönlichkeit und Struktur

vornehmen, auch um öffentlich wahrnehmbar zu machen, welcher Versorgungsbedarf besteht.

Damit letzten Endes diejenigen, die es am meisten benötigen, im Rahmen der Psychotherapierichtlinie und im Gutachtenverfahren vor allem Freunde finden: die Patient:innen.

**Kontakt:** Dr.phil. Lars Hauten, Bergmannstr. 5, 10961 Berlin  
 Prof. Dr. phil. Ingo Jungclaussen, Institut für Psychodynamische Didaktik,  
 Erikastr. 18, 40627 Düsseldorf, E-Mail: info@psy-dak.de

## LITERATUR

- Adler, A. (2007 [1908]). Das Zärtlichkeitsbedürfnis des Kindes. In: A. Adler (Hg.). Persönlichkeit und neurotische Entwicklung. Frühe Schriften. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 77–81. DOI 10.13109/9783666460517:77.
- Adler, A. (2007 [1912]). Über den nervösen Charakter. In: A. Adler (Hg.). Persönlichkeit und neurotische Entwicklung – Frühe Schriften (Studienausgabe Bd1). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Arbeitskreis OPD (Hg.) (2014). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Manual für Diagnostik und Therapieplanung. 3. Auflage. Bern: Huber.
- Dieckmann, M., Becker, M. & Neher, M. (2021). Faber/Haarstrick. Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. 12. Auflage. München: Elsevier.
- Doering, S. & Hörz, S. (Hg.) (2012). Handbuch der Strukturdiagnostik. Stuttgart: Schattauer.
- Faber, F.R. & Haarstrick, R. (1989). Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. Gutachterverfahren in der Psychotherapie. Psychosomatische Grundversorgung. Unter Mitwirkung von Dieter Kallinke. 1. Auflage, dritte Fassung. Neckarsulm/München: Jungjohann Verlagsgesellschaft.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. & Target, M. (2004.) Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Freud, S. (1900). Die Traumdeutung. Band 2/3 in Gesammelte Werke. Frankfurt a. M.: S. Fischer.
- Freud, S. (1942 [1900]). Die Traumdeutung. GW II/III. London: Imago.
- Freud, S. (1975 [1923]). Das Ich und das Es. Studienausgabe Band III. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Hauten, L. (2021). Tiefenpsychologische Psychotherapie (TP). Stuttgart: Schattauer.
- Hauten, L. & Jungclaussen, I. (2022). Das Gutachterverfahren: Ungeliebter Freund. Deutsches Ärzteblatt pp; März (3), 110–112.
- Heigl, F. (1992). Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Jungclaussen, I. (2018). Handbuch Psychotherapie-Antrag: Psychoanalytische Theorie und Ätiologie/PT-Richtlinie/Psychodynamik/Psychogenetische Konflikttabelle/Fallbeispiele. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer.



- Kernberg, O. F. (1996). Ein psychoanalytisches Modell der Klassifizierung von Persönlichkeitsstörungen. In: *Psychotherapeut* 41, 288–296. DOI 10.1007/s002780050037.
- Kohut, H. (1979). *Die Heilung des Selbst*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- König, K. (2011). *Kleine psychoanalytische Charakterkunde*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rafalski, M. (2018). *Empfinden, Intuieren, Fühlen und Denken: Die vier psychischen Grundfunktionen in Psychotherapie und Individuation*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rudolf, G. (2010/2014). *Psychodynamische Psychotherapie. Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma*. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, G. (2020). *Strukturbezogene Psychotherapie (SP). Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. 4. Auflage. Unter Mitarbeit von L. Hauten und J. Ehrenthal. Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, G., Grande, T. & Henningsen, P. (2010). *Die Struktur der Persönlichkeit: Theoretische Grundlagen zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, G. & Henningsen, P. (Hg.) (2017). *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage*. 8. Auflage. Stuttgart: Thieme.
- Rudolf, G. & Jakobsen, T. (2002). Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien im Gutachterverfahren. Gutachterliche Stellungnahmen im Vergleich. *Forum Psychoanalyse*, 18, 381–386. DOI 10.1007/s00451-002-0136-z.
- Rudolf, G., Jakobsen, T., Hohage, R. & Schlösser, A. (2002). Wie urteilen Psychotherapiegutachter? Entscheidungsmuster von Psychotherapiegutachtern auf der Grundlage der Gutachtenkriterienliste. *Psychotherapeut* 47, 249–253. DOI 10.1007/s00278-002-0239-4.
- Sandler, J. & Sandler, A. M. (1999). *Innere Objektbeziehungen: Entstehung und Struktur*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schultz-Hencke, H. (1951). *Lehrbuch der analytischen Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F. & Kernberg, O. F. (2017). *Übertragungsfokussierte Psychotherapie für Borderline-Patienten: Das TFP-Praxismanual. Mit Online-Videos*. Stuttgart: Schattauer.

---

**ABSTRACT:** *The process of outside appraisals in outpatient psychotherapy of personality disorders. Critical reflections from research and practice:* The topic of this issue – »friends and foes in the therapy of personality disorders« – is discussed against the background of practice and research on the process of outside appraisals of coverage of psychotherapy in the German statutory health insurance system. The initial proposition that an incoherent use of the psychodynamic concept of structure leads to misunderstandings in the appraisals process is explained in light of the wide variety of psychoanalytical definitions of structure and with reference to real-life examples of appraisals of applications for coverage for ther-

apy. Differences in dealing with personality disorder diagnoses between psychodynamic psychotherapy and psychoanalytical psychotherapy are presented in the context of empirical research. A more precise distinction between a dimensional and a categorical conceptualization of structure is proposed as a means to combine structural and personality diagnostics. This could contribute to a more coherent application of concepts and theories.

**KEYWORDS:** Gutachterverfahren in Germany; application procedure for psychotherapy; German statutory health insurance system; health policy