



## POSITIONSPAPIER 3

*des Verbandes psychologischer Berater e. V. (VpsyB)*

# Versorgungspolitischer Beitrag

*Psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde in der gestuften Versorgung  
psychischer Gesundheit*

*Komplementarität, Primärprävention, Angehörigenversorgung und Finanzierungswege*

### Verband psychologischer Berater e. V. (VpsyB)

*Association for Non-Medical Counselors*

Federführung:

**Hon.-Prof. Sandra Neumayr-Sopp**

Präsidentin VpsyB e. V.

*Professur für Beratungspsychologie | Macromedia University of Applied Sciences*

Version 1.0 | Von der Ethikkommission genehmigt – verabschiedet durch Vorstand und erweitertes Präsidium

---

#### VpsyB e.V.

Verband psychologischer Berater e.V.  
Association for non-medical counselors

Berberitzenstr 62a - 80935 München  
Präsidentin – Hon. Prof. Sandra Neumayr -Sopp  
Beratungspsychologie

#### Positionspapier 3

7.5.2026  
Version 1.0

© 2026 Verband  
Psychologischer Berater e.V. -  
Alle Rechte vorbehalten

<https://vpsyb.org>  
Tel. +49 (89) 23543044  
Email: [info@vpsyb.org](mailto:info@vpsyb.org)

Seite 1 von 29



## Inhaltsverzeichnis

|  |    |
|--|----|
| Inhaltsverzeichnis.....  | 2  |
| 1. Zusammenfassung und Kernforderungen.....  | 3  |
| 2. Die Belastungslandschaft: Psychische Gesundheit in Deutschland.....   | 5  |
| 3. Die gesellschaftliche Reichweite psychischer Belastung: Empirische Rahmung und systemische Perspektive..... | 6  |
| 4. Das Konzept der gestuften Versorgung psychischer Gesundheit.....  | 10 |
| 5. Die Versorgungslücke im Bereich der subklinischen Belastung und der Angehörigenarbeit.....                  | 12 |
| 6. Primärprävention nach § 20 SGB V als Anschlusspunkt.....  | 14 |
| 7. Komplementarität zur approbierten Psychotherapie.....   | 15 |
| 8. Empirische Evidenz zur Wirksamkeit niederschwelliger Interventionen.....                                    | 16 |
| 9. Finanzierungswege ohne Vermischung mit der Heilkunde.....   | 17 |
| 10. Versorgungsökonomische Argumente einschließlich der Angehörigenebene.....                                  | 19 |
| 11. EAP-Strukturen und Mental Health Guides als versorgungsrelevante Anwendungsfelder.....                     | 21 |
| 12. Internationale Modelle gestufter psychischer Versorgung.....   | 23 |
| 13. Forderungen an Politik, Kostenträger und Selbstverwaltung.....   | 25 |
| 14. Schlussbemerkung und Ausblick.....   | 27 |
| Literaturverzeichnis.....  | 28 |

## 1. Zusammenfassung und Kernforderungen

Die psychische Gesundheit ist in Deutschland ein zentrales Versorgungsthema. Die Belastungen der Bevölkerung sind hoch: Wie in Kapitel 3 dieses Papiers ausgeführt, gelten nach Angaben der DGPPN rund 17,8 Millionen Menschen in Deutschland als psychisch erkrankt. Hinzu kommen Millionen von Angehörigen, die in relevanter Weise mitbetroffen sind, sowie Personen mit subklinischer Belastung in Lebenskrisen, in Trauerprozessen, in biografischen Übergängen, im Klimakterium und in der Bewältigung von Mehrgenerationenkonflikten. Die Wartezeiten auf einen approbierten Psychotherapieplatz sind chronisch lang.

In dieser Lage wirkt die psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde. Sie ist Primärprävention im Sinne der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation. Sie entlastet das spezialisierte Versorgungssystem, weil sie Menschen mit subklinischer Belastung professionell begleitet, ohne sie in eine medizinische Karriere zu drängen, die sie weder benötigen noch wollen. Sie ist ergänzend zur approbierten Psychotherapie, nicht konkurrierend; sie ersetzt keine bewilligte Behandlung; sie ist auf gesunde Menschen mit Entwicklungs-, Klärungs- und Bewältigungsbedarf gerichtet – einschließlich der Angehörigen psychisch und dementiell Erkrankter.

Das vorliegende Positionspapier legt die versorgungspolitische Funktion der psychologischen Beratung außerhalb der Heilkunde im Detail dar, ordnet sie in das Konzept der gestuften Versorgung ein, präsentiert die empirische Evidenz zur Wirksamkeit niederschwelliger psychosozialer Interventionen, beschreibt die geeigneten Finanzierungswege ohne Vermischung mit der Heilkunde und entwickelt versorgungsökonomische Argumente einschließlich der Angehörigenebene und der EAP-Strukturen in der Arbeitswelt. Es richtet sich primär an die Kostenträger (GKV-Spitzenverband, Ersatzkassen, gesetzliche Krankenversicherer, private Krankenversicherer, Beihilfe), an das Bundesgesundheitsministerium und an die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen.

### Kernforderungen

**1. Anerkennung der psychologischen Beratung außerhalb der Heilkunde als versorgungsrelevante Tätigkeit im Bereich der Primärprävention und der Gesundheitsförderung – insbesondere in der Begleitung von Menschen in Lebenskrisen, Trauerprozessen, biografischen Übergängen und der Mitbetroffenheit von Erkrankungen anderer.**

**2. Aufnahme der psychologischen Beratung außerhalb der Heilkunde als förderfähige Leistung in den Präventionsleitfaden des GKV-Spitzenverbandes nach § 20 Abs. 2 SGB V im**



Bereich der individuellen verhaltensbezogenen Prävention, sofern die Anbieter die Qualifikationsstandards der VpsyB-Zertifizierung (mindestens Stufe Professional) erfüllen.

3. Etablierung eines spezifischen Förderzugangs für die Beratung von Angehörigen psychisch erkrankter und dementiell erkrankter Menschen, deren versorgungspolitische Bedeutung in den bestehenden Strukturen unzureichend abgebildet ist.

4. Berücksichtigung der psychologischen Beratung außerhalb der Heilkunde in den Bonusprogrammen, Satzungsleistungen und EAP-Strukturen sowie Mental Health Guides – mit der Verbandszertifizierung als verbindlichem Qualifikationsstandard, um die qualifikatorische Lücke gegenüber unspezifischen Coachinganbietern zu schließen.

5. Strikte Trennung der Finanzierungswege: Keine Aufnahme der psychologischen Beratung außerhalb der Heilkunde in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung im engeren Sinne, da sie keine Heilkunde ist und ihre Finanzierung andere Wege erfordert.

6. Aufbau formalisierter Verweisstrukturen zwischen approbierter Psychotherapie und psychologischer Beratung außerhalb der Heilkunde, mit dem Ziel der wechselseitigen Entlastung und der adäquaten Versorgungssteuerung.

## 2. Die Belastungslandschaft: Psychische Gesundheit in Deutschland

### 2.1 Empirische Befunde zur psychischen Belastung der Bevölkerung

Die psychische Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland ist seit Jahren Gegenstand systematischer Forschung. Das Robert Koch-Institut hat in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) und im DEGS-Modul psychische Gesundheit umfangreiche Daten erhoben. Die Befunde der DEGS-Studien und der vergleichbaren europäischen Erhebungen zeichnen ein differenziertes Bild: Die Zahl der Personen mit subklinischer Belastung übersteigt die Zahl der Personen mit klinisch manifester Erkrankung erheblich. Die Größenordnungen werden in Kapitel 3 dieses Papiers ausführlich entfaltet.

### 2.2 Psychische Erkrankungen als Ursache von Arbeitsunfähigkeit

In den jährlichen Berichten der gesetzlichen Krankenkassen zur Arbeitsunfähigkeit zählen psychische Erkrankungen seit Jahren zu den führenden AU-Ursachen. Sie verursachen überdurchschnittlich lange AU-Zeiten, einen wesentlichen Anteil der Frühverrentungen wegen Erwerbsminderung und erhebliche volkswirtschaftliche Kosten. Diese Statistiken erfassen die Spitze des Eisbergs; sie erfassen nicht den größeren Anteil, der unterhalb der klinischen Schwelle bleibt.

### 2.3 Verschiebung der Krankheitslandschaft

Eine systematische Verschiebung der Krankheitslandschaft hin zu chronischen, multifaktoriellen und mit der Lebensführung verbundenen Beschwerdebildern ist seit Jahrzehnten dokumentiert. Demografische Veränderungen, gesellschaftliche Anforderungen, arbeitsweltliche Verdichtung und Veränderungen der sozialen Sicherungssysteme tragen dazu bei. Diese Verschiebung verlangt eine entsprechende Verschiebung in der Versorgungsarchitektur.

### 2.4 Strukturelle Versorgungsknappheit in der Psychotherapie

Die strukturelle Knappheit in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ist seit Jahren empirisch dokumentiert. Die Bundespsychotherapeutenkammer hat in mehreren Erhebungen Wartezeiten von durchschnittlich mehreren Monaten dokumentiert, in strukturschwachen Regionen und bei spezifischen Indikationen deutlich länger. Diese Knappheit ist nicht durch einzelne Reformen kurzfristig auflösbar.

### 3. Die gesellschaftliche Reichweite psychischer Belastung: Empirische Rahmung und systemische Perspektive

Die Tragweite des Tätigkeitsfeldes der psychologischen Beratung außerhalb der Heilkunde wird erst dann deutlich, wenn man die empirischen Größenordnungen psychischer Belastung in der deutschen Bevölkerung zur Kenntnis nimmt. Aktuelle Zahlen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) verdeutlichen die gesellschaftliche Reichweite psychischer Erkrankungen: Rund 17,8 Millionen Menschen in Deutschland gelten als psychisch erkrankt – das entspricht etwa 27,8 Prozent der Bevölkerung. Diese Zahl bezeichnet allein die Personen, die selbst die Kriterien einer psychischen Erkrankung im klinischen Sinne erfüllen.

Eine versorgungspolitisch und beratungsfachlich angemessene Betrachtung darf jedoch nicht bei den unmittelbar Betroffenen stehenbleiben. Psychische Erkrankungen wirken systemisch in das soziale Umfeld hinein. Sie betreffen Partnerinnen und Partner, Eltern und erwachsene Kinder, Geschwister und Freundeskreise, Kolleginnen und Kollegen. Diese Mitbetroffenheit ist nicht ein bloßes Echo der Erkrankung, sondern eine eigenständige Belastungslage mit eigenständigem Beratungsbedarf.

#### 3.1 Hochrechnung der Mitbetroffenheit bei psychischen Erkrankungen

Setzt man – rein hypothetisch und konservativ – an, dass jede betroffene Person im Durchschnitt 1,5 Angehörige in relevanter Mitbetroffenheit hat, ergibt sich eine Größenordnung von rund 25 Millionen Angehörigen. Damit wären – direkt oder indirekt – mehr als 40 Millionen Menschen in Deutschland berührt: nicht nur durch Sorge, sondern durch dauerhafte Belastung, durch Rollenkonflikte, durch Stigmatisierung und durch den Verlust eines unbeschwerten Alltags. Nicht selten stehen diese Angehörigen ihrerseits an einer Schwelle zur eigenen Erschöpfung oder zu einer eigenen psychischen Erkrankung.

Diese Hochrechnung ist methodisch eine Schätzung; sie beansprucht keine epidemiologische Präzision. Aber selbst eine deutlich konservativere Annahme würde eine Größenordnung im zweistelligen Millionenbereich ergeben. Die strukturelle Aussage ist robust: Die Mitbetroffenheit der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen ist quantitativ ein Massenphänomen und qualitativ eine eigenständige Belastungsdimension.

#### 3.2 Hochrechnung der Mitbetroffenheit bei dementiellen Erkrankungen

Ein ähnliches Muster zeigt sich bei dementiellen Erkrankungen. Für Deutschland wird häufig eine Größenordnung von rund 1,84 Millionen Betroffenen genannt, was etwa 2,2 Prozent der Bevölkerung entspricht. Die systemische Perspektive ist hier besonders entscheidend, weil Demenz selten nur die

erkrankte Person betrifft, sondern Angehörige in eine langfristige Mitverantwortung führt, die ihrerseits gesundheitliche Risiken erhöht.

Setzt man – wiederum hypothetisch – pro betroffener Person 2,5 eng involvierte Angehörige an (etwa pflegender Partner oder pflegende Partnerin, erwachsenes Kind, gegebenenfalls weitere nahe Bezugspersonen) und ergänzt konservativ eine weitere Mitbetroffenheit der nächsten Generation, ergibt sich eine Größenordnung von rund 4,6 Millionen Menschen, also etwa 5,5 Prozent der Bevölkerung, die in Pflege-, Sorge- und Mitverantwortungsstrukturen eingebunden sind. Auch diese Hochrechnung ist eine Schätzung, deren Größenordnung jedoch durch die Empirie der Pflegeforschung gestützt wird.

### 3.3 Die Belastungsdimensionen der Mitbetroffenheit

Mitbetroffenheit ist nicht nur organisatorisch. Sie ist häufig psychisch und körperlich hoch belastend. Die typischen Belastungsdimensionen der Angehörigen psychisch erkrankter und dementieller Menschen sind in der Versorgungsforschung gut dokumentiert:

- Chronischer Stress durch dauerhafte Sorge, durch unvorhersehbare Verläufe und durch die Notwendigkeit kontinuierlicher Aufmerksamkeit.
- Überforderung durch parallele Anforderungen aus Beruf, Familie, Pflege und eigener Lebensgestaltung, häufig ohne ausreichende Entlastungsstrukturen.
- Hilflosigkeit angesichts der begrenzten Beeinflussbarkeit der Erkrankung und der eigenen Unterstützungsmöglichkeiten.
- Schuld- und Schamgefühle, die aus internalisierten Stigmatisierungen, aus Beziehungsdynamiken und aus der eigenen Begrenztheit erwachsen.
- Soziale Isolation durch reduzierte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, durch Stigmatisierungserfahrungen und durch zeitliche Inanspruchnahme.
- Vorgezogene Trauer (anticipatory grief) als spezifische Belastung bei progredienten oder chronisch verlaufenden Erkrankungen, in der Trauerprozesse einsetzen, bevor der Verlust formell eingetreten ist.

Diese Belastungen sind in der Regel subklinisch – sie erfüllen also nicht die Kriterien einer psychischen Erkrankung im engeren diagnostischen Sinne. Aber sie sind nicht harmlos: Unbearbeitet können sie selbst in klinisch manifeste Erkrankungen übergehen und damit die Zahl der psychisch Erkrankten weiter erhöhen. Die Versorgungsforschung dokumentiert für pflegende Angehörige und für

Angehörige psychisch Erkrankter deutlich erhöhte Risiken für Depression, Angststörungen, Erschöpfungssyndrome und somatische Folgeerkrankungen.

### 3.4 Die versorgungspolitische Konsequenz

Aus der Verbindung beider Hochrechnungen – psychisch Erkrankte und dementiell Erkrankte mit ihren jeweiligen Angehörigen – ergibt sich eine versorgungspolitisch bedeutsame Größenordnung. Wenn man die Personen, die selbst klinisch erkrankt sind, mit den in relevanter Weise mitbetroffenen Angehörigen zusammenführt, erreicht das Tätigkeitsfeld der psychischen Gesundheitsversorgung in einem weiten Verständnis über die Hälfte der deutschen Bevölkerung. Diese Größenordnung darf nicht durch eine Versorgungsarchitektur beantwortet werden, die ausschließlich auf die ärztlich-psychotherapeutische Behandlung der unmittelbar Erkrankten zugeschnitten ist.

Die Angehörigen sind in der Regel selbst nicht klinisch erkrankt; sie suchen typischerweise auch keine ärztlich-psychotherapeutische Behandlung, weil sie die Schwelle der Eigeninanspruchnahme als Patientin oder Patient nicht überschreiten wollen oder können. Sie suchen aber – und das in zunehmendem Umfang – qualifizierte beraterpsychologische Begleitung, die ihre subklinische Belastung professionell aufgreift, ohne sie zu pathologisieren. Diese Begleitung ist genau das Tätigkeitsprofil der psychologischen Beratung außerhalb der Heilkunde.

### 3.5 Spezifische Anlässe der Angehörigenberatung

Die Beratung von Angehörigen umfasst eine Vielzahl spezifischer Anlässe, die sich in der Praxis wiederkehrend zeigen:

- Begleitung von Angehörigen psychisch erkrankter Menschen in Phasen akuter Krisen, in der Bewältigung des Alltags und in der Strukturierung der eigenen Belastungsgrenzen.
- Begleitung von pflegenden Angehörigen dementiell erkrankter Menschen, einschließlich der vorgezogenen Trauer, der Schuldgefühle bei Pflegeentscheidungen und der Reorganisation der eigenen Lebensplanung.
- Beratung in Mehrgenerationenkonflikten, in denen Verantwortung für ältere Angehörige, Erziehungsaufgaben für eigene Kinder und berufliche Anforderungen aufeinanderprallen (Sandwich-Generation).
- Familien- und Paarberatung in Konstellationen, in denen die Erkrankung oder Belastung eines Familienmitglieds das Beziehungsgefüge insgesamt belastet und Klärungsbedarf entsteht.

- Begleitung in Lebenskrisen, in Trauerprozessen und in Phasen tiefgreifender Veränderungen wie Trennung, Verrentung, Verlust nahestehender Personen oder existenzieller Umorientierung.
- Beratung in Phasen biografischer Umbrüche wie dem Klimakterium, in denen körperliche, psychische und soziale Veränderungsprozesse zusammentreffen und nicht selten als Belastung erlebt werden, die der professionellen Klärung bedarf, ohne den Krankheitswert zu erreichen.
- Beratung im Umgang mit Einsamkeit, die als gesellschaftliches Phänomen quer durch alle Altersgruppen zunimmt und sowohl bei jüngeren Erwachsenen in Übergangsphasen als auch bei älteren Menschen nach Verlusten ein zentrales Beratungsanliegen darstellt.

Diese Anlässe sind nicht Randthemen einer Beratungspraxis, sondern ihr Kernbereich. Sie machen einen erheblichen Anteil der Inanspruchnahme aus und sie repräsentieren genau jene subklinischen Belastungslagen, die in der approbierten Heilkundeversorgung weder indiziert noch sinnvoll bearbeitet werden können.

### 3.6 Schlussfolgerung: Strukturelle Notwendigkeit, kein Randthema

Genau aus diesen Gründen ist die psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde kein Randthema, sondern ein gesellschaftlich relevantes Feld, das Prävention, psychosoziale Unterstützung und qualitätsgesicherte Beratung nicht als Nice-to-have, sondern als strukturelle Notwendigkeit ausweist. Die Größenordnung der unmittelbar und mittelbar betroffenen Bevölkerung übersteigt die Kapazitäten der approbierten Heilkundeversorgung um ein Vielfaches und erfordert eine differenzierte Versorgungsarchitektur, in der die psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde eine eigenständige und unverzichtbare Rolle spielt.

Die strategischen Konsequenzen aus dieser Lage werden in den weiteren Kapiteln dieses Papiers entfaltet. Die Größenordnung selbst gehört aber an den Anfang jeder Argumentation: Wer die Reichweite psychischer Belastung in Deutschland kennt, kann die Notwendigkeit einer qualifizierten Stufe-2-Versorgung nicht ernsthaft bestreiten.

## 4. Das Konzept der gestuften Versorgung psychischer Gesundheit

### 4.1 Gestufte Versorgung als Gestaltungsprinzip

Das Konzept der gestuften Versorgung (stepped care) ist in der internationalen Versorgungsforschung etabliert. Es geht von der Annahme aus, dass die Intensität und die Spezialisierung der Versorgung an die Schwere und Komplexität der Belastung angepasst sein sollten. Niederschwellige Belastungen werden durch niederschwellige Interventionen begleitet; spezialisierte Behandlungen sind für klinisch manifeste Erkrankungen vorgesehen. Eine gestufte Versorgung vermeidet sowohl Unterversorgung (durch unzureichende Beratungsangebote für subklinische Belastung) als auch Überversorgung (durch Pathologisierung normaler Lebensanliegen).

### 4.2 Die Stufenarchitektur in der psychischen Gesundheitsversorgung

Eine differenzierte Stufenarchitektur in der psychischen Gesundheitsversorgung umfasst typischerweise die folgenden Ebenen:

- Stufe 0: Selbstmanagement und niederschwellige Information (Bibliotherapie, digitale Selbsthilfe, Aufklärungsmaterialien, Selbsthilfegruppen).
- Stufe 1: Beratung im hausärztlichen oder allgemeinmedizinischen Setting, niederschwellige psychosoziale Begleitung im Rahmen sozialer Dienste.
- Stufe 2: Professionelle Beratung außerhalb der Heilkunde – die Domäne der psychologischen Beratung außerhalb der Heilkunde, einschließlich der Angehörigenarbeit, der Lebenskrisen-, Trauer- und Übergangsbegleitung.
- Stufe 3: Approbierte ambulante Psychotherapie nach Richtlinienverfahren der GKV.
- Stufe 4: Spezialisierte ambulante Psychiatrie und Psychotherapie für komplexere oder chronische Verläufe.
- Stufe 5: Stationäre psychiatrische und psychosomatische Behandlung.

Diese Stufenarchitektur ist nicht starr; in der Praxis sind Übergänge fließend. Wichtig ist die strukturelle Differenzierung, die die jeweilige Stufe in ihrer Eigenständigkeit anerkennt.

### 4.3 Die Position der psychologischen Beratung außerhalb der Heilkunde

Die psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde nimmt in dieser Architektur die Stufe 2 ein. Sie ist niederschwelliger und fachlich anders gelagert als die approbierte Psychotherapie der Stufe 3, aber sie ist substantieller und fachlich anspruchsvoller als die Stufe-1-Versorgung. Sie ist die Stufe, auf der



Personen ohne klinisch manifeste Erkrankung professionelle Begleitung erhalten – ein Versorgungssegment, das in der deutschen Versorgungsarchitektur bisher unzureichend strukturiert ist.

## 5. Die Versorgungslücke im Bereich der subklinischen Belastung und der Angehörigenarbeit

### 5.1 Die Versorgungslücke in der subklinischen Belastung

Die strukturelle Versorgungslücke in der deutschen Versorgungsarchitektur betrifft den Bereich der subklinischen Belastung. Personen, die belastet sind, aber nicht klinisch erkrankt, fallen häufig durch das Versorgungsraster: Die hausärztliche Versorgung ist für komplexere Beratungsanliegen kapazitiv und fachlich nicht ausreichend ausgestattet. Die approbierte Psychotherapie ist für nicht-erkrankte Personen indikatorisch nicht zugänglich und kapazitiv ohnehin überlastet. Eine professionell qualifizierte Stufe-2-Versorgung – die psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde – ist in der Versorgungsarchitektur bisher nur unzureichend institutionell verankert.

Die Folge ist, dass subklinische Belastungen häufig entweder unbearbeitet bleiben (mit erhöhtem Chronifizierungsrisiko) oder unsachgemäß bearbeitet werden (durch unqualifizierte Coaching- und Lebensberatungsangebote). Beide Wege sind versorgungspolitisch problematisch. Eine professionell qualifizierte und systematisch verankerte Stufe-2-Versorgung würde diese Lücke schließen.

### 5.2 Die spezifische Versorgungslücke in der Angehörigenarbeit

Eine besonders ausgeprägte Versorgungslücke besteht im Bereich der Angehörigenberatung. Wie in Kapitel 3 dieses Papiers ausführlich dargelegt, ist die Größenordnung der Angehörigen psychisch und dementiell Erkrankter erheblich – sie liegt in einer Dimension, die durch die existierenden Versorgungsstrukturen nicht annähernd abgedeckt ist. Angehörige stoßen typischerweise auf eine Reihe struktureller Hindernisse:

- Sie sind in der Regel selbst nicht klinisch erkrankt und haben deshalb keinen Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich der Heilkunde.
- Sie nehmen sich selbst häufig nicht als hilfebedürftig wahr; sie verstehen sich als Unterstützende der erkrankten Person, nicht als Bedürftige eigener Unterstützung.
- Wenn sie professionelle Begleitung suchen, finden sie ein heterogenes Feld unspezifischer Angebote ohne klare Qualifikationsstandards.
- Die spezifischen Belastungsdimensionen der Mitbetroffenheit – chronischer Stress, Hilflosigkeit, Schuld- und Schamgefühle, vorgezogene Trauer – erfordern besondere Beratungskompetenz, die in unspezifischen Angeboten nicht systematisch gewährleistet ist.

Die psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde mit Verbandszertifizierung ist genau das fachlich angemessene Format für diese Versorgungsaufgabe. Die spezifischen Anforderungen der Angehörigenberatung sind in den berufsethischen Richtlinien des VpsyB verankert (siehe Positionspapier 2). Die Etablierung einer förderfähigen Angehörigenberatung mit klaren Qualifikationsstandards ist eine versorgungspolitische Notwendigkeit.

### 5.3 Die Versorgungslücke in der Übergangsbegleitung

Eine vergleichbare Versorgungslücke besteht in der Begleitung biografischer Übergänge. Lebenskrisen, Trauerprozesse, das Klimakterium, die Verrentung, Mehrgenerationenkonflikte und Familien- und Paaranliegen sind klassische Anlässe der psychologischen Beratung außerhalb der Heilkunde. Sie werden in der approbierten Psychotherapie nur dann bearbeitet, wenn sie zu einer Indikation im Sinne der Richtlinien führen – was in der Regel eine Pathologisierung erfordert, die der Lebenssituation nicht gerecht wird.

Die professionelle Begleitung dieser Übergänge in einem niederschweligen, qualifikatorisch ausgewiesenen Format ist eine versorgungspolitische Aufgabe, die die psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde wahrnimmt. Ihre versorgungspolitische Anerkennung und Förderung ist überfällig.

## 6. Primärprävention nach § 20 SGB V als Anschlusspunkt

### 6.1 Der gesetzliche Auftrag der Primärprävention

Nach § 20 SGB V haben die gesetzlichen Krankenkassen einen Auftrag zur primären Prävention und zur Gesundheitsförderung. Sie sollen Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns ihrer Versicherten erbringen. Der GKV-Spitzenverband legt im Präventionsleitfaden fest, welche konkreten Leistungen gefördert werden können.

Im Bereich der individuellen verhaltensbezogenen Prävention werden derzeit insbesondere Leistungen in den Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung und Suchtprävention gefördert. Die psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde ist in diesem Förderkatalog bisher nicht systematisch berücksichtigt – obwohl sie genau die Handlungsfelder bedient, die im Bereich der psychischen Gesundheit präventionspolitisch zentral sind.

### 6.2 Die fachliche Anschlussfähigkeit

Die psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde ist fachlich genuin Primärprävention im Sinne der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation. Sie wendet sich an gesunde Menschen mit dem Ziel der Stärkung der Bewältigungsfähigkeit, der Aktivierung von Ressourcen und der Verhinderung von Chronifizierungen. Sie ist in ihren methodischen Grundlagen wissenschaftlich fundiert (siehe Positionspapier 1) und in ihrer berufsständischen Selbstregulierung qualitätsgesichert (siehe Positionspapier 2).

Eine Aufnahme der psychologischen Beratung außerhalb der Heilkunde – mit der VpsyB-Zertifizierung als verbindlichem Qualifikationsstandard – in den Präventionsleitfaden des GKV-Spitzenverbandes wäre eine versorgungspolitisch sinnvolle Erweiterung des bestehenden Förderkatalogs. Sie würde eine bestehende Versorgungslücke schließen und die Stufe-2-Versorgung systematisch stärken.

### 6.3 Konkrete Förderzugänge

Konkrete Förderzugänge im Rahmen des § 20 SGB V umfassen Gruppenangebote zur Stressbewältigung und zur Resilienzförderung, individuelle verhaltensbezogene Beratungsangebote in spezifischen Belastungssituationen, lebensweltbezogene Programme in Settings wie Kommunen, Schulen, Hochschulen und Pflegeeinrichtungen sowie zielgruppenspezifische Programme für besondere Belastungsgruppen wie Angehörige psychisch und dementiell Erkrankter, pflegende Angehörige und Personen in biografischen Übergängen.

## 7. Komplementarität zur approbierten Psychotherapie

### 7.1 Komplementarität, nicht Konkurrenz

Die psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde ist zur approbierten Psychotherapie komplementär, nicht konkurrierend. Beide Berufsfelder haben eigenständige Aufgaben, eigenständige Adressaten und eigenständige Methoden. Die Komplementarität wird strukturell durch die Verweispflicht der Beratenden gesichert; sie wird inhaltlich durch die unterschiedlichen Indikationsbereiche markiert.

### 7.2 Die wechselseitige Entlastung

Eine systematisch entwickelte Komplementarität entlastet beide Berufsfelder. Die approbierte Psychotherapie wird entlastet, weil Personen mit subklinischer Belastung nicht in eine Behandlung gedrängt werden, die für sie nicht indiziert ist. Die psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde wird entlastet, weil Personen mit klinischer Indikation rechtzeitig an die approbierten Stellen verwiesen werden, ohne dass die Beratung in Heilkundeüberschreitung gerät. Beide Berufsfelder gewinnen an Klarheit, an Profilbildung und an Versorgungsqualität.

### 7.3 Formalisierte Verweisstrukturen

Die wechselseitige Entlastung gelingt nur dann, wenn die Verweisstrukturen formalisiert sind. Der VpsyB strebt deshalb den fachlichen Dialog mit den Berufsverbänden der approbierten Psychotherapie an – mit dem Ziel der Entwicklung gemeinsamer Standards für Verweissituationen, mit der Klärung von Grauzonen und mit der gegenseitigen Anerkennung der Eigenständigkeit der Berufsfelder.

## 8. Empirische Evidenz zur Wirksamkeit niederschwelliger Interventionen

### 8.1 Internationale Forschungsbefunde

Die internationale Forschung zur Wirksamkeit niederschwelliger psychosozialer Interventionen ist umfangreich und methodisch zunehmend differenziert. Metaanalysen zu Brief Counseling, Brief Psychological Therapies und Counseling im weiteren Sinne dokumentieren substantielle Wirksamkeitsbefunde – sowohl bei der Reduktion subklinischer Belastung als auch bei der Verhinderung von Chronifizierungen. Die Effektstärken sind in der Regel kleiner als bei der spezifischen Psychotherapie klinischer Erkrankungen, aber sie sind robust und sie sind kosteneffektiv.

Die Wirksamkeitsforschung umfasst auch spezifische Anwendungsfelder der Beratung: Trauerbegleitung, Beratung in Lebenskrisen, Familien- und Paarberatung, Begleitung pflegender Angehöriger und Beratung in beruflichen Belastungssituationen. Für die meisten dieser Anwendungsfelder liegen positive Wirksamkeitsbefunde vor, wengleich die methodische Qualität der Studien variiert.

### 8.2 Die deutsche Evidenzlage

Die deutsche Evidenzlage zur Wirksamkeit der psychologischen Beratung außerhalb der Heilkunde ist demgegenüber unterentwickelt. Es gibt bisher keine systematische Begleitforschung, die die Versorgungspraxis im engeren Sinne abbildet. Diese Lücke wird mit der PsyBer-Survey-Studie des VpsyB systematisch geschlossen (siehe Positionspapier 2). Die Studie umfasst spezifisch auch die Wirksamkeitserfassung in den anspruchsvollen Anwendungsfeldern – Angehörigenberatung, Trauerbegleitung, Beratung in Lebenskrisen und biografischen Übergängen.

### 8.3 Versorgungsforschung und Implementation Science

Eine systematische Begleitforschung zur Versorgungspraxis – und nicht nur zur Wirksamkeit unter idealen Bedingungen – ist versorgungspolitisch zentral. Sie liefert die empirische Grundlage für versorgungspolitische Entscheidungen. Sie ermöglicht die fortlaufende Verbesserung der Versorgungsqualität. Sie schafft die Voraussetzungen für eine evidenzbasierte Diskussion zwischen Berufsstand, Kostenträgern und Politik.

## 9. Finanzierungswege ohne Vermischung mit der Heilkunde

### 9.1 Strikte Trennung der Finanzierungswege

Die Finanzierung der psychologischen Beratung außerhalb der Heilkunde darf nicht über den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung im engeren Sinne erfolgen. Eine solche Aufnahme würde die Tätigkeit fälschlich in den Heilkundebereich verschieben und damit die berufsrechtliche Architektur (siehe Positionspapier 1) verletzen. Sie ist auch versorgungspolitisch nicht erforderlich, weil andere Finanzierungswege zur Verfügung stehen, die der Eigenständigkeit der Tätigkeit gerecht werden.

### 9.2 Förderung über § 20 SGB V

Der primärpräventive Förderzugang über § 20 SGB V ist der zentrale Anschlusspunkt für die Krankenkassenbeteiligung an der Finanzierung. Er ermöglicht die Förderung präventiver und gesundheitsförderlicher Leistungen, ohne diese in den Heilkundebereich zu integrieren. Die konkreten Förderwege umfassen die individuelle verhaltensbezogene Prävention, die Settingprävention in Lebenswelten und die zielgruppenspezifische Förderung besonderer Belastungsgruppen.

### 9.3 Bonusprogramme, Satzungsleistungen und Wahltarife

Krankenkassen können im Rahmen ihrer Bonusprogramme, Satzungsleistungen und Wahltarife Leistungen der psychologischen Beratung außerhalb der Heilkunde fördern, ohne den Leistungskatalog im engeren Sinne zu berühren. Diese Förderwege sind kassenindividuell ausgestaltbar und ermöglichen eine differenzierte Versorgungsgestaltung.

### 9.4 Arbeitgeberfinanzierung in EAP-Strukturen

Ein wesentlicher Finanzierungsweg liegt in der arbeitgeberfinanzierten Beratung im Rahmen von Employee Assistance Programs und Mental Health Guides. Diese Strukturen sind eine versorgungsökonomisch sinnvolle Form der Stufe-2-Versorgung am Arbeitsplatz; sie werden in Kapitel 11 dieses Papiers gesondert behandelt und in Positionspapier 5 ausführlich entfaltet.

### 9.5 Selbstzahlung und Eigenanteil

Ein Teil der psychologischen Beratung außerhalb der Heilkunde wird – und soll auch weiterhin – durch Selbstzahlung der Klientinnen und Klienten finanziert werden. Diese Selbstzahlung ist mit der Eigenverantwortung der Klientinnen und Klienten kompatibel und ermöglicht einen niedrighschwelligsten, formal nicht durch institutionelle Anträge belasteten Zugang.



## 9.6 Sozialhilfeträger und kommunale Förderung

Sozialhilfeträger und kommunale Stellen können niederschwellige Beratungsangebote für besonders belastete Bevölkerungsgruppen finanzieren. Solche Angebote bestehen vielerorts bereits in Trägerschaft der Caritas, der Diakonie, der AWO, des DRK und anderer Wohlfahrtsverbände. Eine systematische qualifikatorische Strukturierung dieser Angebote – mit der VpsyB-Zertifizierung als Referenzstandard – würde die Versorgungsqualität deutlich heben.

## 10. Versorgungsökonomische Argumente einschließlich der Angehörigenebene

### 10.1 Versorgungsökonomische Logik

Die versorgungsökonomische Logik der gestuften Versorgung ist eindeutig: Niederschwellige Belastungen sollen niederschwellig versorgt werden; spezialisierte Behandlungen sollen für klinische Erkrankungen reserviert bleiben. Eine systematisch verankerte Stufe-2-Versorgung entlastet die Stufe-3- und Stufe-4-Versorgung von Inanspruchnahmen, die dort weder indiziert noch sachgerecht aufgehoben sind. Sie reduziert dadurch die Wartezeiten in der spezialisierten Versorgung und verbessert die Versorgungsqualität insgesamt.

### 10.2 Die Kosten unbearbeiteter subklinischer Belastung

Unbearbeitete subklinische Belastung ist nicht kostenneutral. Sie führt mit erhöhter Wahrscheinlichkeit zu Chronifizierungen, zu klinisch manifesten Erkrankungen, zu Arbeitsunfähigkeit und gegebenenfalls zu Frühverrentungen. Die volkswirtschaftlichen Kosten dieser Chronifizierungen sind erheblich; sie überschreiten die Kosten einer rechtzeitigen niederschweligen Beratung um ein Vielfaches.

### 10.3 Die Angehörigenebene als ökonomischer Faktor

Die ökonomische Bedeutung der Angehörigenarbeit ist in der bisherigen Versorgungsökonomie unterbelichtet. Wie in Kapitel 3 dieses Papiers entfaltet, ist die Größenordnung der Angehörigen psychisch und dementiell Erkrankter erheblich. Diese Angehörigen tragen wesentliche Anteile der gesellschaftlichen Versorgungslast – sie betreuen, pflegen, unterstützen, organisieren. Wenn sie durch chronische Überlastung selbst erkranken, entstehen Folgekosten, die die approbierte Versorgung trifft.

Eine professionelle Beratung pflegender und mitbetroffener Angehöriger ist deshalb versorgungsökonomisch hoch effizient. Sie stabilisiert die Bewältigungsfähigkeit der Angehörigen, sie reduziert das Risiko der Sekundärerkrankung, sie sichert die Pflegeleistung in der häuslichen Umgebung und sie reduziert dadurch die Wahrscheinlichkeit kostenintensiver Heimeinweisungen. Die Investition in qualifizierte Angehörigenberatung amortisiert sich versorgungsökonomisch in der Regel mehrfach.

## 10.4 Die Arbeitsebene

Auch in der Arbeitswelt ist die versorgungsökonomische Logik eindeutig. Beschäftigte mit subklinischer Belastung verursachen substantielle Produktivitätsverluste – durch Präsentismus, durch erhöhte Fehlzeiten, durch Konflikte und durch reduzierte Arbeitsqualität. Eine niederschwellige, qualifizierte Beratung über EAP-Strukturen reduziert diese Verluste deutlich. Die ausführliche versorgungsökonomische Argumentation für die Arbeitswelt findet sich in Positionspapier 5.

## 10.5 Versorgungsökonomische Studien als Forschungsdesiderat

Eine systematische versorgungsökonomische Begleitforschung zur psychologischen Beratung außerhalb der Heilkunde – einschließlich der Berechnung von Return-on-Investment-Effekten in EAP-Strukturen, der Vermeidung von Heimeinweisungen durch Angehörigenberatung und der Reduktion der Inanspruchnahme spezialisierter Versorgung durch rechtzeitige Stufe-2-Versorgung – ist ein zentrales Forschungsdesiderat. Die PsyBer-Survey-Studie liefert dazu erste Bausteine; eine systematische Erweiterung in Kooperation mit Kostenträgern wäre wünschenswert.

## 11. EAP-Strukturen und Mental Health Guides als versorgungsrelevante Anwendungsfelder

### 11.1 EAP und Mental Health Guides als Stufe-2-Versorgung am Arbeitsplatz

Employee Assistance Programs (EAP) und Mental Health Guides sind versorgungspolitisch hoch relevante Anwendungsfelder der psychologischen Beratung außerhalb der Heilkunde. Sie etablieren die Stufe-2-Versorgung am Arbeitsplatz – also genau dort, wo die Belastung entsteht und wo die Schwelle zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe niedrig gehalten werden kann. Sie sind aus versorgungspolitischer Sicht eine ideale Ergänzung der bestehenden Versorgungsarchitektur.

Die Reichweite dieser Strukturen ist erheblich. In einem Land mit über 45 Millionen Erwerbstätigen sind EAP und Mental Health Guides potenziell die wirksamste Form der niederschweligen psychischen Gesundheitsversorgung. Ihre versorgungspolitische Aufwertung – durch klare Qualifikationsstandards, durch verbindliche Berufsethik, durch transparente Beschwerdestrukturen – ist eine versorgungspolitische Aufgabe, die nicht der einzelnen Unternehmung allein überlassen werden kann.

### 11.2 Die qualifikatorische Lücke und ihre versorgungspolitischen Folgen

Die qualifikatorische Lücke in den bestehenden EAP-Strukturen – ihre Besetzung durch unspezifische Coaching- und Lebensberatungsangebote ohne nachweisbare Qualifikation – ist nicht nur ein berufspolitisches, sondern ein versorgungspolitisches Problem. Sie führt dazu, dass eine versorgungsökonomisch sinnvolle Stufe-2-Struktur ihre Wirkung nicht voll entfaltet. Beschäftigte, die unqualifizierte Beratung erfahren haben, werden weniger geneigt sein, das Angebot erneut in Anspruch zu nehmen oder weiterzuempfehlen. Die strukturelle Wirkung der Versorgungsstruktur wird dadurch unterminiert.

Versorgungspolitisch ist deshalb die Etablierung der VpsyB-Zertifizierung als verbindlichen Standard für EAP-Strukturen und Mental Health Guides eine Aufgabe, die im Interesse der Versorgungsqualität liegt. Sie ist nicht ein berufsständisches Anliegen, das mit anderen berufsständischen Interessen konkurriert, sondern eine versorgungspolitische Konsolidierung, die die Wirksamkeit einer wichtigen Versorgungsstruktur sichert.

### 11.3 Versorgungsökonomische Argumente für qualifizierte EAP-Strukturen

Die versorgungsökonomischen Argumente für qualifizierte EAP-Strukturen sind in der internationalen Forschung gut dokumentiert. Studien aus den Vereinigten Staaten, aus Großbritannien und aus den



Niederlanden zeigen substantielle Return-on-Investment-Effekte, die sich aus der Reduktion von Fehlzeiten, der Verringerung von Präsentismus, der Vermeidung von Frühverrentungen und der Verbesserung der Arbeitszufriedenheit ergeben. Diese Effekte hängen allerdings entscheidend von der qualifikatorischen Substanz der Beratungsleistung ab. Unqualifizierte Beratung erzeugt diese Effekte nicht; sie kann sogar kontraproduktiv wirken.

### 11.4 Anschlussfähigkeit zur Krankenversicherung und Sozialversicherung

EAP-Strukturen und Mental Health Guides sind für die Krankenkassen versorgungspolitisch relevant, auch wenn sie nicht über die Krankenkassen finanziert werden. Sie reduzieren die Inanspruchnahme der GKV-finanzierten Versorgung; sie wirken präventiv im Sinne des § 20 SGB V; sie unterstützen die Wiedereingliederung nach längeren Krankheitszeiten. Eine fachliche Kooperation der Krankenkassen mit qualifizierten EAP-Anbietern – mit der VpsyB-Zertifizierung als Referenzstandard – wäre versorgungspolitisch sinnvoll.

## 12. Internationale Modelle gestufter psychischer Versorgung

### 12.1 Großbritannien: Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)

Großbritannien hat mit dem Programm Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) eine systematisch gestufte Versorgung psychischer Gesundheit etabliert. Das Programm umfasst niederschwellige, mittelschwellige und hochschwellige Interventionen mit klar definierten Indikationen und Übergängen. Es ist staatlich finanziert und ist seit seiner Einführung Gegenstand umfangreicher Wirksamkeitsforschung mit insgesamt positiven Befunden.

Das IAPT-Modell zeigt, dass eine systematisch gestufte Versorgung mit klaren Stufenübergängen versorgungspolitisch wirksam und ökonomisch tragfähig ist. Es ist auf Deutschland nicht eins zu eins übertragbar, aber es liefert wichtige strukturelle Lehren – insbesondere zur Etablierung niederschwelliger professioneller Beratungsangebote als integrierten Bestandteil der Versorgungsarchitektur.

### 12.2 Niederlande: Praktijkondersteuner GGZ

Die Niederlande haben das Modell der Praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ) etabliert – eine niederschwellige psychische Gesundheitsversorgung in der hausärztlichen Praxis, durchgeführt durch qualifiziertes psychosoziales Personal. Das Modell entlastet die spezialisierte ambulante psychotherapeutische Versorgung und stellt eine wirksame Stufe-2-Versorgung in der Primärmedizin sicher.

### 12.3 Skandinavien: Kommunale Beratungsstrukturen

Die skandinavischen Länder haben tendenziell stärker kommunal organisierte Beratungsstrukturen etabliert, die Familien-, Erziehungs- und Lebensberatung niederschwellig zugänglich machen. Diese Strukturen sind versorgungspolitisch wirksam und werden durch eine Kombination staatlicher und kommunaler Finanzierung getragen.

### 12.4 Vereinigte Staaten: EAP-Tradition

Die Vereinigten Staaten haben eine lange EAP-Tradition mit einem hohen Verbreitungsgrad in größeren Unternehmen. Die methodischen, organisatorischen und qualifikatorischen Standards sind dort etablierter als in Deutschland; die Wirksamkeitsforschung ist umfangreich.



## 12.5 Lehren für Deutschland

1. Eine systematisch gestufte Versorgung psychischer Gesundheit ist möglich und versorgungspolitisch wirksam – sie erfordert klare Indikationen, klare Stufenübergänge und qualifikatorische Standards für jede Stufe.
2. Niederschwellige professionelle Beratung – die Stufe-2-Versorgung – ist konstitutiver Bestandteil einer differenzierten Versorgungsarchitektur, nicht ein optionales Anhängsel.
3. Die qualifikatorische Substanz der Beratungstätigkeit ist entscheidend für die versorgungspolitische Wirksamkeit. Unqualifizierte Beratung kann die Wirkung der gesamten Versorgungsstruktur unterminieren.
4. EAP-Strukturen und vergleichbare arbeitsweltliche Versorgungsformen sind in vielen entwickelten Volkswirtschaften ein wesentlicher Bestandteil der Stufe-2-Versorgung.

## 13. Forderungen an Politik, Kostenträger und Selbstverwaltung

### 13.1 An den GKV-Spitzenverband

5. Aufnahme der psychologischen Beratung außerhalb der Heilkunde – mit der VpsyB-Zertifizierung mindestens auf Stufe Professional als verbindlichem Qualifikationsstandard – als förderfähige Leistung in den Präventionsleitfaden nach § 20 Abs. 2 SGB V.
6. Etablierung eines spezifischen Förderzugangs für die Beratung von Angehörigen psychisch und dementiell Erkrankter, deren versorgungspolitische Bedeutung in den bestehenden Strukturen unzureichend abgebildet ist.
7. Förderung qualifizierter Stufe-2-Versorgungsangebote in Lebenswelten – Kommunen, Pflegeeinrichtungen, Bildungsstätten.

### 13.2 An die Ersatzkassen, gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherer

8. Berücksichtigung der psychologischen Beratung außerhalb der Heilkunde in den Bonusprogrammen, Satzungsleistungen und Wahlтарifen.
9. Aufnahme der VpsyB-Zertifizierung als Qualifikationsstandard bei der Auswahl kooperierender Anbieter.
10. Etablierung von Modellprojekten zur Wirksamkeit qualifizierter Stufe-2-Versorgung in der Angehörigenarbeit, in der Trauerbegleitung und in der Begleitung biografischer Übergänge.

### 13.3 An das Bundesgesundheitsministerium

11. Anerkennung der psychologischen Beratung außerhalb der Heilkunde als versorgungspolitisch relevanten Beitrag zur Stufe-2-Versorgung psychischer Gesundheit.
12. Förderung empirischer Versorgungsforschung im Bereich der niederschweligen psychischen Gesundheitsversorgung – einschließlich der EAP-Strukturen und der Angehörigenarbeit.
13. Verankerung qualifikatorischer Mindeststandards für anbietende Personen in psychosozialen Versorgungsstrukturen, mit der VpsyB-Zertifizierung als Referenzstandard.

### 13.4 An die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen

14. Berücksichtigung der psychologischen Beratung außerhalb der Heilkunde in den Versorgungsplanungen und in den Berichten zur psychischen Gesundheitsversorgung.



15. Aufnahme von Vertretern des VpsyB in Beiräte und Arbeitsgruppen, die Versorgungsplanungen im Bereich der psychischen Gesundheit betreffen.

### **13.5 An die Wohlfahrtsverbände, kommunalen Träger und Pflegeeinrichtungen**

16. Etablierung der VpsyB-Zertifizierung als Referenzstandard bei der Auswahl von Beratungspersonal in psychosozialen Einrichtungen.
17. Aufbau spezifischer Angehörigenberatungsstrukturen in Pflegeeinrichtungen und in der ambulanten Pflege.

## 14. Schlussbemerkung und Ausblick

Die psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde ist eine versorgungspolitisch eigenständige Leistung mit spezifischer Funktion in der gestuften Versorgung psychischer Gesundheit. Sie ist die Stufe-2-Versorgung – niederschwelliger und fachlich anders gelagert als die approbierte Psychotherapie, aber substantieller und qualifikatorisch ausgewiesener als die unspezifische Lebensberatung.

Die quantitative Reichweite der versorgungsrelevanten Belastung in der deutschen Bevölkerung – wie in Kapitel 3 dieses Papiers entfaltet – verlangt eine differenzierte Versorgungsarchitektur, in der die Stufe-2-Versorgung systematisch verankert ist. Die spezifischen Anforderungen der Angehörigenberatung, der Begleitung in Lebenskrisen und biografischen Übergängen sowie der EAP-Strukturen und Mental Health Guides am Arbeitsplatz erfordern qualifikatorisch ausgewiesene und berufsethisch verbindlich regulierte Angebote, die durch die psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde mit Verbandszertifizierung erfüllt werden.

Die strukturelle Verankerung dieser Stufe-2-Versorgung – durch Aufnahme in den Präventionsleitfaden, durch Etablierung spezifischer Förderzugänge für die Angehörigenarbeit, durch Verankerung qualifikatorischer Standards für EAP-Strukturen, durch Förderung der Versorgungsforschung – ist eine versorgungspolitische Aufgabe, die nicht aufgeschoben werden kann. Die Belastung der approbierten Versorgung wächst, die Wartezeiten verlängern sich, die Versorgungslücken weiten sich. Eine systematische Stärkung der Stufe-2-Versorgung ist die einzige strukturell tragfähige Antwort auf diese Lage.

Der VpsyB ist bereit, seinen Beitrag zu leisten – durch die qualifikatorische Substanz seiner Mitglieder, durch die berufsethische Verbindlichkeit seiner Selbstregulierung, durch die empirische Begleitung seiner Praxis und durch die Bereitschaft zum fachlichen Dialog mit allen Beteiligten. Er erwartet von Kostenträgern, Politik, Selbstverwaltung und Wohlfahrtsverbänden, dass sie die strukturellen Voraussetzungen für die versorgungspolitische Anerkennung und Stärkung der psychologischen Beratung außerhalb der Heilkunde schaffen.

## Literaturverzeichnis

Das Verzeichnis umfasst die im Text zitierten und für die Argumentation relevanten Quellen.

- Bower, P. & Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: Access, effectiveness and efficiency. *British Journal of Psychiatry*, 186(1), 11–17.
- Bundespsychotherapeutenkammer (laufend aktualisiert). Berichte zur Wartezeitsituation in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Berlin: BPTK.
- Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P. & Underwood, L. (2010). Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: Meta-analysis and meta-regression. *BMC Medicine*, 8, 38.
- Clark, D. M. (2018). Realizing the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: The IAPT program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14, 159–183.
- DAK-Gesundheit, Techniker Krankenkasse, AOK, BARMER (laufend aktualisiert). Jahresberichte zur Arbeitsunfähigkeit und psychischen Gesundheit.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft (laufend aktualisiert). Zahlen zur Demenz in Deutschland. Berlin: DAIZG.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (laufend aktualisiert). Zahlen und Fakten zu psychischen Erkrankungen in Deutschland. Berlin: DGPPN.
- GKV-Spitzenverband (jeweils aktuelle Fassung). Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V. Berlin: GKV-SV.
- Hill, C. E. (2014). *Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action* (4. Aufl.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J. et al. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 85(1), 77–87.
- Magnée, T., de Beurs, D. P. et al. (2016). Consultations in general practices with and without mental health nurses: An observational study from 2010 to 2014. *BMJ Open*, 6(7), e011579.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (laufend aktualisiert). Common mental health problems: identification and pathways to care. Clinical Guideline. London: NICE.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250–267.



- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: Which interventions work and how large are their effects? *International Psychogeriatrics*, 18(4), 577–595.
- Robert Koch-Institut (laufend aktualisiert). Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) und DEGS-Modul psychische Gesundheit. Berlin: RKI.
- Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), insbesondere § 20 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung.
- VpsyB e. V. – Berufsethische Richtlinien, Beschwerdeordnung, Zertifizierungsordnungen (in jeweils gültiger Fassung).
- VpsyB e. V. – PsyBer-Survey-Studie. Wissenschaftliche Studienbeschreibung in der jeweils aktuellen Fassung.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Genf: WHO.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B. et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655–679.

*Hinweis: Die hier zitierten Statistiken und Berichte werden periodisch aktualisiert.*