



POSITIONSPAPIER 2

des Verbandes psychologischer Berater e. V. (VpsyB)

Selbstregulierung des Berufsstandes

*Qualitätssicherung, Berufsethik und Rechenschaftspflicht in der psychologischen
Beratung außerhalb der Heilkunde*

Eine berufsständische Standortbestimmung zur subsidiären Verantwortung des Verbandes

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 2

7.5.2026
Version 1.1

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

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

Seite 1 von 29



Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
1. Zusammenfassung und Kernforderungen	3
2. Der Begründungsrahmen: Subsidiarität, Verhältnismäßigkeit und Eigenverantwortung	5
3. Die gesellschaftliche Reichweite psychischer Belastung: Empirische Rahmung und systemische Perspektive	7
4. Das vierstufige Zertifizierungssystem im Detail	11
5. Berufsethische Richtlinien und besondere Anforderungen der Angehörigenberatung	13
6. Beschwerdeordnung und Sanktionsmechanismen	16
7. Fortbildungspflicht, Supervision und Rezertifizierung	17
8. Aufsicht über die Aufsicht: Wie der Verband sich selbst kontrolliert	18
9. Empirische Begleitung: Die wissenschaftliche Validierung der Selbstregulierung	19
10. Selbstregulierung in EAP-Strukturen und Mental Health Guides	20
11. Selbstregulierung im internationalen Vergleich	22
12. Grenzen der Selbstregulierung – Wo der Staat zuständig bleibt	24
13. Forderungen an Politik, Aufsicht und Fachöffentlichkeit	25
14. Schlussbemerkung und Ausblick	27
Literaturverzeichnis	28

1. Zusammenfassung und Kernforderungen

Die psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde reguliert sich durch den Verband psychologischer Berater e. V. (VpsyB) berufsständisch selbst. Diese Selbstregulierung ist nicht eine Ersatzlösung für eine fehlende staatliche Aufsicht, sondern die fachlich, rechtlich und systematisch angemessene Form der Qualitätssicherung für ein Berufsfeld, das weder mit hoheitlichen Befugnissen noch mit unmittelbar körperlichen Eingriffen verbunden ist. Sie folgt dem Subsidiaritätsprinzip, das in der deutschen und europäischen Rechtstradition fest verankert ist.

Diese Selbstregulierung gewinnt zusätzliches Gewicht durch die quantitative Reichweite des Tätigkeitsfeldes. Wie in Kapitel 3 dieses Papiers ausgeführt, betrifft psychische Belastung in Deutschland mehr als die Hälfte der Bevölkerung – Erkrankte und Mitbetroffene zusammengenommen. Diese Größenordnung verlangt eine Berufsstandsstruktur, die der Verantwortung gerecht wird. Der VpsyB hat dafür ein dichtes Architekturgefüge entwickelt: ein vierstufiges Zertifizierungssystem mit klaren Qualifikationsstandards, verbindliche berufsethische Richtlinien mit besonderen Vorkehrungen für die Angehörigenberatung, eine Beschwerdeordnung mit gestuften Sanktionsmechanismen, eine Fortbildungs- und Supervisionspflicht und eine empirische Begleitforschung.

Das vorliegende Positionspapier legt die Architektur der Selbstregulierung im Detail dar, begründet sie rechts- und verfassungsdogmatisch, ordnet sie international ein und benennt ihre Grenzen. Es behandelt insbesondere die Anforderungen, die sich aus den spezifischen Anwendungsfeldern ergeben – aus der Angehörigenberatung, aus der Beratung in Lebenskrisen und Trauerprozessen, aus der Beratung im Klimakterium, in Mehrgenerationenkonflikten und in Familien- und Paarkonstellationen sowie aus der Tätigkeit in EAP-Strukturen und Mental Health Guides der Arbeitswelt.

Kernforderungen

1. Anerkennung der verbandlichen Selbstregulierung des VpsyB als hinreichende Qualitätssicherung im Sinne des Subsidiaritätsprinzips. Eine staatliche Vollregulierung ist weder erforderlich noch verhältnismäßig.

2. Anerkennung des vierstufigen Zertifizierungssystems (Basic, Professional, Expert, Seal of Excellence) als verbindlichen Qualifikationsrahmen für die psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde – kompatibel mit dem Deutschen Qualifikationsrahmen und der europäischen Qualifikationsarchitektur.



3. Aufnahme der VpsyB-Zertifizierungsstandards als förderfähige Qualifikation in den Präventionsleitfaden des GKV-Spitzenverbandes nach § 20 SGB V sowie in Förderstrukturen für Angehörigenberatung und für betriebliche Beratungsstrukturen.

4. Anerkennung der berufsethischen Richtlinien und der Beschwerdeordnung des VpsyB als verbindliches Berufsrecht für die zertifizierten Mitglieder, mit besonderen Vorkehrungen für sensible Anwendungsfelder wie die Angehörigenberatung und die Begleitung in Trauerprozessen.

5. Etablierung der VpsyB-Zertifizierung als verbindlichen Qualifikationsstandard für Anbieter in Employee Assistance Programs (EAP) und Mental Health Guides der Arbeitswelt, mit dem Ziel der Verdrängung unqualifizierter Coaching- und Lebensberatungsanbieter aus diesen versorgungsrelevanten Strukturen.

6. Förderung empirischer Forschung zur Wirksamkeit der Selbstregulierung – aufbauend auf der PsyBer-Survey-Studie, die die Beratungspraxis von zertifizierten und nicht-zertifizierten Beratenden vergleichend untersucht.

2. Der Begründungsrahmen: Subsidiarität, Verhältnismäßigkeit und Eigenverantwortung

2.1 Das Subsidiaritätsprinzip im deutschen und europäischen Rechtsdenken

Das Subsidiaritätsprinzip ist eines der Grundprinzipien des deutschen und europäischen Rechtsdenkens. Es besagt, dass eine übergeordnete Einheit – etwa der Staat – nur dann eine Aufgabe übernehmen soll, wenn die untergeordnete Einheit – etwa die berufsständische Selbstverwaltung – sie nicht angemessen wahrnehmen kann. Das Prinzip findet seine Ausprägung im Grundgesetz, in der Sozialgesetzgebung, im Berufsrecht freier Berufe und im europäischen Vertragsrecht. Es ist nicht nur eine politische Maxime, sondern verfassungsdogmatisch verankert.

Auf das Berufsrecht angewandt bedeutet Subsidiarität: Wo eine Berufsgruppe in der Lage und bereit ist, ihre Qualitätssicherung, ihre ethischen Standards und ihre Rechenschaftspflichten selbst wirksam zu organisieren, soll der Staat dies anerkennen und nicht durch Vollregulierung verdrängen.

2.2 Vollregulierte Berufe und ihre Voraussetzungen

Eine staatliche Vollregulierung mit Approbation, Kammerpflicht und staatlicher Aufsicht ist im deutschen Recht für solche Berufe vorgesehen, deren Tätigkeit mit unmittelbaren körperlichen Eingriffen, hoheitlichen Befugnissen oder existenziellen Auswirkungen auf Dritte verbunden ist. Klassische Beispiele sind die ärztliche, zahnärztliche und tierärztliche Tätigkeit, die Apothekerinnen und Apotheker, die Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte, die Steuerberatung, die Wirtschaftsprüfung sowie die approbierte Psychotherapie.

Die psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde erfüllt diese Voraussetzungen nicht. Sie nimmt keine körperlichen Eingriffe vor, sie übt keine hoheitlichen Befugnisse aus, sie wendet sich an Menschen ohne Krankheitswert. Die Vergleichsfälle zur Vollregulierung passen deshalb nicht.

2.3 Das Verhältnismäßigkeitsprinzip

Eine staatliche Vollregulierung wäre auch deshalb nicht angemessen, weil sie das Verhältnismäßigkeitsprinzip verletzen würde. Eingriffe in die Berufsfreiheit nach Art. 12 GG müssen geeignet, erforderlich und angemessen sein. Erforderlich sind sie nur dann, wenn kein milderes Mittel den gleichen Zweck erfüllt. Die berufsständische Selbstregulierung ist gegenüber der staatlichen Vollregulierung das mildere Mittel; sie kann das Regulierungsziel der Qualitätssicherung wirksam erreichen, ohne in die Berufsfreiheit unnötig tief einzugreifen.

2.4 Die Eigenverantwortung der Klientinnen und Klienten

Ein zentrales Argument für die Selbstregulierung folgt aus der Eigenverantwortung der Klientinnen und Klienten. Wer eine psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde aufsucht, tut dies in der Regel als selbstbestimmte erwachsene Person, die im Rahmen ihrer Lebensgestaltung Unterstützung sucht. Diese Eigenverantwortung verlangt vom Berufsstand eine entsprechende Transparenz: Klientinnen und Klienten müssen erkennen können, welche Qualifikation eine Beraterin oder ein Berater hat, welche Methoden zum Einsatz kommen, welche Grenzen die Tätigkeit hat und an wen sie sich im Beschwerdefall wenden können.

2.5 Das Argument gegen Über-Regulierung

Eine staatliche Vollregulierung der psychologischen Beratung außerhalb der Heilkunde hätte unbeabsichtigte Folgen, die das Versorgungsziel verfehlen würden. Sie würde die Tätigkeit verteuern, sie würde den Zugang erschweren, und sie würde paradoxerweise das Versorgungsproblem im Bereich der subklinischen Belastung verschärfen, weil sie die Beratungsangebote reduzieren würde. Genau diese Effekte sind beim approbierten Psychotherapeutenwesen seit Jahren beobachtbar.

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 vierstufige Zertifizierungssystem im Detail

4.1 Aufbau und Logik des Systems

Das Zertifizierungssystem des VpsyB ist vierstufig aufgebaut und folgt der Logik des Deutschen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen (DQR). Die Stufen sind: Basic (DQR 4), Professional (DQR 5), Expert (DQR 6) und Seal of Excellence (DQR 7). Sie spiegeln zunehmende Tiefe der theoretischen Fundierung, zunehmende Eigenständigkeit der Beratungstätigkeit und zunehmende Komplexität der bearbeitbaren Anliegen wider.

4.2 Die einzelnen Stufen im Detail

Stufe	DQR	ECTS	Profil
Basic	4	15	Einstiegsqualifikation für beraterrelevante Grundkompetenzen. Geeignet für unterstützende Beratung in begrenzten Kontexten unter Aufsicht qualifizierter Berater.
Professional	5	30	Fundierte Qualifikation für eigenständige Beratungstätigkeit. Mindeststandard für die selbständige Beratungspraxis und für die Tätigkeit in EAP-Strukturen.
Expert	6	50	Vertiefte Qualifikation mit spezialisierter Methodenkompetenz. Erforderlich für anspruchsvolle Tätigkeitsfelder wie Angehörigenberatung, Trauerbegleitung, Familien- und Paarberatung.
Seal of Excellence	7	65	Akademisch fundierte Spitzenqualifikation auf Master-Niveau. Anschlussfähig an internationale Counseling-Standards.

4.3 Anerkennung von Vorleistungen und akademische Anbindung

Das Zertifizierungssystem berücksichtigt erworbene Qualifikationen aus angrenzenden Berufsfeldern. Die höheren Stufen sind akademisch anschlussfähig. Der konsekutive Masterstudiengang Psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde der Macromedia University of Applied Sciences erfüllt die Anforderungen des Seal of Excellence vollständig.



4.4 Verzeichnis und Transparenz

Der VpsyB führt ein öffentlich zugängliches Verzeichnis der zertifizierten Mitglieder mit Angabe der erreichten Stufe, der Tätigkeitsschwerpunkte (etwa Angehörigenberatung, Trauerbegleitung, Familien- und Paarberatung, EAP-Tätigkeit) und der regionalen Verortung. Klientinnen und Klienten, Arbeitgeber und Auftraggeber können sich darüber informieren, welche Qualifikation eine konkrete Beraterin oder ein konkreter Berater nachweisen kann. Diese Transparenz ist eine zentrale Voraussetzung der Selbstregulierung.

5. Berufsethische Richtlinien und besondere Anforderungen der Angehörigenberatung

5.1 Funktion und Verbindlichkeit

Die berufsethischen Richtlinien des VpsyB sind für alle zertifizierten Mitglieder verbindlich. Sie konkretisieren die professionellen Pflichten, die sich aus der Berufsausübung ergeben, und geben den Mitgliedern eine handlungsleitende Orientierung in komplexen Beratungssituationen. Sie sind an internationale Vorbilder angelehnt und an die deutschen rechtlichen, kulturellen und beruflichen Rahmenbedingungen angepasst.

5.2 Die zentralen Pflichten im Überblick

Schweigepflicht und Datenschutz

Die Beraterin oder der Berater bewahrt über alle Inhalte der Beratung strenges Stillschweigen. Die Schweigepflicht gilt zeitlich unbeschränkt, auch über das Ende der Beratung und der Mitgliedschaft im Verband hinaus. Sie wird nur in eng definierten Ausnahmen durchbrochen, insbesondere bei akuter Gefahr für Leib und Leben oder mit ausdrücklicher Einwilligung der Klientin oder des Klienten.

Aufklärungspflicht und informierte Einwilligung

Vor Beginn einer Beratung klärt die Beraterin oder der Berater die Klientin oder den Klienten über das Wesen, die Methoden, die voraussichtliche Dauer, die Honorarstruktur, die Schweigepflicht und ihre Grenzen sowie über die Abgrenzung zur Heilkunde auf.

Verweisungspflicht

Wenn im Verlauf einer Beratung Anzeichen einer klinisch manifesten oder sich entwickelnden psychischen Erkrankung auftreten, ist die Beraterin oder der Berater verpflichtet, die Klientin oder den Klienten auf diese Möglichkeit hinzuweisen und an eine approbierte Stelle zu verweisen. Die Verweisungspflicht ist nicht delegierbar.

Doppelbeziehungen, Werbung und wissenschaftliche Methodenwahl

Doppelbeziehungen sind grundsätzlich zu vermeiden. Sexuelle Beziehungen zwischen Beratenden und Klientinnen oder Klienten sind ausnahmslos untersagt; die Sperrfrist nach Beendigung der Beratung beträgt mindestens zwei Jahre. Werbung muss sachlich, wahrheitsgemäß und nicht irreführend sein. Heilversprechen sind untersagt. Die Methodenwahl folgt wissenschaftlich anerkannten Verfahren; pseudowissenschaftliche und esoterische Verfahren sind ausgeschlossen.

5.3 Besondere Anforderungen der Angehörigenberatung

Die Beratung von Angehörigen psychisch erkrankter und dementiell erkrankter Menschen ist – wie in Positionspapier 1 ausführlich dargelegt – ein zentrales Tätigkeitsfeld der psychologischen Beratung außerhalb der Heilkunde. Sie stellt spezifische berufsethische Anforderungen, die in den Richtlinien des Verbandes besonders verankert sind:

- Allparteilichkeit gegenüber dem komplexen Beziehungsgefüge: Die Angehörigenberatung adressiert nicht den klinisch erkrankten Menschen, sondern die Mitbetroffenen. Die Beratung muss die berechtigten Interessen aller Beteiligten – einschließlich der erkrankten Person – respektieren und darf nicht zur Stigmatisierung der erkrankten Person beitragen.
- Sensibler Umgang mit Schuld- und Schamgefühlen: Angehörige erleben häufig komplexe Gefühlslagen einschließlich Wut, Erschöpfung, Schuld und Scham. Die Beratung muss diese Gefühle aufnehmen, ohne sie zu verstärken oder zu pathologisieren.
- Begleitung der vorgezogenen Trauer: Bei progredienten Erkrankungen wie Demenz beginnen Trauerprozesse häufig vor dem formellen Verlust. Die Beratung muss diese vorgezogene Trauer professionell begleiten, ohne sie zu pathologisieren oder zu verkürzen.
- Verweispflicht bei Hinweisen auf eigene klinische Belastung der Angehörigen: Angehörige psychisch erkrankter Menschen tragen ein erhöhtes Risiko für eigene psychische Erkrankungen. Bei entsprechenden Hinweisen ist die Verweispflicht ausgelöst – auch dann, wenn die Beratung eigentlich für eine andere Person gesucht wurde.
- Berücksichtigung des Versorgungssystems: Die Angehörigenberatung muss die Strukturen kennen, in denen die erkrankte Person versorgt wird – ärztliche Betreuung, Pflegedienste, Selbsthilfegruppen, sozialrechtliche Ansprüche – und gegebenenfalls die Vernetzung anbieten, ohne in fremde Zuständigkeiten einzugreifen.

5.4 Besondere Anforderungen der Beratung in Lebenskrisen, Trauer und Klimakterium

Auch andere sensible Anwendungsfelder erfordern spezifische berufsethische Vorkehrungen. Die Beratung in Lebenskrisen und Trauerprozessen muss die Eigendynamik dieser Prozesse respektieren und darf nicht zur künstlichen Beschleunigung oder zur Pathologisierung normaler Trauer führen. Die Beratung im Klimakterium muss die körperlich-hormonellen, psychischen und sozialen Dimensionen dieser Lebensphase integrieren und darf weder die körperlichen Aspekte verkürzen noch die psychischen Aspekte ohne medizinische Information bearbeiten. Die Beratung in



Mehrgenerationenkonflikten und in Familien- und Paarkonstellationen muss die Verschiedenheit der Perspektiven respektieren und nicht einseitig Partei ergreifen.

5.5 Umgang mit Kindern, Jugendlichen und Eigenfürsorge

Beratungen mit Kindern und Jugendlichen erfordern besondere Sorgfalt und entsprechende Qualifikation; die Einwilligung der Sorgeberechtigten ist einzuholen. Bei Anzeichen von Kindeswohlgefährdung gelten die gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere § 8a SGB VIII. Beratende achten auf ihre eigene psychische und physische Gesundheit und nehmen Unterstützung in Anspruch, wenn ihre Berufsausübungsfähigkeit beeinträchtigt ist.

6. Beschwerdeordnung und Sanktionsmechanismen

6.1 Zugang zur Beschwerdestelle

Beschwerden über das Verhalten zertifizierter Mitglieder können von Klientinnen und Klienten, von Angehörigen, von Auftraggeberinnen und Auftraggebern in der Arbeitswelt sowie von Kolleginnen und Kollegen eingereicht werden. Die Beschwerdestelle ist über die Geschäftsstelle des Verbandes erreichbar. Niemand darf wegen einer Beschwerde im Beratungsverhältnis benachteiligt werden.

6.2 Das gestufte Verfahren

1. Eingangsprüfung: Prüfung der formalen Zulässigkeit und inhaltlichen Plausibilität.
2. Vermittlungsversuch: Bei geeigneten Fällen wird zunächst eine einvernehmliche Klärung angestrebt.
3. Formelle Untersuchung: Bei gravierenden oder nicht vermittelbaren Fällen wird ein formelles Verfahren mit Anhörung beider Parteien durchgeführt.
4. Entscheidung: Ein Beschwerdeausschuss aus drei zertifizierten Mitgliedern entscheidet schriftlich begründet.
5. Rechtsmittel: Einspruch beim Vorstand des Verbandes ist möglich.

6.3 Mögliche Sanktionen

Die Sanktionen reichen vom informellen Hinweis über schriftliche Rüge, Auflagen und Aussetzung der Zertifizierung bis zum Entzug der Zertifizierung bei schwerwiegenden Verstößen, insbesondere bei sexuellen Grenzverletzungen, bei vorsätzlicher Heilkundeüberschreitung oder bei wiederholten substantiellen Verstößen.

6.4 Anzeigepflichten und Transparenz

Bei vermuteten Straftaten gegen Klientinnen und Klienten, bei vorsätzlicher Heilkundeüberschreitung oder bei Kindeswohlgefährdungen ist die Beschwerdestelle zur Anzeige bei den zuständigen Behörden verpflichtet. Der Verband veröffentlicht jährlich einen Beschwerdebericht in anonymisierter Form.

7. Fortbildungspflicht, Supervision und Rezertifizierung

7.1 Fortbildungspflicht

Der VpsyB verpflichtet seine zertifizierten Mitglieder auf eine regelmäßige Fortbildung mit definierten Mindeststundenzahlen pro Jahr, die nach der Zertifizierungsstufe gestaffelt sind. Anerkannt werden Fachveranstaltungen anderer Berufsverbände, akademische Weiterbildungen, zertifizierte Methodenfortbildungen, Forschungsteilnahme und Publikationstätigkeit.

7.2 Supervision und Intervision

Beratende sind zur regelmäßigen Supervision oder Intervision verpflichtet. Bei höheren Zertifizierungsstufen erhöht sich die Mindestanzahl der Supervisionsstunden pro Jahr. Für anspruchsvolle Tätigkeitsfelder wie die Angehörigenberatung und die Trauerbegleitung ist eine spezifische Supervision empfohlen, die die besonderen Anforderungen dieser Felder reflektiert.

7.3 Rezertifizierung

Die Zertifizierung ist nicht zeitlich unbegrenzt gültig; sie muss in regelmäßigen Abständen – typischerweise alle fünf Jahre – erneuert werden. Eine Online-Plattform unterstützt die laufende Dokumentation der Fortbildungen und Supervisionen.



8. Aufsicht über die Aufsicht: Wie der Verband sich selbst kontrolliert

8.1 Mechanismus 1: Externe Aufsicht durch Vereins- und Verbraucherrecht

Der VpsyB unterliegt dem deutschen Vereinsrecht. Beschwerden, die nicht innerhalb des Verbandes gelöst werden können, können an die zuständigen staatlichen Stellen weitergeleitet werden – an die Verbraucherzentralen, an die Aufsichtsbehörden, an die Staatsanwaltschaft.

8.2 Mechanismus 2: Interne Gewaltenteilung

Innerhalb des Verbandes sind Vorstand, erweitertes Präsidium und Ethikkommission in ihren Zuständigkeiten getrennt. Die Beschwerdestelle ist organisatorisch von der Geschäftsführung unabhängig; ihre Mitglieder sind nicht weisungsgebunden.

8.3 Mechanismus 3: Externe Beteiligung

Die Ethikkommission wird durch externe Mitglieder aus angrenzenden Berufsfeldern und aus der Verbraucherperspektive ergänzt. Im wissenschaftlichen Beirat sind externe Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler vertreten.

8.4 Transparenz als Selbstkontrolle

Der Verband veröffentlicht jährlich einen Tätigkeitsbericht, einen Beschwerdebericht, einen Finanzbericht und einen Bericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. Diese Berichte sind öffentlich zugänglich.

9. Empirische Begleitung: Die wissenschaftliche Validierung der Selbstregulierung

9.1 Warum empirische Validierung notwendig ist

Die Behauptung, dass die verbandliche Selbstregulierung die Qualität der Beratungstätigkeit sichert, ist eine empirische Aussage. Sie kann grundsätzlich auch falsch sein. Ein verantwortungsbewusster Berufsstand stellt sich diesem empirischen Test, statt die Wirksamkeit seiner Selbstregulierung lediglich zu behaupten.

9.2 Die PsyBer-Survey-Studie

Der VpsyB hat mit der PsyBer-Survey-Studie eine prospektive Beobachtungsstudie initiiert, die unter anderem die Beratungspraxis von zertifizierten VpsyB-Mitgliedern und nicht-zertifizierten Beratern vergleichend untersucht. Sie umfasst eine Mitgliederbefragung (Strang A) und eine Klientenbefragung (Strang B) im Drei-Kohorten-Design.

Spezifisch berücksichtigt die Studie auch die anspruchsvollen Anwendungsfelder der Angehörigenberatung, der Beratung in Lebenskrisen und Trauerprozessen sowie der Tätigkeit in EAP-Strukturen. Damit liefert sie nicht nur generalisierende Befunde zur Wirksamkeit der Beratung, sondern auch differenzierte Befunde zu den spezifischen Tätigkeitsfeldern.

9.3 Methodische Sauberkeit

Die Studie folgt den methodischen Standards der Versorgungsforschung: validierte Instrumente (PSS-10, WHO-5, ASKU), STROBE-Reporting, Präregistrierung des Analyseplans, Publikation der Ergebnisse unabhängig von ihrer Richtung.

10. Selbstregulierung in EAP-Strukturen und Mental Health Guides

10.1 Die Versorgungsstruktur

Wie in Positionspapier 1 dargelegt, sind Employee Assistance Programs (EAP) und Mental Health Guides versorgungspolitisch wichtige Strukturen, die in den letzten Jahren in Deutschland zunehmend an Bedeutung gewinnen. Sie bieten Beschäftigten niederschwellige Zugänge zu professioneller psychosozialer Unterstützung und können substantiell zur Stärkung der Stufe-2-Versorgung am Arbeitsplatz beitragen.

10.2 Die qualifikatorische Lücke und ihre Folgen

In der bisherigen Praxis sind EAP-Strukturen und Mental Health Guides in Deutschland häufig durch Coachinganbieter mit unklarer Qualifikation und durch Lebensberatungsangebote ohne wissenschaftliche Fundierung besetzt worden. Das ist berufspolitisch und versorgungspolitisch problematisch. Es untergräbt das Vertrauen der Beschäftigten in die Strukturen, es erhöht das Risiko unsachgemäßer Bearbeitung subklinischer Belastung, und es verwässert die Heilkundeabgrenzung, die für die Tätigkeit konstitutiv ist.

10.3 Die VpsyB-Zertifizierung als angemessener Standard

Die berufsständische Selbstregulierung des VpsyB bietet hier den fachlich angemessenen Standard. Die Verbandszertifizierung mindestens auf Stufe Professional sichert die qualifikatorische Substanz; die Berufsethischen Richtlinien sichern die professionelle Verbindlichkeit; die Verweispflicht sichert die Heilkundeabgrenzung; die Beschwerdeordnung sichert die Rechenschaft gegenüber Klientinnen und Klienten und Auftraggebenden.

Die Etablierung der VpsyB-Zertifizierung als verbindlichen Standard für EAP-Strukturen und Mental Health Guides ist deshalb nicht nur berufspolitisch wünschenswert, sondern versorgungspolitisch geboten. Sie schützt die Beschäftigten vor unqualifizierter Beratung, sie schützt die Auftraggeber vor reputationellen Risiken, und sie stärkt die Glaubwürdigkeit der gesamten Versorgungsstruktur.

10.4 Konkrete Schritte zur Etablierung

Der VpsyB strebt eine systematische Kooperation mit den Anbietern von EAP-Strukturen und Mental Health Guides an, mit dem Ziel der Aufnahme der Verbandszertifizierung als verbindlichen Qualifikationsstandard. Konkrete Schritte umfassen Empfehlungen an die Arbeitgeberverbände, Modellprojekte mit ausgewählten EAP-Anbietern und die Mitwirkung an der Entwicklung von Mental-



Health-Guide-Standards in den entsprechenden Branchen- und Sektorinitiativen. Die ausführliche berufspolitische Argumentation für diesen Anwendungsbereich findet sich in Positionspapier 5.

11. Selbstregulierung im internationalen Vergleich

11.1 Großbritannien: BACP als Modell

Die British Association for Counselling and Psychotherapy (BACP) ist mit über 70.000 Mitgliedern einer der größten Berufsverbände im Beratungs- und Psychotherapiebereich Europas. Sie betreibt ein gestuftes Akkreditierungssystem mit klaren Qualifikationsanforderungen, ein verbindliches Ethical Framework und eine professionelle Beschwerdestelle. Die BACP ist von der britischen Aufsichtsbehörde Professional Standards Authority akkreditiert.

Das BACP-Modell zeigt, dass eine berufsständische Selbstregulierung auch ohne staatliche Vollregulierung wirksam sein kann. Der VpsyB orientiert sich in seiner Struktur ausdrücklich am BACP-Modell, ohne es eins zu eins zu kopieren.

11.2 Vereinigte Staaten: Lizenzierung auf Bundesstaatsebene

In den USA ist die Counseling-Tätigkeit durch staatliche Lizenzierung auf Bundesstaatsebene geregelt, ergänzt durch verbandliche Akkreditierungen wie ACA und NBCC. Das Modell zeigt, dass auch eine vergleichsweise strenge staatliche Regulierung mit einer aktiven berufsständischen Selbstregulierung kombiniert werden kann.

11.3 Niederlande und Skandinavien

Die Niederlande und die skandinavischen Länder haben differenzierte Stufenmodelle etabliert, in denen verschiedene Beratungs- und Therapieberufe in unterschiedlicher Tiefe reguliert sind. Diese Erfahrungen bestätigen, dass eine differenzierte Architektur möglich und tragfähig ist.

11.4 Lehren für Deutschland

6. Eine wirksame Selbstregulierung erfordert klare Standards, transparente Verfahren und eine ernstzunehmende Beschwerdearchitektur.
7. Akademische Anbindung der höchsten Qualifikationsstufen ist konstitutiv für die professionelle Glaubwürdigkeit.
8. Internationale Anschlussfähigkeit erleichtert die Mobilität der Berufsangehörigen und stärkt die fachliche Reputation.
9. Empirische Begleitforschung ist das wirksamste Argument gegen Vorwürfe selbstreferenzieller Selbstregulierung.



12. Grenzen der Selbstregulierung – Wo der Staat zuständig bleibt

12.1 Strafrecht und Ordnungswidrigkeitenrecht

Die Selbstregulierung ersetzt nicht das Strafrecht. Wer im Rahmen einer Beratungstätigkeit Straftaten begeht – sexuelle Übergriffe, Betrug, Verletzung der Schweigepflicht im strafrechtlichen Sinne, vorsätzliche Heilkundeüberschreitung – wird strafrechtlich verfolgt. Die verbandliche Beschwerdestelle ist in solchen Fällen verpflichtet, mit den staatlichen Behörden zusammenzuarbeiten.

12.2 Sozial- und Steuerrecht

Die sozialrechtlichen und steuerrechtlichen Pflichten der Beratenden werden durch die Selbstregulierung nicht berührt. Sie bleiben staatliche Zuständigkeit.

12.3 Heilkundeüberschreitung

Die Verfolgung von Heilkundeüberschreitungen ist primär staatliche Aufgabe. Der VpsyB unterstützt die Aufsichtsbehörden, indem er klare Abgrenzungsstandards für seine zertifizierten Mitglieder etabliert und Verstöße seiner Mitglieder gegen diese Standards selbst sanktioniert.

12.4 Patientenrechte und Kindeswohl

Datenschutzrechtliche Pflichten ergeben sich aus DSGVO und BDSG. Patientenrechte bestehen unabhängig von der Mitgliedschaft im VpsyB. Der Schutz von Kindern und besonders Schutzbedürftigen bleibt staatliche Schutzpflicht.

12.5 Akute psychiatrische Notfälle

Die Versorgung bei akuten psychiatrischen Notfällen ist staatlich organisiert – über die ärztliche Bereitschaft, die psychiatrischen Kliniken, die sozialpsychiatrischen Dienste, die Krisendienste und den Rettungsdienst. Der VpsyB unterstützt diese staatliche Versorgung durch klare Verweispflichten in den berufsethischen Richtlinien.

13. Forderungen an Politik, Aufsicht und Fachöffentlichkeit

13.1 An den Bundestag und das Bundesgesundheitsministerium

1. Anerkennung der verbandlichen Selbstregulierung des VpsyB als hinreichende berufsständische Qualitätssicherung im Sinne des Subsidiaritätsprinzips.
2. Verzicht auf eine staatliche Vollregulierung der psychologischen Beratung außerhalb der Heilkunde mit Approbation und Kammerstrukturen, da diese unverhältnismäßig wäre.
3. Klarstellung, dass die berufsständische Zertifizierung des VpsyB als Qualifikationsnachweis für Förderzwecke und für Ausschreibungsverfahren der öffentlichen Hand anerkennungsfähig ist.

13.2 An den GKV-Spitzenverband, die Ersatzkassen und die PKV

1. Aufnahme der VpsyB-Zertifizierungsstandards (mindestens Stufe Professional) als förderfähige Qualifikation in den Präventionsleitfaden nach § 20 SGB V.
2. Berücksichtigung der VpsyB-Zertifizierung in den Bonusprogrammen und Erstattungsregeln, insbesondere im Bereich der Angehörigenberatung und der präventiven Begleitung von Mehrgenerationenkonflikten.
3. Anerkennung der berufsethischen Richtlinien als Qualitätsmerkmal bei der Auswahl von Anbietern.

13.3 An die Aufsichtsbehörden der Länder

1. Wechselseitige Information und Kooperation in Fällen, in denen Heilkundeüberschreitungen vermutet werden.
2. Anerkennung der verbandlichen Beschwerdestrukturen als ergänzende Mechanismen zum staatlichen Verbraucherschutz.

13.4 An Arbeitgeber und EAP-Anbieter

1. Etablierung der VpsyB-Zertifizierung als verbindlichen Qualifikationsstandard für Anbieter in EAP-Strukturen und Mental Health Guides.
2. Verzicht auf die Beauftragung unqualifizierter Coaching- und Lebensberatungsangebote in fachlich anspruchsvollen psychosozialen Versorgungsstrukturen.



13.5 An die Wissenschaft und die Hochschulen

1. Förderung empirischer Forschung zur Wirksamkeit verbandlicher Selbstregulierung im Beratungsbereich, in Anschluss an die PsyBer-Survey-Studie.
2. Etablierung wissenschaftlicher Studiengänge und Weiterbildungen, die an die VpsyB-Zertifizierungsstandards anschlussfähig sind.

13.6 An die Berufsverbände der angrenzenden Felder

1. Gegenseitige Anerkennung der Eigenständigkeit der jeweiligen Berufsfelder.
2. Fachlicher Dialog zur Klärung von Grauzonen und zur Verbesserung der Verweisstrukturen.

14. Schlussbemerkung und Ausblick

Die berufsständische Selbstregulierung ist keine Verlegenheitslösung. Sie ist die fachlich, rechtlich und systematisch angemessene Form der Qualitätssicherung für ein Berufsfeld, das sich an Menschen ohne Krankheitswert wendet, das keine hoheitlichen Befugnisse ausübt und das mit der Eigenverantwortung der Klientinnen und Klienten kompatibel ist.

Die quantitative Reichweite des Tätigkeitsfeldes – wie in Kapitel 3 dieses Papiers entfaltet – verlangt eine Berufsstandsstruktur, die der Verantwortung gerecht wird. Mehr als die Hälfte der deutschen Bevölkerung ist von psychischer Belastung im weiteren Sinne betroffen, sei es als unmittelbar Erkrankte, als Angehörige psychisch oder dementiell Erkrankter, als Personen in Lebenskrisen, in Trauerprozessen, in biografischen Übergängen oder in der subklinischen Belastung der Arbeitswelt. Die psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde antwortet auf einen Versorgungsbedarf, der die Kapazität der approbierten Heilkundeversorgung um ein Vielfaches übersteigt.

Der VpsyB nimmt die Verantwortung der Selbstregulierung mit Ernst. Er hat ein vierstufiges Zertifizierungssystem etabliert, verbindliche berufsethische Richtlinien mit besonderen Vorkehrungen für sensible Anwendungsfelder verabschiedet, eine professionelle Beschwerdeordnung eingerichtet, eine Fortbildungs- und Supervisionspflicht verankert und ein Rezertifizierungsverfahren entwickelt. Er stellt sich der empirischen Überprüfung seiner Wirksamkeit durch die PsyBer-Survey-Studie. Er sucht den fachlichen Dialog mit den angrenzenden Berufsverbänden, mit der Politik, mit den Aufsichtsbehörden und mit der Wissenschaft.

Selbstregulierung im Verständnis des VpsyB ist der anspruchsvollere Weg, weil sie die Rechenschaftspflicht des Berufsstandes nicht an den Staat delegiert, sondern selbst trägt. Wer die Anerkennung der psychologischen Beratung außerhalb der Heilkunde als eigenständige Profession fordert, muss zugleich die Verantwortung tragen, die mit dieser Eigenständigkeit verbunden ist. Das vorliegende Positionspapier dokumentiert, dass der Verband diese Verantwortung trägt und in welcher Form.



Literaturverzeichnis

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

American Counseling Association (2014). ACA Code of Ethics. Alexandria, VA: ACA.

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), insbesondere §§ 21–79 zum Vereinsrecht.

British Association for Counselling and Psychotherapy (2018). Ethical Framework for the Counselling Professions. Lutterworth: BACP.

Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) in Verbindung mit der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Bundespsychotherapeutenkammer (laufend aktualisiert). Berichte zur Wartezeitsituation in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Berlin: BPTK.

Bundesverfassungsgericht – Rechtsprechung zur Berufsausübungsfreiheit nach Art. 12 GG.

Deutsche Alzheimer Gesellschaft (laufend aktualisiert). Zahlen zur Demenz in Deutschland. Berlin: DAzG.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (laufend aktualisiert). Zahlen und Fakten zu psychischen Erkrankungen in Deutschland. Berlin: DGPPN.

Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR) – Bund-Länder-Koordinierungsstelle. Verfügbar unter dqr.de.

European Association for Counselling (EAC) – Standards und Akkreditierung. Verfügbar unter eac.eu.com.

Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, insbesondere Art. 12 und das verfassungsrechtliche Verhältnismäßigkeitsprinzip.

Heilpraktikergesetz (Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung) vom 17. Februar 1939, zuletzt geändert.

Macromedia University of Applied Sciences (2024). Konsekutiver Masterstudiengang Psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde. Programmbeschreibung.

National Board for Certified Counselors (NBCC) – Standards für die Counselor-Lizenzierung in den USA. Verfügbar unter nbcc.org.

Patientenrechtegesetz (Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten) vom 20. Februar 2013.

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.



Professional Standards Authority (UK) – Akkreditierungsstandards für Berufsverbände. Verfügbar unter professionalstandards.org.uk.

Psychotherapeutengesetz vom 16. Juni 1998, zuletzt geändert.

Sozialgesetzbuch Achtes Buch (SGB VIII), insbesondere § 8a zum Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung.

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), insbesondere § 20 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung.

Strafgesetzbuch (StGB), insbesondere §§ 203 (Verletzung von Privatgeheimnissen) und 174c (Sexueller Missbrauch unter Ausnutzung eines Beratungsverhältnisses).

VpsyB e. V. – Berufsethische Richtlinien, Beschwerdeordnung, Zertifizierungsordnungen (in jeweils gültiger Fassung).

Hinweis: Die hier zitierten Rechtsgrundlagen liegen in den jeweils zum Veröffentlichungszeitpunkt aktuellen Fassungen vor.