

Primärprävention durch psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde

Zur gesellschaftlichen Bedeutung einer nicht-heilkundlichen, ressourcenorientierten
Beratung angesichts der psychischen Gesundheitslage in der Bundesrepublik
Deutschland

Hon.-Prof. Sandra Neumayr-Sopp

Honorarprofessorin für Beratungspsychologie an der Macromedia University Of Applied Sciences

Präsidentin des Verbandes Psychologischer Berater e.V. (VpsyB)
Leitende Dozentin der Akademie Psychologischer Berater

Arbeitspapier · überarbeitete und erweiterte Fassung · 1.08.2026

Inhaltsverzeichnis

1	ABSTRAKT	4
2	EINLEITUNG	4
3	AUSGANGSLAGE: PSYCHISCHE GESUNDHEIT IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND	7
3.1	Diagnostische und administrative Prävalenz	7
3.2	Der subklinische Bereich: Belastung unterhalb der Diagnoseschwelle	8
3.3	Arbeitsunfähigkeit und die Folgen unbearbeiteter Belastung	9
3.4	Frühberentung und volkswirtschaftliche Dimension	10
3.5	Versorgungslücke und Zugangsbarrieren	11
3.6	Zwischenfazit	11
4	PSYCHOLOGISCHE BERATUNG AUßERHALB DER HEILKUNDE: BEGRIFF, BERUFSBILD UND ABGRENZUNG	12
4.1	Definition und konstitutive Merkmale	12
4.2	Das Berufsbild der Psychologischen Beraterin und des Psychologischen Beraters	12
4.3	Abgrenzung zur Heilkunde und zur Psychotherapie	13
4.4	Adressatinnen und Adressaten	14
5	DAS PRÄVENTIONSPARADIGMA	15
5.1	Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention	15
5.2	Universelle, selektive und indizierte Prävention	15
5.3	Verhaltens- und Verhältnisprävention	16
6	THEORETISCHE FUNDIERUNG	17
6.1	Salutogenese und Kohärenzgefühl	17
6.2	Selbstbestimmung und psychologische Grundbedürfnisse	17
6.3	Personenzentrierung und allgemeine Wirkfaktoren	18
6.4	Selbstwirksamkeit und Selbstmitgefühl	18
6.5	Sinn, Anerkennung und Resonanz	19
6.6	Integratives Wirkmodell: von der Belastung zur Störung — und zur Prävention	19
7	HANDLUNGSFELD I: ANGEHÖRIGE UND SOZIALES UMFELD	21
7.1	Die übersehene Belastung der Angehörigen	21

7.2	Angehörigenberatung als primärpräventives Feld	21
8	HANDLUNGSFELD II: LEBENSÜBERGÄNGE, FAMILIÄRE BELASTUNG SOWIE TRAUER UND VERLUST	22
8.1	Lebensübergänge als kritische, aber gesunde Lebensereignisse	22
8.2	Familiäre Belastung und das Beziehungssystem	23
8.3	Trauer und Verlust: Begleitung, nicht Behandlung	23
8.4	Gemeinsame Struktur und Abgrenzung des Feldes	24
9	WIRKSAMKEIT, EVIDENZ UND FORSCHUNGSBEDARF	24
9.1	Allgemeine Wirkfaktoren als theoretischer und empirischer Anknüpfungspunkt	24
9.2	Präventive Effekte niedrigschwelliger Angebote	25
9.3	Forschungsdiesiderate und die Prüfung der Präventionshypothese	25
10	MÖGLICHE EINWÄNDE UND ERWIDERUNGEN	26
10.1	Einwand: Beratung sei nur verkappte Therapie	26
10.2	Einwand: Es fehle der empirische Wirksamkeitsnachweis	26
10.3	Einwand: Niedrigschwelligkeit sei gefährlich	26
10.4	Einwand: Individualberatung individualisiere gesellschaftliche Probleme	27
10.5	Einwand: Der Beratungsmarkt sei unreguliert	27
11	LIMITATIONEN	28
12	SCHLUSSFOLGERUNGEN UND AUSBLICK	28
13	INTERESSENKONFLIKT UND FINANZIERUNG	29
14	LITERATURVERZEICHNIS	30

1 Abstrakt

Die psychische Gesundheit der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland hat sich in den vergangenen zwei Jahrzehnten zu einer der zentralen gesundheits- und gesellschaftspolitischen Herausforderungen entwickelt. Administrative Diagnosehäufigkeit, Arbeitsunfähigkeitstage und Frühberentungen aufgrund psychischer Erkrankungen erreichen fortlaufend neue Höchststände, während das heilkundliche Versorgungssystem an Kapazitätsgrenzen stößt. Der vorliegende Beitrag argumentiert, dass diese Entwicklung nicht allein durch einen Ausbau kurativer Angebote zu bewältigen ist, sondern eine systematische Stärkung der Primärprävention erfordert. Die psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde wird als ein niedrighschwelliges, ressourcen- und salutogenetisch orientiertes Handlungsfeld beschrieben, das sich in Zielgruppe, Auftrag und Methodik trennscharf von Psychotherapie und Heilkunde unterscheidet. Sie richtet sich an psychisch gesunde Menschen sowie an Personen mit subklinischen Belastungen unterhalb der Diagnoseschwelle und setzt an, bevor Belastungen in behandlungsbedürftige Störungen übergehen.

Nach einer Bestimmung des Berufsbildes und einer präzisen Abgrenzung zur Heilkunde werden das Präventionsparadigma und die theoretische Fundierung des Feldes entfaltet und zu einem integrativen Wirkmodell verdichtet. Anschließend werden zwei Handlungsfelder von besonderer Reichweite ausgearbeitet: die Beratung von Angehörigen belasteter Menschen sowie die Begleitung in Lebensübergängen, bei familiärer Belastung und in Trauer und Verlust. Als argumentativer Kern wird eine Hypothese entfaltet und theoretisch begründet: dass die frühzeitige Bearbeitung subklinischer Belastungen im Rahmen einer solchen Beratung die Wahrscheinlichkeit ihres Übergangs in eine behandlungsbedürftige Störung verringern kann. Ein eigener Abschnitt setzt sich systematisch mit den zu erwartenden Einwänden gegen diese These auseinander. Der Beitrag versteht sich als konzeptionelle, theoriegeleitete Standortbestimmung, aus der eine empirisch prüfbare Präventionshypothese abgeleitet wird; er schließt mit einer Einordnung der Wirksamkeitsevidenz und des Forschungsbedarfs.

Keywords: primary prevention; psychological counselling; non-medical counselling; salutogenesis; subclinical distress; life transitions; grief; mental health; Germany; prevention hypothesis

2 Einleitung

Wenige gesellschaftliche Entwicklungen sind in ihrer Dynamik so gut dokumentiert und zugleich in ihren Konsequenzen so unzureichend bearbeitet wie die Zunahme psychischer Belastungen in der deutschen Bevölkerung. Über nahezu alle verfügbaren

Datenquellen hinweg — die Gesundheitsberichterstattung des Robert Koch-Instituts, die Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung, die Statistiken der Deutschen Rentenversicherung — zeichnet sich ein konsistentes Bild: Die psychische Gesundheit ist zu einem knappen Gut geworden, dessen Verlust individuelles Leid, familiäre Belastung und erhebliche volkswirtschaftliche Folgekosten nach sich zieht.

Die gesundheitspolitische Reaktion auf diese Entwicklung konzentriert sich bislang überwiegend auf die kurative Ebene, also auf die Behandlung bereits manifester Erkrankungen. Diese Schwerpunktsetzung ist notwendig, aber nicht hinreichend. Denn ein Versorgungssystem, das erst dann handlungsfähig wird, wenn eine Diagnose vorliegt, greift systematisch zu spät. Es überlässt jene Phase, in der Belastungen entstehen, sich verfestigen und schließlich in behandlungsbedürftige Störungen übergehen, weitgehend sich selbst. Genau in dieser Phase liegt das Handlungsfeld der Primärprävention.

Zwischen der unspezifischen Gesundheitsförderung auf der einen und der heilkundlichen Behandlung auf der anderen Seite klafft in der deutschen Versorgungslandschaft eine strukturelle Lücke. Gesundheitsförderung bleibt vielfach appellativ und wenig verbindlich; heilkundliche Behandlung setzt eine Diagnose voraus und ist damit für Menschen ohne Krankheitswert weder indiziert noch zugänglich. In dieser Lücke — professionell begleitet, methodengeleitet, aber nicht heilkundlich — verortet der vorliegende Beitrag die psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde. Ihre gesellschaftliche Aufgabe besteht gerade darin, jene Menschen zu erreichen, die für das kurative System zu gesund und für die bloße Appellprävention zu belastet sind.

Der Beitrag verfolgt vier Ziele. Erstens wird die aktuelle psychische Gesundheitslage in der Bundesrepublik anhand belastbarer Kennzahlen dargestellt, um den präventiven Handlungsbedarf empirisch zu begründen. Zweitens wird die psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde begrifflich und rechtlich bestimmt und trennscharf von der Heilkunde abgegrenzt. Drittens wird ihr primärpräventiver Beitrag theoretisch fundiert, zu einem integrativen Wirkmodell verdichtet und an zwei Handlungsfeldern von besonderer gesellschaftlicher Reichweite konkretisiert — der Beratung von Angehörigen und der Begleitung in Lebensübergängen, bei familiärer Belastung sowie in Trauer und Verlust. Viertens werden die naheliegenden Einwände gegen die zentrale These systematisch aufgenommen und beantwortet. Durchgängig gilt die begriffliche Selbstverpflichtung, dass psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde nicht-diagnostisch, nicht-therapeutisch und primärpräventiv ausgerichtet ist und sich an psychisch gesunde Menschen richtet.

Leitend ist dabei eine Hypothese, die den argumentativen Kern des Beitrags bildet und im Folgenden theoretisch begründet wird. Sie lautet: *Werden subklinische psychische Belastungen frühzeitig im Rahmen einer ressourcenorientierten psychologischen*

Beratung außerhalb der Heilkunde bearbeitet, so verringert sich die Wahrscheinlichkeit, dass diese Belastungen in eine behandlungsbedürftige psychische Störung übergehen. Als vermittelnder Wirkmechanismus wird angenommen, dass Beratung personale und soziale Schutzfaktoren — insbesondere das Kohärenzgefühl, die Selbstwirksamkeitserwartung und die Befriedigung psychologischer Grundbedürfnisse — stärkt und dass die Stärkung dieser Schutzfaktoren das Übergangsrisiko von der Belastung zur Störung senkt. Diese Vermittlungsannahme wird in Abschnitt 6.6 zu einem expliziten, empirisch prüfbareren Wirkmodell ausgearbeitet.

Methodisch ist der Beitrag als konzeptionelle und theoriegeleitete Standortbestimmung angelegt, nicht als empirische Wirksamkeitsstudie. Die konzeptionelle Arbeit ist dabei kein Ersatz für empirische Forschung, sondern deren notwendige Vorstufe: Sie ordnet die vorliegende Datenlage präventionstheoretisch ein, expliziert die zugrunde liegenden Annahmen und formuliert daraus eine präzise, prüfbare und potenziell widerlegbare Hypothese. Deren empirische Bestätigung setzt prospektive, möglichst kontrollierte Untersuchungen voraus. Die verfügbaren Daten begründen den Handlungsbedarf und die theoretische Plausibilität der Hypothese; sie ersetzen jedoch nicht deren kausalen Nachweis. Diese Unterscheidung zwischen begründeter Plausibilität und empirischem Beleg wird im gesamten Beitrag konsequent aufrechterhalten. Die herangezogenen Kennzahlen stammen aus öffentlich zugänglichen, methodisch anerkannten Quellen — der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, den Routinedatenauswertungen der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung sowie amtlichen Statistiken; herangezogen wurden jeweils die aktuellsten verfügbaren und für die Fragestellung einschlägigen Daten. Die theoretischen Bezüge folgen etablierten, breit rezipierten Ansätzen der Beratungs-, Gesundheits- und Sozialpsychologie.

Der Aufbau des Beitrags folgt dieser Argumentationslinie. Abschnitt 3 bündelt die epidemiologische und versorgungsbezogene Ausgangslage. Abschnitt 4 bestimmt Begriff, Berufsbild und Abgrenzung der psychologischen Beratung außerhalb der Heilkunde. Abschnitt 5 ordnet sie in das Präventionsparadigma ein. Abschnitt 6 entfaltet die theoretische Fundierung und verdichtet sie zu einem integrativen Wirkmodell. Die Abschnitte 7 und 8 konkretisieren zwei Handlungsfelder. Abschnitt 9 erörtert Wirksamkeit, Evidenz und Forschungsbedarf. Abschnitt 10 nimmt die zu erwartenden Einwände systematisch auf. Die Abschnitte 11 und 12 benennen die Grenzen des Beitrags und ziehen Schlussfolgerungen.

3 Ausgangslage: Psychische Gesundheit in der Bundesrepublik Deutschland

Die folgende Bestandsaufnahme stützt sich auf öffentlich zugängliche, methodisch anerkannte Datenquellen. Sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern bündelt jene Kennzahlen, die für die Begründung eines primärpräventiven Handlungsbedarfs aussagekräftig sind. Bei der Interpretation ist durchgängig zu beachten, dass administrative Prävalenzen — also die in der Versorgung dokumentierten Diagnosen — nicht mit epidemiologischen Prävalenzen gleichzusetzen sind und dass ein Teil der beobachteten Anstiege auf verbesserte Erkennung, Entstigmatisierung und methodische Veränderungen zurückgeht. Diese methodische Vorsicht schwächt den Befund nicht, sondern schärft ihn: Selbst unter konservativer Lesart bleibt eine Belastungsdynamik erkennbar, die den präventiven Handlungsbedarf zweifelsfrei begründet.

3.1 Diagnostische und administrative Prävalenz

Epidemiologische Untersuchungen gehen davon aus, dass in Deutschland jährlich mehr als jede vierte erwachsene Person die Kriterien mindestens einer psychischen Störung erfüllt; dies entspricht einer Größenordnung von rund achtzehn Millionen Menschen (Jacobi et al., 2014). Bemerkenswert ist dabei nicht allein die Häufigkeit, sondern die Versorgungslücke: Nur ein kleiner Teil der Betroffenen nimmt im Krankheitsverlauf überhaupt Kontakt zu Leistungsanbietern auf. Zwischen dem epidemiologisch bestimmten Bedarf und der tatsächlich in Anspruch genommenen Versorgung besteht mithin eine erhebliche Diskrepanz, die sich nicht allein durch fehlende Kapazitäten, sondern auch durch Zugangsbarrieren, Stigmatisierung und die Schwellenangst vor einer formalen Diagnose erklärt.

Auf der Ebene der Versorgungsdaten dokumentiert das Robert Koch-Institut für das Jahr 2024, dass bei rund einundvierzig Prozent der gesetzlich versicherten Erwachsenen, die ambulante ärztliche oder psychotherapeutische Leistungen in Anspruch nahmen, mindestens eine psychische Diagnose vergeben wurde (Robert Koch-Institut, 2025). Ergänzend zeigt das Panel „Gesundheit in Deutschland“ des Robert Koch-Instituts für das Jahr 2024, dass etwa zweiundzwanzig Prozent der Erwachsenen eine depressive Symptomatik und vierzehn Prozent eine Angstsymptomatik aufwiesen; bei rund acht Prozent lag eine mittelschwere bis schwere Symptomatik vor (Robert Koch-Institut, 2025). Frauen, jüngere Erwachsene sowie Personen mit niedrigerer formaler Bildung sind überdurchschnittlich betroffen. Trendanalysen weisen für den Zeitraum zwischen 2020 und 2023 auf eine deutliche Verschlechterung der selbstberichteten psychischen Gesundheit hin, die alle Alters-, Geschlechts- und Bildungsgruppen erfasste.

Für die Präventionsargumentation ist die Differenzierung zwischen diagnostizierter und selbstberichteter Symptomatik zentral. Die Panel-Erhebungen erfassen Symptombelastungen unabhängig von einer formalen Diagnose und machen damit einen Bevölkerungsanteil sichtbar, der im ausschließlich diagnosegestützten Blick des Versorgungssystems unsichtbar bleibt. Gerade dieser Anteil bildet die eigentliche Zielgruppe primärpräventiven Handelns.

3.2 Der subklinische Bereich: Belastung unterhalb der Diagnoseschwelle

Für die Präventionsdiskussion ist der Blick allein auf diagnostizierte Störungen zu eng. Zwischen ungestörtem Wohlbefinden und einer voll ausgeprägten, behandlungsbedürftigen Störung liegt ein breiter Bereich subklinischer Belastung: Menschen mit erhöhten, aber die Diagnoseschwelle noch nicht überschreitenden Symptomwerten, mit anhaltenden Erschöpfungszuständen, mit belastenden Lebensübergängen oder mit chronischem Stresserleben. Die genannten Panel-Daten machen diesen Bereich sichtbar, indem sie Symptombelastungen unabhängig von einer formalen Diagnose erfassen. Ein erheblicher Anteil der Bevölkerung ist demnach belastet, ohne die Kriterien einer Störung zu erfüllen.

Dieser subklinische Bereich lässt sich als Zwischenzone auf einem Kontinuum verstehen, das von uneingeschränktem Wohlbefinden über belastete, aber gesunde Zustände bis zur manifesten, behandlungsbedürftigen Störung reicht. Die Grenze zwischen belastet und erkrankt ist nicht kategorial, sondern graduell; sie verläuft nicht als scharfe Linie, sondern als fließender Übergang. Diagnostische Schwellenwerte markieren auf diesem Kontinuum eine konventionelle, aus Versorgungs- und Klassifikationsgründen notwendige Grenzziehung, keinen naturgegebenen Sprung. Wer die Schwelle knapp unterschreitet, ist nicht qualitativ gesünder als derjenige, der sie knapp überschreitet — er ist lediglich diagnostisch anders eingeordnet und versorgungsrechtlich anders gestellt.

Aus dieser Kontinuumsvorstellung folgt der eigentliche Grund, warum der subklinische Bereich das Kernfeld der Primärprävention bildet. Erstens ist das Risiko hoch, dass unbearbeitete subklinische Belastungen in manifeste Störungen übergehen: Für mehrere Störungsbilder — am besten belegt für depressive Störungen — ist subklinische Symptomatik ein relevanter Prädiktor des späteren Übergangs in eine manifeste Störung. So zeigt eine Meta-Analyse longitudinaler Studien, dass Personen mit subklinischer (subthreshold) Depression ein etwa doppelt so hohes Risiko tragen, im weiteren Verlauf eine Major Depression zu entwickeln (Lee et al., 2018). Der Übergang von der Belastung zur Erkrankung ist damit kein plötzliches Ereignis, sondern ein Prozess, der sich über Wochen und Monate anbahnt — und der eben deshalb einem frühzeitigen Eingreifen zugänglich ist. Zweitens sind gerade Menschen in diesem Bereich für heilkundliche Angebote weder indiziert noch zugänglich: Ihnen fehlt die Diagnose, die das Versorgungssystem als Eintrittskarte verlangt. Für sie ist

ein Angebot erforderlich, das ansetzt, bevor eine Krankheit entsteht, und das keine Krankheit voraussetzt. Genau hier liegt die spezifische Aufgabe der psychologischen Beratung außerhalb der Heilkunde: Sie ist auf ebenjenen Abschnitt des Kontinuums zugeschnitten, den das kurative System systematisch nicht erreicht.

3.3 Arbeitsunfähigkeit und die Folgen unbearbeiteter Belastung

Wie sehr unbearbeitete psychische Belastung gesellschaftliche Folgekosten erzeugt, tritt im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen mit besonderer Deutlichkeit zutage. Nach dem Psychreport 2025 der DAK-Gesundheit, der die Krankschreibungen von rund 2,4 Millionen erwerbstätigen Versicherten auswertet, entfielen im Jahr 2024 etwa 342 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versichertenjahre auf psychische Erkrankungen (DAK-Gesundheit, 2025). Damit hat sich die Zahl der psychisch bedingten Fehltage seit der Jahrtausendwende nahezu verdreifacht. Die Auswertung für das Jahr 2025 setzt diesen Trend fort und weist einen weiteren Zuwachs um rund sieben Prozent auf etwa 366 Fehltage je 100 Versicherte aus (DAK-Gesundheit, 2026).

Diese Zahlen sind für den vorliegenden Beitrag weniger als Ausgangspunkt einer betrieblichen Interventionsstrategie von Bedeutung — die Beratung in der Arbeitswelt bildet nicht den Gegenstand dieses Papiers — als vielmehr als Indikator für die volkswirtschaftliche Wucht, mit der sich unbearbeitete Belastung niederschlägt. Drei Merkmale sind dabei aufschlussreich. Erstens sind psychisch bedingte Krankschreibungen mit ausgesprochen langen Ausfallzeiten verbunden; die durchschnittliche Falldauer liegt bei über dreißig Tagen je Fall und damit deutlich höher als bei somatischen Erkrankungen. Zweitens verteilt sich die Belastung ungleich: Frauen weisen mit rund 431 Fehltagen je 100 Versicherte deutlich mehr psychisch bedingte Ausfalltage auf als Männer mit rund 266 Tagen. Drittens sind soziale, erzieherische und pflegerische Berufe — also Tätigkeiten mit hoher emotionaler Beanspruchung und ausgeprägter Verantwortung für andere Menschen — besonders betroffen.

Der letztgenannte Befund verweist über den Arbeitsplatz hinaus. Die überdurchschnittliche Betroffenheit sozialer, erzieherischer und pflegerischer Berufe steht mit Tätigkeiten in Zusammenhang, die häufig durch hohe emotionale Anforderungen und Verantwortung für andere Menschen gekennzeichnet sind; ein kausaler Schluss allein aus den Arbeitsunfähigkeitsdaten ist damit jedoch nicht möglich, da auch Arbeitsbedingungen, Personalausstattung und weitere Faktoren beitragen können. Diese Konstellation findet sich nicht nur im Beruf, sondern in verdichteter Form auch im privaten Umfeld pflegender Angehöriger und in familiären Sorgebeziehungen. Die Arbeitsunfähigkeitsdaten sind damit häufig der sichtbare, statistisch erfasste Endpunkt einer Belastung, deren Wurzeln in Lebenslagen, familiären Konstellationen und biografischen Übergängen liegen — also genau in den

Feldern, an denen die in den Abschnitten 7 und 8 entfalten Handlungsfelder ansetzen.

3.4 Frühberentung und volkswirtschaftliche Dimension

Die schwerwiegendste Folge unbearbeiteter psychischer Belastung im Erwerbsleben ist der dauerhafte Ausschluss aus dem Arbeitsmarkt. Psychische Erkrankungen sind seit über einem Jahrzehnt die häufigste Ursache für den Bezug einer Erwerbsminderungsrente. Für das Jahr 2024 entfielen rund dreiundvierzig Prozent aller erstmals gewährten Erwerbsminderungsrenten auf psychische Einschränkungen; bei den unter Dreißigjährigen waren es annähernd zwei Drittel (Institut der deutschen Wirtschaft, 2025). Dass gerade junge Menschen dauerhaft aus dem Erwerbsleben ausscheiden, ist nicht nur individuell tragisch, sondern volkswirtschaftlich besonders folgenreich, weil sich der Verlust über die gesamte verbleibende Erwerbsbiografie summiert.

Die direkten Krankheitskosten psychischer und Verhaltensstörungen zählen zu den höchsten aller Krankheitsgruppen. Nach der Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes lagen sie im Jahr 2023 bei rund 63 Milliarden Euro und damit an zweiter Stelle hinter den Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Statistisches Bundesamt, 2025). Diese Kosten sind in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen; die unmittelbar auf psychische Erkrankungen entfallenden direkten Kosten nahmen von rund 42,7 Milliarden Euro im Jahr 2015 auf rund 56,4 Milliarden Euro im Jahr 2020 zu (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2025). Bezieht man die indirekten Kosten — Produktivitätsausfälle, Sozialleistungen und Frühberentungen — ein, so beziffert ein gemeinsamer Bericht der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung und der Europäischen Kommission die direkten und indirekten Kosten psychischer Erkrankungen für die Europäische Union insgesamt auf mehr als vier Prozent des Bruttoinlandsprodukts (OECD & Europäische Kommission, 2018).

Ein zentraler Befund der Präventionsforschung verleiht diesen Kostenzahlen ihre eigentliche präventionspolitische Sprengkraft: Die Hälfte aller psychischen Erkrankungen tritt erstmals vor dem vierzehnten und drei Viertel vor dem vierundzwanzigsten Lebensjahr auf (Kessler et al., 2005). Psychische Belastung ist damit in besonderem Maße ein Phänomen der frühen und mittleren Biografie; sie entsteht in Lebensphasen, die von Übergängen, Ablösung, Beziehungsaufbau und Identitätsbildung geprägt sind. Dieser frühe Erkrankungsbeginn unterstreicht die potenziell hohe Bedeutung früh ansetzender Prävention — nicht nur, weil sie Leid verhindern kann, bevor es sich verfestigt, sondern auch, weil ein vermiedener Schaden sich über eine lange verbleibende Lebensspanne aufsummieren würde.

3.5 Versorgungslücke und Zugangsbarrieren

Dem wachsenden Bedarf steht ein Versorgungssystem gegenüber, das strukturell an seine Grenzen stößt. Für Erwachsene mit psychischen Erkrankungen standen im Jahr 2023 bundesweit rund 31.900 niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Verfügung (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2025). Aktuelle, regelmäßig erhobene und methodisch einheitliche bundesweite Daten zu Wartezeiten liegen nur eingeschränkt vor; verfügbare Auswertungen und Befragungen deuten jedoch auf durchschnittliche Wartezeiten in der Größenordnung mehrerer Monate bis zum Beginn einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung hin. Für Menschen, die bereits eine behandlungsbedürftige Störung aufweisen und auf einen Behandlungsplatz warten, ist die psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde definitionsgemäß nicht der zuständige Ort; sie kann in solchen Fällen jedoch informieren, entlasten und an die geeignete Versorgung weiterverweisen und so den Zugang zur Behandlung mitunter erleichtern, ohne diese zu ersetzen.

Die Versorgungslücke ist damit doppelt. Sie betrifft zum einen die Menschen mit manifester Störung, die auf einen Behandlungsplatz warten. Sie betrifft zum anderen — für die Präventionsdiskussion entscheidend — jene große Gruppe im subklinischen Bereich, für die das heilkundliche System mangels Diagnose gar nicht zuständig ist. Diese zweite Lücke ist nicht bloß eine Frage fehlender Kapazitäten, sondern eine Frage des Zuschnitts: Selbst ein vollständig ausgebautes kuratives System bliebe für Menschen ohne Krankheitswert unzuständig, weil sein Auftrag die Behandlung von Krankheit und nicht die Stärkung von Gesundheit ist. Für diese Gruppe existiert derzeit kein flächendeckendes, niedrighschwelliges und qualitätsgesichertes Angebot. Die psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde könnte in diesem vorgelagerten Bereich ein geeignetes, zur heilkundlichen Versorgung komplementäres Angebot darstellen, ohne mit ihr in Konkurrenz zu treten.

3.6 Zwischenfazit

Die Datenlage lässt sich in drei Aussagen verdichten. Erstens sind psychische Belastungen in der Bevölkerung weit verbreitet und nehmen zu, wobei der subklinische Bereich unterhalb der Diagnoseschwelle einen erheblichen und präventiv besonders bedeutsamen Anteil ausmacht. Zweitens verursachen psychische Erkrankungen über Fehlzeiten und Frühberentungen erhebliche individuelle und volkswirtschaftliche Kosten, die sich durch frühzeitiges Handeln möglicherweise in Teilen verringern ließen; der frühe Ersterkrankungsgipfel unterstreicht die potenzielle Bedeutung früh ansetzender Prävention. Drittens ist das heilkundliche Versorgungssystem weder kapazitativ noch von seinem Auftrag her in der Lage, den präventiven Bedarf zu decken. Aus diesen Befunden ergibt sich der Handlungsbedarf, dem sich die folgenden Abschnitte widmen.

4 Psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde: Begriff, Berufsbild und Abgrenzung

4.1 Definition und konstitutive Merkmale

Psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde ist eine professionelle, methodengeleitete Form der Begleitung psychisch gesunder Menschen bei der Bewältigung von Lebensfragen, Entscheidungen, Übergängen und Belastungen. Sie ist ihrem Wesen nach nicht-diagnostisch, nicht-therapeutisch und primärpräventiv ausgerichtet. Der Zusatz „professionell und methodengeleitet“ grenzt sie zugleich von der alltäglichen, wohlmeinenden Ratgebung im privaten Umfeld ab: Beratung in diesem Sinne beruht auf einer strukturierten Ausbildung, auf anerkannten kommunikations- und beratungspsychologischen Verfahren und auf einer reflektierten Berufsethik, nicht auf privater Lebenserfahrung allein.

Konstitutiv sind vier Merkmale. Erstens die Zielgruppe: Adressatinnen und Adressaten sind Menschen ohne behandlungsbedürftige psychische Störung. Zweitens der Auftrag: Beratung zielt nicht auf die Heilung einer Krankheit, sondern auf die Stärkung von Ressourcen, Kompetenzen und Selbststeuerung. Drittens die Haltung: Beratung ist ressourcen-, lösungs- und salutogenetisch orientiert; sie fragt nicht primär nach Defiziten und deren Ursachen, sondern nach vorhandenen und entwickelbaren Stärken. Viertens die Methodik: Beratung arbeitet mit anerkannten kommunikations- und beratungspsychologischen Verfahren, verzichtet aber auf heilkundliche Diagnostik und Krankenbehandlung. Diese vier Merkmale sind nicht unabhängig voneinander, sondern bilden ein zusammenhängendes Selbstverständnis: Wer mit gesunden Menschen ressourcenorientiert an deren Selbststeuerung arbeitet, betreibt eben keine verkappte Krankenbehandlung, sondern eine eigenständige Form professioneller Begleitung.

Aus diesen Merkmalen folgt ein präzises Selbstverständnis. Beratung begleitet den gesunden Menschen in belastenden, aber nicht krankheitswertigen Situationen. Sie ist primärpräventiv, indem sie Belastungen bearbeitet, bevor diese in Störungen übergehen, und sie ist gesundheitsförderlich, indem sie personale und soziale Schutzfaktoren stärkt. Damit ist Beratung kein Ersatz für Psychotherapie, sondern ein eigenständiges, ihr vorgelagertes Angebot.

4.2 Das Berufsbild der Psychologischen Beraterin und des Psychologischen Beraters

Die psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde ist in den vergangenen Jahren aus einem unscharfen Tätigkeitsfeld zu einem konturierten Berufsbild gereift. Beraterinnen und Berater absolvieren eine strukturierte, curricular geordnete Ausbildung, die theoretisches Grundlagenwissen der Beratungspsychologie,

methodische Kompetenz in Gesprächsführung und Beratungsverfahren sowie eine intensive Auseinandersetzung mit Berufsethik und den Grenzen der eigenen Tätigkeit umfasst. Kennzeichnend für die Professionalisierung sind verbindliche Qualitätsstandards, eine berufsethische Selbstverpflichtung und die kontinuierliche fachliche Weiterbildung. Gerade die Auseinandersetzung mit den Grenzen der eigenen Tätigkeit — die Kompetenz, Anzeichen einer behandlungsbedürftigen Störung zu erkennen und verantwortungsvoll weiterzuverweisen — ist dabei kein Randthema, sondern ein Kernbestandteil der Qualifikation.

Das Berufsbild adressiert insbesondere drei Zielgruppen, die es in der Ausbildung und in der öffentlichen Darstellung gleichermaßen anzusprechen gilt: Quereinsteigerinnen und Quereinsteiger sowie Menschen in beruflicher Neuorientierung, die eine sinnstiftende und zukunftsfähige Tätigkeit suchen; Menschen in helfenden und sozialen Berufen, die ihre Handlungskompetenz um eine fundierte beratungspsychologische Qualifikation erweitern möchten; sowie Coaches, die ihr Wissen vertiefen und auf ein wissenschaftlich tragfähiges Fundament stellen wollen. Für die Anerkennung des Berufsbildes ist entscheidend, dass es sich nicht über die Nähe zur Heilkunde definiert, sondern über einen eigenständigen, primärpräventiven Auftrag. Die zunehmende institutionelle Anerkennung des Berufs — etwa in Form einer offiziellen Berufsbildbeschreibung — markiert einen wichtigen Schritt hin zu einer verlässlichen, für die Öffentlichkeit transparenten Qualitätssicherung.

4.3 Abgrenzung zur Heilkunde und zur Psychotherapie

Die Abgrenzung zur Heilkunde ist keine bloße Formalität, sondern der rechtliche und ethische Kern des gesamten Feldes. Ausübung der Heilkunde ist nach dem Heilpraktikergesetz jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden beim Menschen (§ 1 Abs. 2 Heilpraktikergesetz); sie ist approbierten Ärztinnen und Ärzten, psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern vorbehalten. Psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde bewegt sich definitionsgemäß außerhalb dieses Vorbehaltsbereichs: Sie stellt keine Diagnosen, sie behandelt keine Krankheiten, und sie richtet sich nicht an kranke, sondern an gesunde Menschen. Die Einhaltung dieser Grenze ist nicht der Beratung äußerlich, sondern für ihre Legitimität konstitutiv.

Die Trennlinie lässt sich entlang mehrerer Dimensionen präzise ziehen. Nach der Zielgruppe unterscheidet sich Beratung dadurch, dass sie psychisch gesunde Menschen und Personen mit subklinischen, nicht krankheitswertigen Belastungen begleitet, während Psychotherapie der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert dient (§ 1 Abs. 2 Satz 1 Psychotherapeutengesetz). Nach dem Auftrag zielt Beratung auf Ressourcenstärkung und Prävention, Psychotherapie auf Heilung und Linderung. Nach der Methodik verzichtet Beratung

auf heilkundliche Diagnostik und auf die Behandlung von Störungen mit Krankheitswert. Nach der zeitlichen Logik setzt Beratung primärpräventiv an — vor der Entstehung einer Störung —, während Psychotherapie kurativ und rehabilitativ wirkt. Erst das Zusammentreffen dieser Dimensionen — gesunde Zielgruppe, präventiver Auftrag, nicht-diagnostische Methodik, vorgelagerter Zeitpunkt — konstituiert das Feld; keine der Dimensionen allein wäre hinreichend.

Diese Abgrenzung ist zugleich eine ethische Verpflichtung. Zur Professionalität der Beraterin und des Beraters gehört die Kompetenz, die eigenen Grenzen zu erkennen und in Fällen, in denen Anzeichen einer behandlungsbedürftigen Störung erkennbar werden, verantwortungsvoll an das heilkundliche System weiterzuverweisen. Die Verweisungskompetenz ist damit die notwendige Kehrseite der Abgrenzung: Wer sich auf gesunde Menschen beschränkt, muss verlässlich erkennen können, wann diese Beschränkung überschritten ist. Beratung tritt so nicht in Konkurrenz zur Heilkunde, sondern ergänzt sie: Sie entlastet das Versorgungssystem, indem sie im vorgelagerten Bereich wirksam wird, und sie sichert zugleich, dass Menschen mit behandlungsbedürftigen Störungen den Weg in die adäquate Versorgung finden — mitunter früher, als sie ihn ohne den niedrigschwelligen Erstkontakt gefunden hätten.

4.4 Adressatinnen und Adressaten

Die Adressatengruppe der psychologischen Beratung außerhalb der Heilkunde ist entsprechend breit und zugleich klar umgrenzt. Sie umfasst Menschen in belastenden Lebensübergängen wie beruflicher Neuorientierung, Trennung, Elternschaft oder Ruhestand; Menschen mit erhöhtem, aber nicht krankheitswertigem Stresserleben; Menschen, die ihre Kommunikations-, Konflikt- und Selbststeuerungskompetenzen entwickeln möchten; Menschen, die einen Verlust oder ein einschneidendes Lebensereignis zu bewältigen haben; sowie das soziale Umfeld belasteter Personen, insbesondere Angehörige. Allen gemeinsam ist, dass sie einer Begleitung bedürfen, aber keiner Behandlung — und dass sie von einem niedrigschwelligen, nicht stigmatisierenden Angebot besonders profitieren, weil ihnen der Gang in das heilkundliche System als unpassend, überzogen oder stigmatisierend erscheint.

5 Das Präventionsparadigma

Um den primärpräventiven Anspruch der psychologischen Beratung präzise zu verorten, ist ein Rückgriff auf die etablierten Systematiken der Präventionsforschung erforderlich. Drei Unterscheidungen sind einschlägig; sie beleuchten den Gegenstand aus je eigener Perspektive und ergänzen einander.

5.1 Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention

Die klassische, auf Caplan (1964) zurückgehende Systematik unterscheidet drei Präventionsebenen nach dem Zeitpunkt des Eingreifens im Krankheitsverlauf. Primärprävention setzt vor dem Auftreten einer Erkrankung an; sie zielt darauf, das Neuauftreten von Störungen zu verhindern, indem sie Belastungen reduziert und Schutzfaktoren stärkt. Sekundärprävention richtet sich auf die Früherkennung und frühzeitige Intervention bei bereits beginnenden Störungen, um deren Verfestigung zu verhindern. Tertiärprävention schließlich zielt bei manifester Erkrankung auf die Vermeidung von Folgeschäden, Chronifizierung und Rückfällen.

Die psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde ist eindeutig auf der Ebene der Primärprävention verortet. Sie handelt, bevor eine Störung entsteht, und sie setzt an den Bedingungen an, die über das Entstehen oder Ausbleiben psychischer Belastung entscheiden. Damit unterscheidet sie sich grundlegend von sekundär- und tertiärpräventiven Interventionen, die eine bereits vorhandene oder beginnende Störung voraussetzen und damit dem heilkundlichen Bereich zuzuordnen sind. Diese Zuordnung ist nicht nur begrifflich, sondern rechtlich bedeutsam: Sekundärprävention im engeren Sinne — die Früherkennung und -behandlung beginnender Störungen — berührt den heilkundlichen Vorbehaltsbereich und ist gerade nicht Aufgabe der Beratung.

5.2 Universelle, selektive und indizierte Prävention

Eine ergänzende, in der modernen Präventionsforschung gebräuchliche Systematik unterscheidet nach der Zielgruppe zwischen universeller, selektiver und indizierter Prävention. Universelle Prävention richtet sich an die Gesamtbevölkerung oder große Teilgruppen unabhängig vom individuellen Risiko. Selektive Prävention adressiert Gruppen mit erhöhtem Risiko — etwa Angehörige psychisch belasteter Menschen oder Personen in kritischen Lebensübergängen. Indizierte Prävention schließlich wendet sich an Personen mit ersten, subklinischen Anzeichen, die die Diagnoseschwelle noch nicht überschreiten. Diese Systematik geht auf den Bericht des Institute of Medicine zurück (Mrazek & Haggerty, 1994); in ihr sind universelle, selektive und indizierte Prävention sämtlich Formen der Primärprävention, die vor dem Eintreten einer diagnostizierbaren Störung ansetzen. Die im vorliegenden Beitrag

verwendete Rede von indizierter Primärprävention folgt ausdrücklich dieser Lesart und ist nicht mit der Sekundärprävention im Sinne Caplans gleichzusetzen.

Diese Systematik ist für die Verortung der Beratung besonders erhellend. Beratung wirkt universell, wo sie allgemeine Lebenskompetenzen und Selbststeuerung stärkt; sie wirkt selektiv, wo sie Risikogruppen wie Angehörige, Trauernde oder Menschen in einschneidenden Übergängen adressiert; und sie wirkt indiziert, wo sie Menschen mit subklinischen Belastungen begleitet, bevor diese in eine Störung übergehen. Gerade der indizierte Bereich verdeutlicht, dass Primärprävention nicht mit unspezifischer Gesundheitsförderung gleichzusetzen ist, sondern gezielt dort ansetzen kann, wo das Übergangsrisiko am höchsten ist. Die beiden in den Abschnitten 7 und 8 entfalteten Handlungsfelder lassen sich in dieser Terminologie präzise als selektive und indizierte Primärprävention beschreiben.

5.3 Verhaltens- und Verhältnisprävention

Eine dritte Unterscheidung betrifft den Ansatzpunkt der Intervention. Verhaltensprävention setzt am Individuum an und zielt auf die Veränderung von Einstellungen, Kompetenzen und Verhaltensweisen. Verhältnisprävention setzt an den Lebensbedingungen an und zielt auf die Veränderung belastender Strukturen. Wirksame Prävention verbindet beide Ebenen. Die psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde ist primär verhaltenspräventiv ausgerichtet: Sie stärkt die personalen Ressourcen des Einzelnen. Sie entfaltet jedoch mittelbar auch verhältnispräventive Wirkung, indem sie das soziale und familiäre Umfeld einbezieht — etwa dort, wo sie in Familiensystemen tragfähigere Kommunikations- und Rollenstrukturen anstößt, und damit belastende Beziehungsmuster verändert. Der Beitrag hält zugleich fest, dass die Beratung des Einzelnen strukturelle Ursachen von Belastung nicht ersetzen kann; auf diese Grenze und den daraus abgeleiteten Einwand einer unzulässigen Individualisierung wird in Abschnitt 9 eigens eingegangen.

6 Theoretische Fundierung

Der primärpräventive Anspruch der psychologischen Beratung ist nicht nur normativ begründet, sondern lässt sich auf ein tragfähiges Fundament etablierter psychologischer und sozialwissenschaftlicher Theorien stellen. Die folgenden Ansätze bilden den theoretischen Kern; sie erklären, warum und wie ressourcenorientierte Beratung präventiv wirken kann. Sie werden im abschließenden Abschnitt 6.6 zu einem integrativen Wirkmodell zusammengeführt, das die vermuteten Wirkmechanismen der zentralen Hypothese expliziert und einer empirischen Prüfung zugänglich macht.

6.1 Salutogenese und Kohärenzgefühl

Den grundlegendsten Perspektivwechsel liefert das Salutogenese-Konzept von Antonovsky (1997). Es verschiebt die Leitfrage von der pathogenetischen „Was macht Menschen krank?“ zur salutogenetischen „Was erhält Menschen gesund?“. Gesundheit und Krankheit werden nicht als Gegensatzpaar, sondern als Pole eines Kontinuums verstanden, auf dem sich jeder Mensch fortlaufend bewegt. In Antonovskys bekanntem Bild geht es nicht darum, Ertrinkende aus dem Fluss zu ziehen, sondern darum, Menschen zu besseren Schwimmern zu machen — die Aufmerksamkeit richtet sich auf die Bedingungen, unter denen Menschen den Strömungen des Lebens standhalten.

Zentrale Steuerungsgröße ist das Kohärenzgefühl, das sich aus drei Komponenten zusammensetzt: der Verstehbarkeit von Situationen, der Handhabbarkeit von Anforderungen und der Bedeutsamkeit des eigenen Handelns. Gespeist wird das Kohärenzgefühl aus generalisierten Widerstandsressourcen — personalen, sozialen und materiellen Ressourcen, die es dem Menschen erlauben, Belastungen zu bewältigen. Beratung, die Verstehbarkeit durch Klärung, Handhabbarkeit durch Ressourcenaktivierung und Bedeutsamkeit durch Sinnbezug stärkt, wirkt unmittelbar salutogenetisch und damit primärpräventiv. Für die Beratung außerhalb der Heilkunde ist dieses Modell in doppelter Hinsicht grundlegend. Zum einen liefert es die theoretische Rechtfertigung dafür, mit gesunden Menschen zu arbeiten: Auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum gibt es keinen Punkt, an dem eine Stärkung der Gesundheit sinnlos wäre. Zum anderen benennt es den konkreten Wirkmechanismus — die Stärkung des Kohärenzgefühls —, an dem beraterisches Handeln ansetzen kann.

6.2 Selbstbestimmung und psychologische Grundbedürfnisse

Die Selbstbestimmungstheorie von Deci und Ryan (2000) identifiziert drei psychologische Grundbedürfnisse, deren Befriedigung für Wohlbefinden, Motivation und psychische Gesundheit konstitutiv ist: das Bedürfnis nach Autonomie, nach

Kompetenz und nach sozialer Eingebundenheit. Werden diese Bedürfnisse chronisch frustriert, steigt das Risiko psychischer Belastung; werden sie unterstützt, wächst die psychische Widerstandsfähigkeit. Die Theorie unterscheidet dabei nicht nur zwischen erfüllten und unerfüllten Bedürfnissen, sondern zwischen deren aktiver Unterstützung und ihrer aktiven Vereitelung — ein Umstand, der erklärt, warum belastende Beziehungs- und Lebenskonstellationen nicht nur Ressourcen vorenthalten, sondern eigenständig schädigen können.

Beratung kann als eine Praxis verstanden werden, die genau diese Grundbedürfnisse stützt: Sie stärkt Autonomie durch die Förderung selbstbestimmter Entscheidungen, Kompetenz durch die Entwicklung von Bewältigungsfähigkeiten und Eingebundenheit durch die Reflexion und Gestaltung sozialer Beziehungen. Bemerkenswert ist, dass die beraterische Grundhaltung selbst — die Achtung der Autonomie der ratsuchenden Person, das Zutrauen in ihre Kompetenz, die verlässliche Beziehung — die drei Grundbedürfnisse bereits im Prozess bedient, unabhängig vom jeweiligen Thema. Die Beratungsbeziehung ist damit nicht nur Rahmen, sondern selbst Wirkfaktor.

6.3 Personenzentrierung und allgemeine Wirkfaktoren

Der personenzentrierte Ansatz von Rogers (1961) hat mit den Merkmalen einer hilfreichen Beziehung — Wertschätzung, Empathie und Kongruenz — Grundbedingungen benannt, die über einzelne Schulen hinaus als wirksam gelten. Rogers verstand diese Beziehungsqualitäten als notwendige und weitgehend hinreichende Bedingungen konstruktiver Veränderung; ihre Wirkung ist nicht an eine bestimmte Technik gebunden, sondern an die Qualität der Begegnung selbst.

Grawe (2004) hat aus der vergleichenden Wirkungsforschung allgemeine Wirkfaktoren herausgearbeitet, die nicht an ein bestimmtes Verfahren gebunden sind: die Qualität der therapeutischen Beziehung, die Aktivierung von Ressourcen, die Klärung von Anliegen, die aktive Bewältigung konkreter Probleme sowie die motivationale Passung. Diese Wirkfaktoren sind für die Beratung außerhalb der Heilkunde unmittelbar anschlussfähig, weil sie erklären, wie beraterisches Handeln auch ohne heilkundliche Behandlung Veränderung ermöglicht: Es sind gerade die verfahrensübergreifenden, nicht die störungsspezifischen Faktoren, die innerhalb der Psychotherapieforschung einen erheblichen Teil der Wirkung tragen; dies liefert einen Anknüpfungspunkt für die Annahme, dass vergleichbare Beziehungs- und Ressourcenfaktoren auch in der nicht-heilkundlichen Beratung relevant sein könnten, deren spezifische Wirkung jedoch eigenständiger empirischer Prüfung bedarf.

6.4 Selbstwirksamkeit und Selbstmitgefühl

Bandura (1997) hat mit dem Konzept der Selbstwirksamkeit die Überzeugung beschrieben, schwierige Situationen aus eigener Kraft bewältigen zu können. Selbstwirksamkeitserwartung ist ein robuster Schutzfaktor gegen Stress und ein

zentraler Ansatzpunkt präventiver Beratung. Bedeutsam ist, dass Selbstwirksamkeit veränderbar ist: Sie speist sich unter anderem aus Bewältigungserfahrungen, aus dem Modelllernen an anderen und aus ermutigender Rückmeldung — allesamt Quellen, die im Beratungsprozess gezielt erschlossen werden können. Ergänzend hat Neff (2011) mit dem Konzept des Selbstmitgefühls gezeigt, dass ein wohlwollender, nicht wertender Umgang mit eigenen Schwächen und Fehlern das psychische Wohlbefinden stärkt und der Selbstabwertung entgegenwirkt. Selbstmitgefühl verbindet dabei drei Komponenten: freundliche statt verurteilende Selbstzuwendung, das Bewusstsein geteilter menschlicher Erfahrung statt isolierender Selbstbezogenheit und eine achtsame statt überidentifizierte Haltung gegenüber belastenden Gefühlen. Beide Konzepte liefern konkrete, empirisch fundierte Ziele für die beraterische Arbeit.

6.5 Sinn, Anerkennung und Resonanz

Über die individualpsychologische Ebene hinaus liefern sinn- und gesellschaftstheoretische Ansätze wichtige Bezugspunkte. Frankl (1979) hat den Willen zum Sinn als grundlegende menschliche Motivationskraft beschrieben; die Auseinandersetzung mit Sinnfragen ist ein zentrales Anliegen vieler Beratungsprozesse, besonders in Übergängen und nach Verlusten, in denen die bisherige Ordnung des Lebens fraglich wird. Honneth (1992) hat mit der Theorie der Anerkennung herausgearbeitet, wie sehr gelingende Identität von wechselseitiger Anerkennung abhängt; das Ausbleiben von Anerkennung ist selbst eine Quelle von Leid. Rosa (2016) schließlich hat mit dem Resonanzbegriff die Qualität gelingender Weltbeziehungen beschrieben und der Beschleunigung und Entfremdung moderner Lebensverhältnisse ein Gegenmodell entgegengesetzt.

Diese Ansätze verankern Beratung in einem gesellschaftlichen Kontext und machen deutlich, dass psychische Belastung nicht allein individuell, sondern auch aus den Bedingungen moderner Lebensführung zu verstehen ist. Sie liefern damit zugleich eine wichtige Selbstbegrenzung: Wenn Belastung auch gesellschaftliche Ursachen hat, kann individuelle Beratung sie nicht vollständig auflösen. Sie kann jedoch die Fähigkeit stärken, unter belastenden Bedingungen resonante, anerkennende und sinnhafte Beziehungen aufrechtzuerhalten — und damit einen Beitrag leisten, der weder die gesellschaftliche Ursache leugnet noch den Einzelnen mit ihr allein lässt.

6.6 Integratives Wirkmodell: von der Belastung zur Störung — und zur Prävention

Die referierten Theorien lassen sich zu einem gemeinsamen Wirkmodell verdichten, das den in der Einleitung formulierten Wirkmechanismus expliziert. Das Modell nimmt an, dass subklinische Belastung nicht unmittelbar und zwangsläufig in eine Störung übergeht, sondern dass dieser Übergang durch den Bestand an personalen und

sozialen Schutzfaktoren mitbestimmt wird. Beratung wirkt in diesem Modell nicht direkt auf die Störung — das wäre Behandlung —, sondern indirekt, indem sie die Schutzfaktoren stärkt, die ihrerseits das Übergangsrisiko senken.

subklinische Belastung

→ **Beratung** → **Stärkung von Schutzfaktoren**

(Kohärenzgefühl · Selbstwirksamkeit · Grundbedürfnisbefriedigung · Sinn · Anerkennung)

→ **vermindertes Übergangsrisiko** → **Ausbleiben der manifesten Störung**

Dieses Modell ist bewusst als Mediationsmodell formuliert: Die Schutzfaktoren sind die vermittelnden Größen (Mediatoren), über die Beratung ihre präventive Wirkung entfalten soll. Daraus folgt ein klar geordnetes Prüfprogramm. Erstens muss gezeigt werden, dass Beratung die postulierten Schutzfaktoren tatsächlich stärkt. Zweitens muss gezeigt werden, dass die Stärkung dieser Schutzfaktoren mit einem geringeren Übergang von der Belastung zur Störung einhergeht. Drittens muss der vermittelte Effekt gegen alternative Erklärungen — insbesondere gegen spontane Rückbildung, Regression zur Mitte und allgemeine Zeit- und Reifungseffekte — abgesichert werden. Der Wert des Modells liegt darin, dass es die zentrale Hypothese in prüfbare Teilbehauptungen zerlegt und damit angibt, woran sie scheitern könnte. Bis zu einer solchen Prüfung bleibt das Modell eine theoretisch begründete, aber empirisch noch nicht bestätigte Rekonstruktion des vermuteten Wirkzusammenhangs.

7 Handlungsfeld I: Angehörige und soziales Umfeld

7.1 Die übersehene Belastung der Angehörigen

Psychische Belastung ist selten ein rein individuelles Geschehen. Sie betrifft regelmäßig das gesamte soziale Umfeld — Partnerinnen und Partner, Kinder, Eltern, Geschwister und enge Bezugspersonen. Angehörige tragen häufig über lange Zeiträume eine erhebliche Last: Sie übernehmen Verantwortung, organisieren Unterstützung, halten familiäre Strukturen aufrecht und stehen dabei unter chronischer emotionaler Anspannung. Empirisch geht diese dauerhafte Belastung pflegender und sorgender Angehöriger mit signifikant erhöhten Raten psychischer Morbidität, insbesondere Angstzuständen und Depression, einher (Adelman et al., 2014). Zugleich sind sie im Versorgungssystem kaum sichtbar, weil sie selbst keine Diagnose tragen und deshalb aus der heilkundlichen Logik herausfallen. Ihre Belastung ist real, aber versorgungsrechtlich unzuständig behandelt — ein Musterfall jener Lücke, die in Abschnitt 2.5 beschrieben wurde.

Gerade diese Konstellation macht Angehörige zu einer präventiv hoch bedeutsamen Zielgruppe. Sie sind gesund, aber erhöht belastet; sie tragen ein deutlich erhöhtes Risiko, selbst eine psychische Störung zu entwickeln; und für ihre spezifische Situation besteht bislang kein flächendeckendes, präventiv zugeschnittenes Angebot, während bestehende Hilfen für Angehörige fragmentiert und regional ungleich verteilt sind. Die Beratung von Angehörigen ist damit ein Musterbeispiel für selektive Primärprävention: Sie adressiert eine klar umrissene Risikogruppe, bevor aus Belastung Krankheit wird. Ein besonderes Augenmerk verdienen dabei Kinder in belasteten Familiensystemen, die zu den am stärksten gefährdeten und zugleich am wenigsten sichtbaren Angehörigen zählen.

7.2 Angehörigenberatung als primärpräventives Feld

Die psychologische Beratung von Angehörigen setzt an mehreren Punkten an. Sie stärkt die Fähigkeit zur Abgrenzung und zur Selbstfürsorge und wirkt damit der Erschöpfung entgegen, die aus dauerhafter Fürsorge für andere entsteht. Sie unterstützt die Klärung der eigenen Rolle und Grenzen und beugt der Überforderung vor, die entsteht, wenn Angehörige Verantwortung übernehmen, die sie nicht tragen können. Sie fördert tragfähige Kommunikation im Familiensystem und eröffnet Zugang zu entlastenden Ressourcen. In der Sprache des Wirkmodells aus Abschnitt 6.6 stärkt sie damit gezielt jene Schutzfaktoren — Handhabbarkeit, Selbstwirksamkeit, soziale Eingebundenheit —, deren Erosion die Angehörigen andernfalls selbst in die Belastung führt.

In alldem bleibt die Angehörigenberatung strikt im nicht-heilkundlichen Bereich: Sie behandelt weder die belastete Person noch die Angehörigen, sondern begleitet

gesunde Menschen bei der Bewältigung einer belastenden Lebenssituation. Wo sich bei Angehörigen selbst Anzeichen einer behandlungsbedürftigen Störung zeigen, greift die Verweisungspflicht. Die institutionelle Verankerung dieses Feldes — etwa in Gestalt spezialisierter Kommissionen und in der Zusammenarbeit mit fachärztlichen und wissenschaftlichen Institutionen — ist ein wichtiger Schritt, um die Angehörigenberatung als seriöses, qualitätsgesichertes und klar von der Heilkunde abgegrenztes Handlungsfeld zu etablieren. Ihre gesellschaftliche Bedeutung ist beträchtlich, weil sie an einer Stelle ansetzt, an der das Versorgungssystem systematisch blind ist.

8 Handlungsfeld II: Lebensübergänge, familiäre Belastung sowie Trauer und Verlust

Als zweites Handlungsfeld von besonderer Reichweite wird die Begleitung in kritischen Lebensübergängen, in familiären Belastungssituationen sowie in Trauer und Verlust entfaltet. Diese Felder eint, dass sie normale, zum menschlichen Leben gehörende Ereignisse betreffen, die gleichwohl mit einem erhöhten Risiko psychischer Destabilisierung einhergehen. Sie sind damit ein besonders klarer Fall nicht-heilkundlicher Primärprävention: Die begleiteten Menschen sind gesund, ihre Reaktionen sind angemessen, und dennoch bedürfen sie in einer Phase erhöhter Verletzlichkeit einer professionellen Begleitung.

8.1 Lebensübergänge als kritische, aber gesunde Lebensereignisse

Lebensübergänge — der Auszug der Kinder, der Eintritt in den Ruhestand, eine berufliche Neuorientierung, Elternschaft, Trennung und Scheidung, ein Umzug, die Übernahme einer Pflegeverantwortung — sind Umbruchphasen, in denen bisherige Rollen, Routinen und Selbstbilder ihre Gültigkeit verlieren und neue erst gefunden werden müssen. Übergangs- und Krisentheorien beschreiben solche Phasen als Zeiten erhöhter Instabilität, in denen das Kohärenzgefühl vorübergehend erschüttert wird: Situationen werden weniger verstehbar, Anforderungen weniger handhabbar, das eigene Handeln zeitweise weniger bedeutsam. Übergänge sind damit keine Krankheit, aber ein Risikofenster — genau die Konstellation, in der indizierte und selektive Prävention ansetzen.

Die beraterische Begleitung von Übergängen zielt darauf, dieses Risikofenster nicht sich selbst zu überlassen. Sie unterstützt die Neuordnung von Rollen und Prioritäten, stärkt die Selbstwirksamkeit im Umgang mit dem Unvertrauten und hilft, dem Übergang einen sinnhaften Bezug zu geben. Sie versteht die Krise nicht als Defekt, sondern — im Sinne einer entwicklungsorientierten Sichtweise — als Möglichkeit, aus der gestärkt hervorzugehen. Damit ist die Übergangsbegleitung ein Paradebeispiel salutogenetisch orientierter Beratung.

8.2 Familiäre Belastung und das Beziehungssystem

Familiäre Konstellationen sind einer der häufigsten Anlässe psychischer Belastung und zugleich eine ihrer wichtigsten Ressourcen. Konflikte in der Partnerschaft, Spannungen zwischen den Generationen, die Belastung durch die Sorge für Kinder oder pflegebedürftige Angehörige, die Neuordnung von Beziehungen nach Trennung oder Verlust — all dies betrifft nicht einzelne Personen, sondern das Beziehungssystem als Ganzes. Ein systemisches Verständnis macht sichtbar, dass Belastung häufig in Kommunikations- und Rollenmustern wurzelt und nicht allein in einzelnen Personen; entsprechend setzt die Beratung nicht an einer vermeintlich kranken Person an, sondern an den Beziehungen zwischen gesunden Menschen.

Die psychologische Beratung im familiären Feld — etwa in Gestalt einer Paar- oder Familienberatung — stärkt tragfähige Kommunikation, unterstützt die Klärung von Rollen und Grenzen und beugt der Eskalation von Konflikten vor, bevor diese sich verfestigen und einzelne Mitglieder des Systems in behandlungsbedürftige Belastung führen. Hier entfaltet Beratung neben ihrer verhaltenspräventiven Wirkung auch mittelbare Veränderungen des unmittelbaren sozialen Kontextes: Indem sie die Beziehungsstruktur verändert, wirkt sie auf das Umfeld ein, in dem die einzelnen Familienmitglieder stehen; von Verhältnisprävention im Sinne struktureller oder organisatorischer Bedingungen ist dies jedoch zu unterscheiden. Auch dieses Feld bleibt strikt nicht-heilkundlich: Es behandelt keine familiäre Pathologie, sondern begleitet ein System gesunder Menschen bei der Bewältigung einer belastenden Konstellation.

8.3 Trauer und Verlust: Begleitung, nicht Behandlung

Kaum ein Feld verdeutlicht die Trennlinie zwischen Begleitung und Behandlung so scharf wie die Trauer. Trauer nach dem Verlust eines nahestehenden Menschen ist keine Krankheit, sondern eine gesunde, sinnhafte und universelle Reaktion auf Verlust. Der trauernde Mensch ist nicht krank; er vollzieht einen notwendigen und schmerzhaften Prozess der Neuordnung seiner Weltbeziehung. Die weit überwiegende Mehrheit der Trauernden bewältigt diesen Prozess ohne heilkundliche Behandlung — mit der Zeit, mit sozialer Unterstützung und, wo diese fehlt oder überfordert ist, mit professioneller Begleitung.

Gerade die jüngere Entwicklung der diagnostischen Klassifikationssysteme, die mit der anhaltenden Trauerstörung erstmals eine eigene, behandlungsbedürftige Störungskategorie für einen kleinen Teil besonders schwerer und langanhaltender Trauerverläufe geschaffen haben (World Health Organization, 2019; American Psychiatric Association, 2022), macht die Abgrenzung wichtiger, nicht überflüssig. Denn sie verschärft die Gefahr, normale Trauer vorschnell zu pathologisieren. Die psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde nimmt hier eine doppelte, klar

begrenzte Aufgabe wahr: Sie begleitet die gesunde Trauer — durch Normalisierung, durch das Halten des Prozesses, durch die Aktivierung tragender Ressourcen und Beziehungen — und sie erkennt zugleich die Anzeichen einer anhaltenden Trauerstörung (Prolonged Grief Disorder) im Sinne der aktuellen diagnostischen Klassifikationssysteme und verweist in diesen Fällen konsequent an das heilkundliche System. Trauerbegleitung ist damit weder Therapie noch deren Ersatz, sondern primärpräventive Begleitung eines gesunden Bewältigungsprozesses, die zugleich der Chronifizierung vorbeugt.

8.4 Gemeinsame Struktur und Abgrenzung des Feldes

Die drei skizzierten Bereiche — Lebensübergänge, familiäre Belastung sowie Trauer und Verlust — teilen eine gemeinsame Struktur, die sie als Handlungsfeld zusammenfügt. In allen dreien handelt es sich um normale, nicht krankheitswertige Lebensereignisse, die mit einem erhöhten, zeitlich umgrenzten Risiko der Destabilisierung einhergehen. In allen dreien setzt Beratung an, bevor aus der belastenden, aber gesunden Reaktion eine behandlungsbedürftige Störung wird. Und in allen dreien ist die Verweisungskompetenz die notwendige Kehrseite der Begleitung: Wer die gesunde Trauer, die gesunde Krise, die gesunde familiäre Spannung begleitet, muss den Punkt erkennen, an dem diese in Krankheitswert umschlägt. Damit fügt sich das Feld nahtlos in das in Abschnitt 4.3 entwickelte Verständnis ein — es ergänzt die heilkundliche Versorgung, ohne mit ihr zu konkurrieren, und richtet sich strikt an gesunde Menschen in belastenden, aber nicht krankmachenden Lebenslagen.

9 Wirksamkeit, Evidenz und Forschungsbedarf

9.1 Allgemeine Wirkfaktoren als theoretischer und empirischer Anknüpfungspunkt

Die Wirksamkeit beraterischer und psychosozialer Interventionen lässt sich nicht allein an spezifischen Techniken festmachen. Die vergleichende Wirkungsforschung hat gezeigt, dass ein erheblicher Teil der Wirkung auf allgemeine, verfahrensübergreifende Faktoren zurückgeht — insbesondere auf die Qualität der Beziehung, die Aktivierung von Ressourcen und die Passung zwischen Angebot und Anliegen (Wampold, 2015; Grawe, 2004). Diese Befunde sind für die Beratung außerhalb der Heilkunde von Bedeutung, weil sie einen Anknüpfungspunkt für die Hypothese liefern, dass wirksame Hilfe nicht ausschließlich an heilkundliche Behandlung gebunden ist, sondern auf Wirkprinzipien beruhen könnte, die auch die Beratung nutzt; ihre spezifische Übertragbarkeit auf das nicht-heilkundliche Feld bedarf jedoch eigenständiger empirischer Prüfung. Sie liefern damit eine indirekte,

aber tragfähige Plausibilisierung: Was in der Psychotherapie einen erheblichen Teil der Wirkung trägt, steht der Beratung gleichermaßen zur Verfügung.

9.2 Präventive Effekte niedrigschwelliger Angebote

Für den präventiven Nutzen niedrigschwelliger, ressourcenorientierter Angebote spricht eine wachsende, wenngleich noch unvollständige Evidenzbasis. Die theoretischen Wirkmechanismen — Stärkung des Kohärenzgefühls, Unterstützung psychologischer Grundbedürfnisse, Aufbau von Selbstwirksamkeit — sind gut belegt. Die spezifische Wirksamkeit der psychologischen Beratung außerhalb der Heilkunde als eigenständiges Feld ist demgegenüber bislang unzureichend empirisch untersucht. Diese Feststellung ist mit Sorgfalt zu interpretieren: Das Fehlen spezifischer Wirksamkeitsstudien ist weniger ein Zeichen fehlender Wirkung als vielmehr Ausdruck eines Forschungsdefizits, das aus der relativen Jugend des professionalisierten Feldes resultiert. Fehlende Evidenz ist nicht gleichbedeutend mit Evidenz der Wirkungslosigkeit — beides zu verwechseln wäre ein logischer Fehlschluss.

9.3 Forschungsdesiderate und die Prüfung der Präventionshypothese

Aus dem Gesagten ergibt sich ein Forschungsbedarf, der sich unmittelbar an der zentralen Hypothese dieses Beitrags und dem Wirkmodell aus Abschnitt 6.6 ausrichtet. Ihre empirische Prüfung erfordert erstens prospektive Längsschnittstudien, die Menschen mit subklinischen Belastungen über die Zeit begleiten und den Übergang in eine manifeste Störung in Abhängigkeit von einer in Anspruch genommenen Beratung modellieren. Sie erfordert zweitens, soweit ethisch und praktisch vertretbar, kontrollierte Vergleiche, die den spezifischen Beitrag der Beratung von allgemeinen Verlaufs- und Regressionseffekten trennen; gerade, weil viele belastete Zustände sich auch ohne Intervention zurückbilden, ist eine Kontrollbedingung unerlässlich, um Wirkung von Spontanverlauf zu unterscheiden. Sie erfordert drittens Mediationsanalysen, die prüfen, ob die postulierten Wirkmechanismen — die Stärkung von Kohärenzgefühl, Selbstwirksamkeit und Grundbedürfnisbefriedigung — den vermuteten Zusammenhang tatsächlich vermitteln. Und sie erfordert viertens gesundheitsökonomische Analysen, die den präventiven Nutzen den vermiedenen Folgekosten gegenüberstellen.

Bis zur Vorlage solcher Untersuchungen ist die Präventionshypothese als theoretisch begründete, empirisch jedoch noch nicht abschließend belegte Annahme zu behandeln. Ihre wissenschaftliche Stärke liegt gerade darin, dass sie präzise, prüfbar und potenziell widerlegbar formuliert ist und damit einer systematischen empirischen Bearbeitung zugänglich wird. Der Aufbau einer entsprechenden Forschungsinfrastruktur für das Feld der psychologischen Beratung außerhalb der Heilkunde ist eine vordringliche Aufgabe der kommenden Jahre.

10 Mögliche Einwände und Erwiderungen

Eine tragfähige Standortbestimmung muss sich den naheliegenden Einwänden gegen ihre These aussetzen. Der folgende Abschnitt nimmt fünf Einwände auf, die gegen die primärpräventive Konzeption der psychologischen Beratung außerhalb der Heilkunde vorgebracht werden können. Sie werden jeweils in ihrer stärksten Form dargestellt und anschließend beantwortet; wo ein Einwand berechtigt ist, wird dies eingeräumt und in die Argumentation aufgenommen.

10.1 Einwand: Beratung sei nur verkappte Therapie

Man könnte einwenden, die Grenze zwischen Beratung und Therapie sei in der Praxis porös; wer mit belasteten Menschen an deren innerem Erleben arbeite, betreibe faktisch Krankenbehandlung und umgehe lediglich den Vorbehalt der Heilkunde. Dieser Einwand ist ernst zu nehmen, greift jedoch zu kurz. Er verwechselt die Ähnlichkeit einzelner Methoden mit der Identität der Tätigkeit. Beratung und Therapie können sich kommunikativer Verfahren bedienen, die einander ähneln — doch konstituiert wird eine Tätigkeit nicht durch ihre Methode allein, sondern durch das Zusammentreffen von Zielgruppe, Auftrag, Methodik und zeitlicher Logik (Abschnitt 4.3). Beratung richtet sich definitionsgemäß an gesunden Menschen, verzichtet auf Diagnostik und Krankenbehandlung und ist der Störungsentstehung zeitlich vorgelagert. Die Porosität der Grenze ist zudem kein Argument gegen die Grenze, sondern eines für die Verweisungskompetenz: Gerade weil der Übergang fließend ist, gehört die Fähigkeit, ihn zu erkennen und zu respektieren, zum Kern der Qualifikation.

10.2 Einwand: Es fehle der empirische Wirksamkeitsnachweis

Man könnte einwenden, die zentrale These sei spekulativ, solange kein empirischer Nachweis der präventiven Wirksamkeit vorliege. Auch dieser Einwand ist berechtigt — und wird im Beitrag ausdrücklich geteilt. Er richtet sich jedoch gegen eine Behauptung, die hier gar nicht erhoben wird. Der Beitrag behauptet nicht die erwiesene Wirksamkeit, sondern leitet eine Hypothese ab und kennzeichnet sie durchgängig als solche. Eine konzeptionelle, theoriegeleitete Standortbestimmung, die eine präzise und widerlegbare Hypothese formuliert, ist eine legitime und notwendige Vorstufe empirischer Forschung, kein Ersatz für sie. Der Einwand markiert damit korrekt das Forschungsdesiderat (Abschnitt 9.3), entkräftet aber nicht die theoretische Plausibilität, die sich auf gut belegte Wirkmechanismen stützt.

10.3 Einwand: Niedrigschwelligkeit sei gefährlich

Man könnte einwenden, ein niedrigschwelliges, nicht-heilkundliches Angebot berge die Gefahr, dass Menschen mit ernsten, behandlungsbedürftigen Störungen dort verbleiben und der adäquaten Versorgung vorenthalten werden; die Beratung könne so den Weg in die Behandlung verzögern. Dieser Einwand benennt ein reales Risiko

und ist deshalb ernst zu nehmen. Er wird jedoch durch die konstitutive Verweisungspflicht adressiert: Zur Professionalität der Beratung gehört die Kompetenz, Anzeichen einer behandlungsbedürftigen Störung zu erkennen und konsequent weiterzuverweisen. Unter dieser Voraussetzung kehrt sich das Argument sogar um: Ein niedrigschwelliges, wenig stigmatisierendes Erstangebot kann Menschen erreichen, die den Weg in das heilkundliche System aus Scham oder Schwellenangst meiden, und ihnen diesen Weg — durch qualifizierte Weiterverweisung — überhaupt erst eröffnen. Die Gefahr liegt damit nicht in der Niedrigschwelligkeit als solcher, sondern in einer unzureichenden Qualifikation; sie ist ein Argument für Qualitätssicherung, nicht gegen das Angebot.

10.4 Einwand: Individualberatung individualisiere gesellschaftliche Probleme

Man könnte einwenden, dass ein erheblicher Teil psychischer Belastung gesellschaftliche Ursachen hat — prekäre Lebenslagen, Beschleunigung, soziale Vereinzelung — und dass eine am Individuum ansetzende Beratung diese strukturellen Probleme individualisiere und damit verschleierte. Dieser Einwand trifft einen wichtigen Punkt und wird nicht zurückgewiesen, sondern begrenzt. Der Beitrag hält ausdrücklich fest, dass individuelle Beratung strukturelle Ursachen nicht ersetzen kann (Abschnitte 5.3 und 6.5) und dass Verhaltens- und Verhältnisprävention einander bedingen. Beratung erhebt nicht den Anspruch, gesellschaftliche Belastungsquellen aufzulösen; sie stärkt die Fähigkeit, unter belastenden Bedingungen handlungsfähig und in resonanten Beziehungen zu bleiben. Die richtige Konsequenz aus dem Einwand ist deshalb nicht der Verzicht auf Beratung, sondern ihre Einordnung als ein Baustein neben verhältnispräventiven und sozialpolitischen Maßnahmen — nicht als deren Konkurrenz und nicht als deren Alibi.

10.5 Einwand: Der Beratungsmarkt sei unreguliert

Man könnte schließlich einwenden, das Feld sei unreguliert, die Berufsbezeichnung ungeschützt und die Qualität mangels verbindlicher Standards nicht gesichert. Dieser Einwand ist zutreffend — und er ist zugleich das stärkste Argument für das Anliegen dieses Beitrags. Denn er richtet sich nicht gegen die psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde als solche, sondern gegen ihre unzureichende Professionalisierung. Die Antwort auf einen unregulierten Markt ist nicht dessen Ächtung, sondern seine Ordnung: durch verbindliche Qualitätsstandards, berufsethische Selbstverpflichtung, strukturierte Ausbildung und institutionelle Anerkennung des Berufsbildes bis hin zu einer gesetzlichen Rahmung. Der Einwand unterstreicht damit genau jene Voraussetzungen, die der Beitrag in Abschnitt 12 als Bedingungen einer gesellschaftlich wirksamen Verankerung benennt.

11 Limitationen

Der vorliegende Beitrag unterliegt mehreren Einschränkungen, die bei seiner Einordnung zu berücksichtigen sind und die von den in Abschnitt 10 behandelten fremden Einwänden zu unterscheiden sind: Während jene mögliche Einwände Dritter aufnehmen und beantworten, benennt dieser Abschnitt die selbst gesehenen Grenzen der Argumentation. Erstens handelt es sich um eine konzeptionelle, theoriegeleitete Arbeit; sie leitet eine Hypothese ab, prüft sie aber nicht empirisch. Aussagen über die kausale Wirksamkeit der psychologischen Beratung außerhalb der Heilkunde sind auf dieser Grundlage nicht möglich. Zweitens beruhen die referierten Kennzahlen überwiegend auf administrativen und selbstberichteten Daten sowie auf Routine- und Krankheitskostenrechnungen, die nicht unmittelbar mit epidemiologischen Prävalenzen gleichzusetzen sind; methodische Veränderungen in der Datenerhebung können einen Teil der beobachteten Entwicklungen erklären. Drittens ist die spezifische Wirksamkeitsforschung zum Feld der Beratung außerhalb der Heilkunde bislang begrenzt, sodass sich die theoretische Fundierung überwiegend auf verwandte, aber nicht deckungsgleiche Forschungstraditionen stützt; die Übertragbarkeit dieser Befunde auf das spezifische Feld ist selbst eine empirisch zu prüfende Annahme. Viertens ist die Autorin durch ihre verbandlichen und akademischen Funktionen mit dem Gegenstand verbunden; die im Abschnitt zur Interessenoffenlegung genannten Bindungen sind bei der Lektüre zu berücksichtigen. Diese Einschränkungen mindern nicht den dargestellten Handlungsbedarf, markieren aber die Grenzen dessen, was aus dem Beitrag abgeleitet werden kann.

12 Schlussfolgerungen und Ausblick

Die psychische Gesundheitslage in der Bundesrepublik Deutschland begründet einen erheblichen und bislang unzureichend gedeckten Bedarf an Primärprävention. Die verfügbaren Kennzahlen — die hohe und steigende Prävalenz, der wachsende Umfang psychisch bedingter Fehlzeiten, die Dominanz psychischer Erkrankungen bei den Frühberentungen und die beträchtlichen volkswirtschaftlichen Kosten — zeigen übereinstimmend, dass ein allein kurativ ausgerichtetes Versorgungssystem den Herausforderungen nicht gerecht werden kann. Besondere Aufmerksamkeit verdient der subklinische Bereich unterhalb der Diagnoseschwelle, in dem Belastungen entstehen und sich verfestigen, bevor sie behandlungsbedürftig werden — und für den das heilkundliche System mangels Diagnose nicht zuständig ist.

Die psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde stellt einen konzeptionell plausiblen Ansatz dar, einen Teil dieser präventiven Lücke zu adressieren. Sie ist nicht-diagnostisch, nicht-therapeutisch und primärpräventiv; sie richtet sich an psychisch gesunde Menschen und an Personen mit subklinischen Belastungen; und sie lässt sich auf der Grundlage definierter Ausbildungs-, Ethik- und Qualitätsstandards

professionalisiert ausgestalten. Ihre trennscharfe Abgrenzung zur Heilkunde ist dabei nicht Einschränkung, sondern Voraussetzung ihrer Legitimität: Beratung ergänzt und entlastet die heilkundliche Versorgung, ohne mit ihr zu konkurrieren. In den beiden entfalteten Handlungsfeldern — der Beratung von Angehörigen und der Begleitung in Lebensübergängen, familiärer Belastung sowie Trauer und Verlust — zeigt sich ihr präventiver Beitrag mit besonderer Deutlichkeit, und die systematische Auseinandersetzung mit den naheliegenden Einwänden hat gezeigt, dass mehrere von ihnen insbesondere die Bedeutung klarer Abgrenzung, verlässlicher Qualitätssicherung und eigenständiger Wirksamkeitsforschung unterstreichen.

Damit dieses Potenzial gesellschaftlich wirksam werden kann, sind drei Voraussetzungen zu schaffen: die weitere institutionelle Anerkennung des Berufsbildes und seiner Qualitätsstandards; die Schließung der Forschungslücke durch systematische Wirksamkeits- und Versorgungsforschung, insbesondere durch die empirische Prüfung der hier entfalteten Präventionshypothese und des zugehörigen Wirkmodells; und die Verankerung der psychologischen Beratung außerhalb der Heilkunde als anerkannter Baustein einer präventiv ausgerichteten Gesundheits- und Sozialpolitik. Prävention, die früh ansetzt, ist nicht nur menschlich geboten, sondern auch ökonomisch vernünftig. Die psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde bietet hierfür einen professionellen, klar umrissenen und anschlussfähigen Rahmen.

13 Interessenkonflikt und Finanzierung

Die Autorin ist Präsidentin des Verbandes Psychologischer Berater e.V. (VpsyB), leitende Dozentin der Akademie Psychologischer Berater und Honorarprofessorin für Beratungspsychologie. Sie vertritt damit institutionelle Interessen im Feld der psychologischen Beratung außerhalb der Heilkunde. Der vorliegende Beitrag ist als wissenschaftliche Standortbestimmung angelegt; die genannten Funktionen werden zur Wahrung der Transparenz offengelegt. Für die Erstellung des Beitrags wurde keine Drittmittelförderung in Anspruch genommen. Darüber hinaus bestehen nach Kenntnis der Autorin keine finanziellen oder persönlichen Interessenkonflikte.

14 Literaturverzeichnis

- Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. S. (2014). Caregiver burden: a clinical review. *JAMA*, 311(10), 1052–1060.
- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text revision, DSM-5-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit.* Deutsche erweiterte Ausgabe von A. Franke. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control.* New York: Freeman.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry.* New York: Basic Books.
- DAK-Gesundheit (2025). *Psychreport 2025. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten.* Erstellt vom IGES Institut. Hamburg/Berlin: DAK-Gesundheit.
- DAK-Gesundheit (2026). *Krankenstandsanalyse 2025 (Datenstand 2025).* Hamburg/Berlin: DAK-Gesundheit.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The „what“ and „why“ of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2025). *Basisdaten Psychische Erkrankungen.* Stand: Februar 2025. Berlin: DGPPN.
- Frankl, V. E. (1979). *Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn.* München: Piper.
- Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz – HeilprG) in der jeweils geltenden Fassung. § 1 Abs. 2.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie.* Göttingen: Hogrefe.
- Honneth, A. (1992). *Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte.* Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Institut der deutschen Wirtschaft (2025). *Psychische Krankheiten: Frühe Prävention verhindert volkswirtschaftliche Kosten.* Köln: iwd.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L. 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.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602.

- Lee, Y. Y., Stockings, E. A., Harris, M. G., Doi, S. A. R., Page, I. S., Davidson, S. K., & Barendregt, J. J. (2019). The risk of developing major depression among individuals with subthreshold depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Psychological Medicine*, 49(1), 92–102.
- Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (Hrsg.). (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press.
- Neff, K. (2011). Self-compassion: The proven power of being kind to yourself. New York: William Morrow.
- OECD & Europäische Kommission (2018). Health at a Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle. Paris/Brüssel: OECD Publishing.
- Psychotherapeutengesetz (PsychThG). Gesetz über den Beruf der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten vom 15. November 2019 in der jeweils geltenden Fassung. § 1 Abs. 2 Satz 1.
- Robert Koch-Institut (2025). Psychische Gesundheit und psychische Störungen. Themenschwerpunkt Psychische Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI.
- Rogers, C. R. (1961). On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin.
- Rosa, H. (2016). Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung. Berlin: Suhrkamp.
- Statistisches Bundesamt (2025). Krankheitskostenrechnung. Ergebnisse für das Berichtsjahr 2023. Wiesbaden: Destatis.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work (2nd ed.). New York: Routledge.
- World Health Organization (2019). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th Revision (ICD-11). Genf: World Health Organization.

Hinweis: Bei den referierten Kennzahlen handelt es sich um administrative bzw. selbstberichtete Prävalenzen und Routinedaten der Kranken- und Rentenversicherung; sie sind nicht unmittelbar mit epidemiologischen Prävalenzen gleichzusetzen. Methodische Veränderungen in der Datenerhebung können einen Teil der beobachteten Entwicklungen erklären.