

Psychologische Beratung in der Arbeitswelt

Primärprävention außerhalb der Heilkunde

*Psychische Gesundheit als strategische Aufgabe im Zeitalter von Arbeitswelt
4.0 und New Work*

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 · 21.07. 2026

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung.....	4
1.1	Abstract.....	4
2	Einleitung.....	5
3	Die Arbeitswelt im Wandel: Arbeitswelt 4.0 und New Work	6
3.1	Digitalisierung, Entgrenzung und Beschleunigung.....	7
3.2	Neue Autonomie, neue Ambivalenz.....	7
3.3	Kein monokausales Geschehen: Stress und psychosoziale Belastung.....	7
4	Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt: Datenlage.....	8
4.1	Arbeitsunfähigkeit und Fehlzeiten	8
4.2	Betroffene Berufsgruppen und Geschlechterunterschiede	9
4.3	Frühberentung.....	9
4.4	Ökonomische Dimension und Return on Prevention	9
5	Der rechtliche und betriebliche Rahmen	11
5.1	Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung nach dem Arbeitsschutzgesetz.....	11
5.2	Betriebliches Gesundheitsmanagement, Gesundheitsförderung und EAP.	11
5.3	Die verbleibende Lücke: individuelle Primärprävention	12
5.4	Zwei Berufsbilder: strukturelle Gefährdungsbeurteilung und individuelle Beratung	12
6	Psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde in der Arbeitswelt.....	14
6.1	Definition und konstitutive Merkmale	14
6.2	Abgrenzung zur Heilkunde, Psychotherapie und Betriebsmedizin	14
6.3	Abgrenzung und Ergänzung zur Gefährdungsbeurteilung und zum Gesundheitsmanagement.....	14
6.4	Vertraulichkeit und Rollenklarheit.....	15
7	Theoretische Fundierung im Arbeitskontext.....	16
7.1	Salutogenese und Kohärenz.....	16
7.2	Psychologische Grundbedürfnisse und Motivation	16
7.3	Selbstwirksamkeit und Bewältigung.....	16
7.4	Beschleunigung, Resonanz und Anerkennung	16
7.5	Allgemeine Wirkfaktoren	17
8	Handlungsebenen der Beratung im Unternehmen.....	18
8.1	Individuelle Ebene: die Beschäftigten	18
8.2	Führungsebene	18
8.3	Organisationale Ebene und Kultur	18
8.4	Der Nutzen für das Unternehmen: früh, freiwillig und arbeitgeberseitig gefördert.....	18

9	Die Präventionshypothese im betrieblichen Kontext.....	19
10	Wirksamkeit, Evidenz und Forschungsbedarf	20
11	Limitationen	20
12	Schlussfolgerungen und Ausblick.....	21
13	Interessenkonflikt und Finanzierung	21
14	Literaturverzeichnis.....	23

1 Zusammenfassung

Die Arbeitswelt ist einer der zentralen Orte, an denen psychische Belastung in der Bundesrepublik Deutschland entsteht, sichtbar wird und volkswirtschaftliche Kosten verursacht. Psychisch bedingte Fehltagelassen erreichen fortlaufend neue Höchststände, psychische Erkrankungen sind die häufigste Ursache für Frühberentungen, und die Anforderungen von Arbeitswelt 4.0 und New Work – Digitalisierung, Entgrenzung, Beschleunigung und steigende Komplexität – verschärfen die Belastung zusätzlich. Der vorliegende Beitrag argumentiert, dass diese Entwicklung nicht allein durch heilkundliche Behandlung und auch nicht allein durch strukturelle Arbeitsschutzmaßnahmen zu bewältigen ist, sondern eine individuelle Primärprävention erfordert, die ansetzt, bevor Belastungen in behandlungsbedürftige Störungen übergehen. Die psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde wird als ein niedrigschwelliges, ressourcenorientiertes, vertrauliches und trennscharf von der Heilkunde abgegrenztes Angebot beschrieben, das diese Lücke schließen kann. Nach einer Analyse der Datenlage, des rechtlichen Rahmens – insbesondere der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung nach dem Arbeitsschutzgesetz – und einer präzisen Abgrenzung zu Betriebsmedizin, Psychotherapie und betrieblichem Gesundheitsmanagement entfaltet der Beitrag die Handlungsebenen betrieblicher Beratung und formuliert eine empirisch prüfbare Präventionshypothese für den Arbeitskontext. Er betont die multikausale Entstehung psychischer Belastung – nicht allein Stress, sondern ein Zusammenspiel arbeitsbezogener und psychosozialer Faktoren –, unterscheidet zwei komplementäre Berufsbilder, die strukturelle Gefährdungsbeurteilung und die individuelle Beratung, und zeigt, dass ein früh angebotenes, arbeitgeberseitig gefördertes Angebot sowohl den Beschäftigten als auch dem Unternehmen nutzt.

1.1 Abstract

The world of work is one of the central settings in which mental strain arises, becomes visible and generates economic costs in Germany. Days of work incapacity due to mental disorders repeatedly reach new record levels, mental disorders are the leading cause of early retirement, and the demands of Work 4.0 and New Work – digitalisation, the blurring of boundaries, acceleration and rising complexity – intensify the strain further. This paper argues that this development can be addressed neither by curative

treatment alone nor by structural occupational safety measures alone, but requires individual primary prevention that intervenes before strain turns into a treatable disorder. Psychological counselling outside the field of the healing arts (Heilkunde) is described as a low-threshold, resource-oriented, confidential offering, clearly delineated from the healing arts, that can close this gap. After analysing the data, the legal framework – in particular the risk assessment of mental strain under the Occupational Safety and Health Act – and delineating counselling from occupational medicine, psychotherapy and corporate health management, the paper develops the levels of action of workplace counselling and formulates an empirically testable prevention hypothesis for the occupational context. It stresses the multicausal origin of mental strain – not stress alone, but an interplay of work-related and psychosocial factors –, distinguishes two complementary professional roles, the structural risk assessment and individual counselling, and shows that an early, employer-supported offering benefits both employees and the organisation.

Keywords: workplace counselling; primary prevention; occupational mental health; New Work; non-medical counselling; salutogenesis; risk assessment of mental strain; Germany

2 Einleitung

Kaum ein gesellschaftlicher Bereich verbindet individuelle Gesundheit und ökonomische Leistungsfähigkeit so unmittelbar wie die Arbeit. Erwerbstätige verbringen einen erheblichen Teil ihrer wachen Zeit am Arbeitsplatz; die dort wirkenden Bedingungen prägen Wohlbefinden, Motivation und psychische Gesundheit in hohem Maße. Zugleich schlägt sich psychische Belastung nirgends so sichtbar in Kennzahlen nieder wie in der Arbeitswelt: in Fehltagen, in Fluktuation, in Produktivitätsverlusten und in Frühberentungen. Die Arbeitswelt ist damit sowohl ein Ort, an dem psychische Belastung entsteht, als auch ein Ort, an dem Prävention mit großer Reichweite ansetzen kann.

Die betriebliche und gesundheitspolitische Reaktion auf psychische Belastung konzentriert sich bislang auf zwei Ebenen: auf die heilkundliche Behandlung bereits erkrankter Beschäftigter und auf den strukturellen Arbeitsschutz, der belastende Arbeitsbedingungen verändern soll. Beide Ebenen sind notwendig, aber sie lassen

eine Lücke offen. Zwischen der gesunden, aber zunehmend belasteten Beschäftigten und der behandlungsbedürftigen Erkrankung liegt ein breiter Bereich, in dem weder der Arbeitsschutz noch die Heilkunde regelhaft greift. Genau hier liegt das Feld der individuellen Primärprävention – und damit das Feld der psychologischen Beratung außerhalb der Heilkunde.

Leitend ist eine Hypothese, die den argumentativen Kern des Beitrags bildet und im Folgenden theoretisch begründet wird. Sie lautet: *Werden arbeitsbezogene subklinische 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, und es sinken die daraus folgenden Fehlzeiten und Produktivitätsverluste.* Als vermittelnder Wirkmechanismus wird angenommen, dass Beratung personale Schutzfaktoren – Kohärenzgefühl, Selbstwirksamkeit, die Befriedigung psychologischer Grundbedürfnisse – stärkt und so das Übergangsrisiko von der Belastung zur Störung senkt.

Methodisch ist der Beitrag als konzeptionelle, theoriegeleitete Standortbestimmung angelegt, nicht als empirische Wirksamkeitsstudie. Er trägt öffentlich zugängliche, methodisch anerkannte Daten zusammen, ordnet sie präventions- und arbeitswissenschaftlich ein und leitet daraus eine prüfbare Hypothese ab. Die verfügbaren Daten begründen den Handlungsbedarf und die theoretische Plausibilität; sie ersetzen nicht den kausalen Nachweis, der prospektiven, möglichst kontrollierten Studien vorbehalten bleibt. Diese Unterscheidung zwischen begründeter Plausibilität und empirischem Beleg wird durchgängig aufrechterhalten.

3 Die Arbeitswelt im Wandel: Arbeitswelt 4.0 und New Work

Die Bedingungen, unter denen Menschen arbeiten, haben sich in den vergangenen zwei Jahrzehnten tiefgreifend verändert. Digitalisierung, mobile und hybride Arbeitsformen, flexible Arbeitszeitmodelle und eine steigende Innovations- und Veränderungsgeschwindigkeit prägen unter den Schlagworten Arbeitswelt 4.0 und

New Work eine Arbeitsrealität, die neue Freiheitsgrade eröffnet und zugleich neue Belastungskonstellationen erzeugt.

3.1 Digitalisierung, Entgrenzung und Beschleunigung

Drei Entwicklungen sind für das Belastungserleben besonders folgenreich. Erstens die Entgrenzung: Die Trennung zwischen Arbeit und Privatleben löst sich auf, wenn ständige Erreichbarkeit zur Norm wird und Arbeit räumlich wie zeitlich nicht mehr klar begrenzt ist. Zweitens die Verdichtung: Steigende Anforderungen an Tempo, Verfügbarkeit und Multitasking erhöhen die Beanspruchung pro Zeiteinheit. Drittens die Beschleunigung: Kürzere Innovationszyklen und permanente Veränderung verlangen fortwährende Anpassung und erschweren das Gefühl von Stabilität und Kontrolle. Diese Entwicklungen wirken nicht auf alle gleich; sie treffen jedoch in ihrer Summe auf psychologische Grundbedürfnisse, deren Frustration das Risiko psychischer Belastung erhöht.

3.2 Neue Autonomie, neue Ambivalenz

New Work verspricht mehr Autonomie, Sinn und Selbstverwirklichung. Diese Versprechen sind real, doch sie sind ambivalent. Größere Autonomie geht mit größerer Selbststeuerungslast einher; wer seine Arbeit selbst organisiert, trägt auch die Verantwortung für Grenzziehung, Priorisierung und Erholung. Ohne entsprechende Kompetenzen und ohne unterstützende Bedingungen kann aus dem Freiheitsversprechen eine Überforderung werden. Die psychologische Beratung setzt genau an dieser Stelle an: bei der Fähigkeit, die Freiheitsgrade der neuen Arbeitswelt gesundheitsförderlich zu nutzen.

3.3 Kein monokausales Geschehen: Stress und psychosoziale Belastung

Psychische Erkrankungen entstehen nicht monokausal. Sie sind das Ergebnis eines Zusammenspiels vieler Faktoren – biologischer, psychischer und sozialer – und lassen sich nur selten auf eine einzige Ursache zurückführen. Für den Arbeitskontext bedeutet dies zweierlei. Erstens ist arbeitsbezogene Belastung mehr als Stress im engeren Sinne: Neben hoher Arbeitsintensität wirken psychosoziale Belastungen wie Konflikte, mangelnde Anerkennung, unklare Rollen, geringe Handlungsspielräume, soziale Isolation in hybriden Arbeitsformen oder belastendes Führungsverhalten.

Zweitens ist die Arbeit in vielen Fällen nicht die alleinige Ursache psychischer Belastung, sondern wirkt als Katalysator – im Zusammenspiel mit privaten und biografischen Faktoren, die die Person mit an den Arbeitsplatz bringt.

Aus diesem multikausalen Verständnis folgt eine wichtige Konsequenz für die Prävention. Eine rein strukturelle Verbesserung der Arbeitsbedingungen ist notwendig, aber nicht hinreichend, weil sie die individuelle und die außerbetriebliche Seite der Belastung nicht erreicht. Ebenso greift eine allein am Individuum ansetzende Maßnahme zu kurz, wenn belastende Bedingungen fortbestehen. Wirksame Primärprävention adressiert daher beide Seiten – die Bedingungen und die Person – und betrachtet die psychosoziale Gesamtsituation, nicht allein den arbeitsbezogenen Stress.

4 Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt: Datenlage

Die folgende Bestandsaufnahme stützt sich auf öffentlich zugängliche, methodisch anerkannte Quellen. Bei ihrer Interpretation ist zu beachten, dass ein Teil der beobachteten Anstiege auf verbesserte Erkennung, Entstigmatisierung und methodische Veränderungen zurückgeht und dass administrative Daten nicht unmittelbar mit epidemiologischen Prävalenzen gleichzusetzen sind.

4.1 Arbeitsunfähigkeit und Fehlzeiten

Am deutlichsten zeigt sich die Entwicklung im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. 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; für das Jahr 2025 weist die Analyse einen weiteren Zuwachs um rund sieben Prozent auf etwa 366 Fehltage je 100 Versicherte aus (DAK-Gesundheit, 2025; 2026). Damit hat sich die Zahl der psychisch bedingten Fehltage seit der Jahrtausendwende nahezu verdreifacht. Charakteristisch ist die lange Dauer der Ausfälle: Die durchschnittliche Falldauer liegt bei über dreißig Tagen je Fall und damit deutlich über der somatischer Erkrankungen. Psychisch bedingte Fehlzeiten sind damit nicht nur häufig, sondern auch besonders folgenreich.

4.2 Betroffene Berufsgruppen und Geschlechterunterschiede

Die Belastung verteilt sich ungleich. Frauen weisen mit rund 431 Fehltagen je 100 Versicherte deutlich mehr psychisch bedingte Ausfalltage auf als Männer mit rund 266 Tagen (DAK-Gesundheit, 2025). Besonders betroffen sind soziale, erzieherische und pflegerische Berufe – Tätigkeiten mit hoher emotionaler Beanspruchung und großer Verantwortung für andere Menschen. In der Kinderbetreuung und in der Altenpflege liegen die psychisch bedingten Fehltageweit über dem Durchschnitt aller Beschäftigten. Diese Verteilung verweist auf einen arbeitsbezogenen Anteil der Belastung, der über rein individuelle Faktoren hinausgeht.

4.3 Frühberentung

Die schwerwiegendste arbeitsbezogene Folge unbearbeiteter psychischer Belastung ist der dauerhafte Ausschluss aus dem Erwerbsleben. 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 Beschäftigte dauerhaft ausscheiden, ist volkswirtschaftlich besonders folgenreich, weil sich der Verlust über die gesamte verbleibende Erwerbsbiografie summiert.

4.4 Ökonomische Dimension und Return on Prevention

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). Bezieht man indirekte Kosten – Produktivitätsausfälle, Sozialleistungen und Frühberentungen – ein, beziffert ein gemeinsamer Bericht der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung und der Europäischen Kommission die Gesamtlast psychischer Erkrankungen für die EU auf annähernd fünf Prozent des Bruttoinlandsprodukts (Deutschland annähernd 1,2 Prozent) (OECD & Europäische Kommission, 2018).

Diesen Kosten steht ein belegbarer Nutzen von Investitionen in psychische Gesundheit gegenüber. Eine von der Weltgesundheitsorganisation geführte Analyse beziffert den Ertrag jedes in die Versorgung von Depression und Angststörungen investierten Euro auf rund das Vierfache in Form besserer Gesundheit und höherer Produktivität (Chisholm et al., 2016). Für den betrieblichen Kontext ist ein weiterer Befund entscheidend: Die Erträge fallen umso höher aus, je früher angesetzt wird. Betriebliche Programme, die proaktiv und früh unterstützen, weisen ein deutlich günstigeres Verhältnis von Ertrag zu Aufwand auf als solche, die erst reaktiv nach eingetretener Verschlechterung greifen (Deloitte, 2020). Prävention, die früh ansetzt, ist damit nicht nur menschlich geboten, sondern auch ökonomisch die überlegene Strategie.

5 Der rechtliche und betriebliche Rahmen

5.1 Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung nach dem Arbeitsschutzgesetz

Der Arbeitsschutz verpflichtet Arbeitgeber, die mit der Arbeit verbundenen Gefährdungen zu beurteilen und geeignete Schutzmaßnahmen abzuleiten. Seit der Novelle des Arbeitsschutzgesetzes im Jahr 2013 sind psychische Belastungen in § 5 Absatz 3 ausdrücklich als zu beurteilender Gefährdungsfaktor genannt; die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung ist damit für alle Arbeitgeber – unabhängig von Branche und Betriebsgröße – verpflichtend und nach § 6 zu dokumentieren (Arbeitsschutzgesetz). Sie richtet sich ausdrücklich nicht auf die individuelle Psyche einzelner Beschäftigter, sondern auf strukturelle Bedingungen wie Arbeitsorganisation, Arbeitszeit, soziale Beziehungen und Führung. Sie ist damit ein Instrument der Verhältnisprävention.

Die praktische Umsetzung bleibt jedoch weit hinter der gesetzlichen Pflicht zurück: Untersuchungen zufolge erfüllt nur rund ein Fünftel der Betriebe die Anforderungen an eine Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung vollständig (Beck & Lenhardt, 2019). Mit der ab dem Jahr 2026 verschärften Aufsichtsdichte – die Länder sind gehalten, jährlich einen Mindestanteil der Betriebe zu begehren, wobei die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung gezielt geprüft wird – gewinnt das Thema zusätzlich an Bedeutung. Für die vorliegende Argumentation ist entscheidend, dass die Gefährdungsbeurteilung die strukturelle Seite adressiert, die individuelle Seite der Belastungsbewältigung jedoch offenlässt.

5.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement, Gesundheitsförderung und EAP

Neben dem gesetzlichen Arbeitsschutz haben viele Organisationen ein betriebliches Gesundheitsmanagement etabliert, das betriebliche Gesundheitsförderung, Eingliederungsmanagement und zunehmend auch externe Beratungsangebote umfasst. Employee-Assistance-Programme bieten Beschäftigten einen vertraulichen, niedrigschwelligen Zugang zu Unterstützung bei beruflichen und privaten Anliegen. Diese Strukturen sind wertvoll, doch sie sind uneinheitlich verbreitet, in ihrer Qualität

und Abgrenzung oft unscharf und selten explizit als primärpräventive, nicht-heilkundliche Beratung konturiert.

5.3 Die verbleibende Lücke: individuelle Primärprävention

Zwischen der strukturellen Verhältnisprävention des Arbeitsschutzes und der heilkundlichen Behandlung erkrankter Beschäftigter verbleibt eine Lücke: die individuelle, verhaltensbezogene Primärprävention für gesunde und subklinisch belastete Beschäftigte. Der Arbeitsschutz verändert Bedingungen, behandelt aber keine Menschen; die Heilkunde behandelt Erkrankte, setzt aber eine Diagnose voraus. Wer belastet, aber nicht erkrankt ist, findet in beiden Systemen kein passendes Angebot. Diese Lücke zu schließen ist die spezifische Aufgabe der psychologischen Beratung außerhalb der Heilkunde in der Arbeitswelt.

5.4 Zwei Berufsbilder: strukturelle Gefährdungsbeurteilung und individuelle Beratung

Aus der Unterscheidung von Verhältnis- und Verhaltensprävention und aus dem multikausalen Charakter psychischer Belastung ergeben sich zwei komplementäre Berufsbilder, die in der arbeitsweltbezogenen Primärprävention zusammenwirken – beide außerhalb der Heilkunde und mit klar getrenntem Auftrag.

Das erste Berufsbild ist auf die strukturelle Ebene gerichtet: die fachkundige Durchführung und Begleitung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung. Hier werden arbeitsbedingte Belastungen in den Feldern Arbeitsorganisation, Arbeitszeit, soziale Beziehungen, Führung und Arbeitsumgebung systematisch erfasst, bewertet und in wirksame Maßnahmen überführt. Dieses Berufsbild adressiert die Bedingungen, nicht die einzelne Person; es stellt keine Diagnosen und behandelt nicht.

Das zweite Berufsbild ist auf die personale Ebene gerichtet: die psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde für Beschäftigte, Führungskräfte und Teams. Hier werden gesunde und subklinisch belastete Menschen ressourcenorientiert in der Bewältigung ihrer psychosozialen Gesamtsituation begleitet. Auch dieses Berufsbild ist nicht-diagnostisch und nicht-therapeutisch und verweist bei Anzeichen einer behandlungsbedürftigen Störung an das heilkundliche System.

Erst das Zusammenwirken beider Berufsbilder – die Verbesserung der Bedingungen und die Stärkung der Personen – entspricht dem multikausalen Charakter psychischer Belastung; keines von beiden ist für sich allein hinreichend. Die gemeinsame Initiative von VpsyB e.V., EFA / EFAlution und den Gesundheitsstrategen verankert beide als eigenständige, qualitätsgesicherte Tätigkeitsfelder mit klaren Standards für Qualität, Ethik und Datenschutz.

6 Psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde in der Arbeitswelt

6.1 Definition und konstitutive Merkmale

Psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde ist eine professionelle, methodengeleitete Begleitung psychisch gesunder Menschen bei der Bewältigung von Belastungen, Entscheidungen und Übergängen. Im betrieblichen Kontext richtet sie sich an Beschäftigte, Führungskräfte und Teams. Sie ist nicht-diagnostisch, nicht-therapeutisch und primärpräventiv; sie zielt nicht auf die Heilung von Krankheit, sondern auf die Stärkung von Ressourcen, Selbststeuerung und Bewältigungskompetenz. Ihre Haltung ist ressourcen-, lösungs- und salutogenetisch orientiert; ihre Methodik nutzt anerkannte kommunikations- und beratungspsychologische Verfahren.

6.2 Abgrenzung zur Heilkunde, Psychotherapie und Betriebsmedizin

Die Abgrenzung zur Heilkunde ist der rechtliche und ethische Kern des Feldes. Ausübung der Heilkunde ist jede berufs- oder gewerbsmäßige Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten; 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, behandelt keine Krankheiten und richtet sich an gesunde, nicht an kranke Menschen. Sie ist damit weder Psychotherapie noch betriebsärztliche Versorgung. Zur Professionalität gehört die Kompetenz, die eigenen Grenzen zu erkennen und bei Anzeichen einer behandlungsbedürftigen Störung verantwortungsvoll an das heilkundliche System weiterzuverweisen.

6.3 Abgrenzung und Ergänzung zur Gefährdungsbeurteilung und zum Gesundheitsmanagement

Ebenso klar ist die Beratung von der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung zu unterscheiden. Die Gefährdungsbeurteilung ist ein strukturelles, verhältnispräventives Instrument des Arbeitgebers; sie erfasst und bewertet

Arbeitsbedingungen. Die Beratung ist ein individuelles, verhaltenspräventives Angebot für Beschäftigte; sie begleitet Menschen in der Bewältigung von Belastung. Beide ergänzen sich: Die Gefährdungsbeurteilung verbessert die Bedingungen, die Beratung stärkt die Personen. Ein wirksames betriebliches Gesundheitskonzept verbindet beide Ebenen, ohne sie zu vermischen. Die Beratung ergänzt und entlastet zudem das betriebliche Gesundheitsmanagement, indem sie im vorgelagerten, primärpräventiven Bereich wirksam wird.

6.4 Vertraulichkeit und Rollenklarheit

Im betrieblichen Kontext sind Vertraulichkeit und Rollenklarheit von besonderer Bedeutung. Beschäftigte nehmen ein Beratungsangebot nur an, wenn sie darauf vertrauen können, dass Inhalte nicht an den Arbeitgeber zurückfließen. Die klare Trennung der Beratung von Personalführung, Leistungsbeurteilung und betriebsärztlicher Begutachtung ist daher konstitutiv. Datenschutz, eine transparente Rollendefinition und eine berufsethische Selbstverpflichtung sind Voraussetzungen dafür, dass betriebliche Beratung ihre niedrigschwellige und entstigmatisierende Wirkung entfalten kann.

7 Theoretische Fundierung im Arbeitskontext

7.1 Salutogenese und Kohärenz

Das Salutogenese-Konzept von Antonovsky (1997) verschiebt die Leitfrage von der Entstehung von Krankheit zur Erhaltung von Gesundheit. Zentrale Steuerungsgröße ist das Kohärenzgefühl aus Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit. Im Arbeitskontext lässt sich unmittelbar anschließen: Arbeit, die verständlich strukturiert, bewältigbar dosiert und als bedeutsam erlebt wird, wirkt gesundheitsförderlich; ihr Fehlen erhöht das Belastungsrisiko. Beratung kann alle drei Komponenten stärken und damit salutogenetisch, das heißt primärpräventiv, wirken.

7.2 Psychologische Grundbedürfnisse und Motivation

Die Selbstbestimmungstheorie von Deci und Ryan (2000) identifiziert Autonomie, Kompetenz und soziale Eingebundenheit als grundlegende psychologische Bedürfnisse. Gerade die neue Arbeitswelt stellt diese Bedürfnisse auf die Probe: Autonomie kann in Überforderung umschlagen, Kompetenzerleben unter Beschleunigung leiden, Eingebundenheit in hybriden Arbeitsformen brüchig werden. Beratung, die Beschäftigte darin unterstützt, ihre Bedürfnisse zu erkennen und ihre Arbeitssituation entsprechend zu gestalten, setzt an einem zentralen Wirkmechanismus psychischer Gesundheit an.

7.3 Selbstwirksamkeit und Bewältigung

Die Selbstwirksamkeitserwartung – die Überzeugung, schwierige Situationen aus eigener Kraft bewältigen zu können (Bandura, 1997) – ist ein robuster Schutzfaktor gegen arbeitsbezogenen Stress. Beratung stärkt Selbstwirksamkeit, indem sie Bewältigungserfahrungen ermöglicht, Ressourcen sichtbar macht und Handlungsspielräume erweitert. Ergänzend trägt ein wohlwollender Umgang mit eigenen Grenzen und Fehlern (Neff, 2011) dazu bei, der in Leistungskulturen verbreiteten Selbstabwertung entgegenzuwirken.

7.4 Beschleunigung, Resonanz und Anerkennung

Über die individuelle Ebene hinaus liefern gesellschaftstheoretische Ansätze wichtige Bezugspunkte. Rosa (2016) beschreibt mit dem Resonanzbegriff die Qualität

gelingender Weltbeziehungen und stellt der Beschleunigung und Entfremdung moderner Arbeit ein Gegenmodell entgegen. Honneth (1992) zeigt, wie sehr gelingende Identität von Anerkennung abhängt – eine im Arbeitsleben zentrale, oft knappe Ressource. Diese Ansätze verdeutlichen, dass arbeitsbezogene Belastung nicht allein individuell, sondern auch aus den Bedingungen moderner Arbeit zu verstehen ist, und dass Beratung an der Beziehung zwischen Person und Arbeitswelt ansetzt.

7.5 Allgemeine Wirkfaktoren

Der personenzentrierte Ansatz von Rogers (1961) hat mit Wertschätzung, Empathie und Kongruenz Grundbedingungen einer hilfreichen Beziehung benannt. Grawe (2004) und Wampold (2015) haben aus der vergleichenden Wirkungsforschung allgemeine, verfahrensübergreifende Wirkfaktoren herausgearbeitet – die Qualität der Beziehung, die Aktivierung von Ressourcen, die Klärung von Anliegen und die Passung von Angebot und Bedarf. Diese Faktoren sind für die betriebliche Beratung unmittelbar anschlussfähig und begründen, wie Beratung auch ohne heilkundliche Behandlung Veränderung ermöglicht.

8 Handlungsebenen der Beratung im Unternehmen

Psychologische Beratung in der Arbeitswelt wirkt auf drei ineinandergreifenden Ebenen. Ihre präventive Reichweite ergibt sich gerade aus dem Zusammenspiel dieser Ebenen.

8.1 Individuelle Ebene: die Beschäftigten

Auf der individuellen Ebene stärkt Beratung die Selbststeuerungs-, Abgrenzungs- und Konfliktkompetenz der Beschäftigten, begleitet sie in beruflichen Übergängen und Entscheidungssituationen und unterstützt den gesundheitsförderlichen Umgang mit Belastung. Sie hilft, Warnsignale früh zu erkennen und Ressourcen zu aktivieren, bevor eine Belastung sich verfestigt.

8.2 Führungsebene

Führungskräfte prägen die gesundheitlichen Bedingungen ihres Teams in besonderem Maße. Beratung sensibilisiert sie für die gesundheitlichen Wirkungen ihres Handelns, unterstützt eine ressourcenorientierte Gestaltung von Zusammenarbeit und stärkt ihre Fähigkeit, Belastung im Team wahrzunehmen und angemessen zu reagieren – ohne dabei selbst in eine heilkundliche oder diagnostische Rolle zu geraten.

8.3 Organisationale Ebene und Kultur

Auf der organisationalen Ebene trägt Beratung zu einer Kultur bei, in der die Auseinandersetzung mit Belastung nicht stigmatisiert, sondern als selbstverständlicher Teil gesunder Arbeit verstanden wird. Damit verbindet betriebliche Beratung verhaltens- und verhältnispräventive Wirkung: Sie stärkt Personen und wirkt zugleich auf die Bedingungen, unter denen gearbeitet wird. Psychische Gesundheit wird so von einer Reaktion auf akute Ausfälle zu einem strategischen Bestandteil einer zukunftsfähigen Arbeits- und Führungskultur.

8.4 Der Nutzen für das Unternehmen: früh, freiwillig und arbeitgeberseitig gefördert

Der präventive Nutzen betrieblicher Beratung entfaltet sich am stärksten, wenn das Unternehmen sie aktiv anbietet, fördert und finanziert – und zwar früh, bevor

Belastungen sich verfestigen. Wird das Angebot niedrigschwellig, freiwillig und vertraulich bereitgestellt und vom Unternehmen sichtbar unterstützt, erreicht es die Beschäftigten in einer Phase, in der Prävention noch möglich ist. Der frühzeitige, arbeitgeberseitig geförderte Zugang ist damit die entscheidende Gelingensbedingung. Dieser Zugang hilft doppelt. Er hilft den Beschäftigten, weil er Belastung bearbeitet, bevor daraus Krankheit wird. Und er ist zugleich gut für das Unternehmen: Er senkt Fehlzeiten und Fluktuation, erhält Leistungsfähigkeit und Bindung und stärkt die Arbeitgebermarke. Der betriebswirtschaftliche Befund, dass proaktive, früh ansetzende Unterstützung ein deutlich günstigeres Ertrags-Aufwand-Verhältnis aufweist als reaktive Maßnahmen (Deloitte, 2020), findet hier seine praktische Entsprechung. Betriebliche Primärprävention steht damit nicht im Gegensatz zu den Interessen des Unternehmens, sondern ist eine Investition in dessen Zukunftsfähigkeit.

9 Die Präventionshypothese im betrieblichen Kontext

Die in der Einleitung formulierte Hypothese lässt sich im Arbeitskontext präzisieren und in prüfbare Teilannahmen zerlegen. Die Kernannahme lautet, dass die frühzeitige Bearbeitung arbeitsbezogener subklinischer Belastungen im Rahmen ressourcenorientierter Beratung das Übergangsrisiko in eine behandlungsbedürftige Störung senkt. Als vermittelnde Teilannahmen gelten erstens, dass Beratung Schutzfaktoren wie Kohärenzgefühl, Selbstwirksamkeit und Grundbedürfnisbefriedigung stärkt, und zweitens, dass die Stärkung dieser Schutzfaktoren das Übergangsrisiko und die daraus folgenden Fehlzeiten reduziert.

Diese Hypothese ist mit dem betriebswirtschaftlichen Befund konsistent, dass proaktive, früh ansetzende Maßnahmen ein günstigeres Ertrags-Aufwand-Verhältnis aufweisen als reaktive (Deloitte, 2020). Sie ist zugleich präzise, prüfbar und potenziell widerlegbar formuliert und damit einer systematischen empirischen Bearbeitung zugänglich. Bis zu deren Vorlage ist sie als theoretisch begründete, empirisch noch nicht abschließend belegte Annahme zu behandeln.

10 Wirksamkeit, Evidenz und Forschungsbedarf

Die Wirksamkeit beraterischer Interventionen beruht wesentlich auf allgemeinen, verfahrensübergreifenden Wirkfaktoren, deren Bedeutung die vergleichende Forschung gut belegt hat (Wampold, 2015; Grawe, 2004). Dass frühzeitige, proaktive Prävention im betrieblichen Kontext ökonomisch überlegen ist, stützen gesundheitsökonomische Analysen (Chisholm et al., 2016; Deloitte, 2020). Die spezifische Wirksamkeit der psychologischen Beratung außerhalb der Heilkunde als eigenständiges Feld ist demgegenüber bislang unzureichend empirisch untersucht; dies ist Ausdruck der relativen Jugend des professionalisierten Feldes, nicht eines Wirknachweises gegen sie.

Aus dem Gesagten ergibt sich ein Forschungsbedarf, der sich an der Präventionshypothese ausrichtet. Erforderlich sind prospektive Längsschnittstudien, die Beschäftigte mit subklinischen Belastungen über die Zeit begleiten; nach Möglichkeit kontrollierte Vergleiche, die den spezifischen Beitrag der Beratung von allgemeinen Verlaufseffekten trennen; Mediationsanalysen, welche die postulierten Wirkmechanismen prüfen; und gesundheitsökonomische Analysen für den deutschen betrieblichen Kontext. Der Aufbau einer entsprechenden Forschungsinfrastruktur für das Feld der betrieblichen Beratung außerhalb der Heilkunde ist eine vordringliche Aufgabe.

11 Limitationen

Der Beitrag unterliegt mehreren Einschränkungen. Erstens handelt es sich um eine konzeptionelle, theoriegeleitete Arbeit, die eine Hypothese ableitet, sie aber nicht empirisch prüft; kausale Wirksamkeitsaussagen sind auf dieser Grundlage nicht möglich. Zweitens beruhen die referierten Kennzahlen überwiegend auf administrativen Routine- und Krankheitskostenrechnungen, die nicht unmittelbar mit epidemiologischen Prävalenzen gleichzusetzen sind; methodische Veränderungen können einen Teil der Entwicklungen erklären. Drittens stammen zentrale ökonomische Befunde zum Return on Investment aus internationalen Kontexten und aus der Behandlungs-, nicht ausschließlich der Präventionsforschung; ihre Übertragung auf die individuelle betriebliche Primärprävention in Deutschland ist

plausibel, aber nicht gleichzusetzen mit einem direkten Beleg. Viertens ist die Autorin durch ihre verbandlichen und akademischen Funktionen mit dem Gegenstand verbunden; die im Abschnitt zur Interessenoffenlegung genannten Bindungen sind zu berücksichtigen.

12 Schlussfolgerungen und Ausblick

Die Arbeitswelt ist ein zentraler Ort der Entstehung psychischer Belastung und zugleich ein Ort, an dem Prävention mit großer Reichweite und belegbarem ökonomischem Nutzen ansetzen kann. Die verfügbaren Kennzahlen – steigende psychisch bedingte Fehlzeiten, die Dominanz psychischer Erkrankungen bei den Frühberentungen und die erheblichen volkswirtschaftlichen Kosten – zeigen, dass weder heilkundliche Behandlung allein noch struktureller Arbeitsschutz allein genügen. Zwischen beiden verbleibt die Lücke der individuellen Primärprävention.

Die psychologische Beratung außerhalb der Heilkunde ist geeignet, diese Lücke zu schließen: niedrigschwellig, ressourcenorientiert, vertraulich und trennscharf abgegrenzt von Heilkunde, Psychotherapie, Betriebsmedizin und der strukturellen Gefährdungsbeurteilung. Ihre Wirkung entfaltet sie auf der individuellen, der Führungs- und der organisationalen Ebene und trägt so dazu bei, psychische Gesundheit als strategischen Bestandteil einer zukunftsfähigen Arbeitskultur zu verankern. Damit dieses Potenzial wirksam wird, bedarf es der weiteren Professionalisierung und Qualitätssicherung des Berufsbildes, der empirischen Prüfung der hier entfalteten Präventionshypothese und der Verankerung betrieblicher Beratung als anerkannter Baustein einer präventiv ausgerichteten Arbeits- und Gesundheitspolitik. Prävention, die früh ansetzt, ist auch in der Arbeitswelt die menschlich wie ökonomisch überlegene Strategie.

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; die im Beitrag genannte Initiative wird vom VpsyB e.V. mitgetragen. Der Beitrag ist als wissenschaftliche Standortbestimmung angelegt; die genannten Funktionen werden zur Wahrung der Transparenz offengelegt. Für die Erstellung wurde keine Drittmittelförderung in Anspruch genommen. Darüber hinaus bestehen nach Kenntnis der Autorin keine finanziellen oder persönlichen Interessenkonflikte.

14 Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Ausgabe von A. Franke. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG). Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit, insbesondere §§ 4, 5, 6.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman.
- Beck, D., & Lenhardt, U. (2019). Verbreitung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung in Deutschland. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA).
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: A global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(5), 415–424.
- 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.
- Deloitte (2020). Mental health and employers: Refreshing the case for investment. London: Deloitte UK.
- 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.
- 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.

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.

Hinweis: Die referierten Kennzahlen beruhen auf administrativen bzw. selbstberichteten Daten sowie auf Routine- und Krankheitskostenrechnungen und sind nicht unmittelbar mit epidemiologischen Prävalenzen gleichzusetzen. Ökonomische Return-on-Investment-Werte stammen teils aus internationalen und aus der Behandlungsforschung und sind nur eingeschränkt auf die individuelle betriebliche Primärprävention in Deutschland übertragbar.