

Orientierung, solange Handlungsspielraum bleibt

Der Integrative Weisheitskompass als evidenzinformiertes Modell
psychosozialer Gesundheitsprävention, Begleitung und Bildung

Norbert Rieser

September 2026

Inhaltsverzeichnis

Abstract

1. Warum ich den Weisheitskompass entwickelt habe
2. Wenn nicht das Außergewöhnliche, sondern die Gleichzeitigkeit überfordert
3. Belastbarkeit ist keine feste Größe
4. Mehr Möglichkeiten – und eine neue Last der Orientierung
5. Psychosoziale Gesundheitsprävention beginnt vor der Krise
6. Begleitung: weder Bevormundung noch bloßes Zuhören
7. Verstehen, Handhaben und Sinn – die salutogenetische Perspektive
8. Der Mensch lebt nicht außerhalb seiner Lebenswelt
9. Gebet, Spiritualität und psychologische Wirklichkeit
10. Orientierung im Hilfesystem ist selbst eine Kompetenz
11. Der Integrative Weisheitskompass als Prozessarchitektur
 - 11.1 Wahrnehmen
 - 11.2 Ordnen
 - 11.3 Verstehen
 - 11.4 Gewichten
 - 11.5 Kommunizieren
 - 11.6 Entscheiden
 - 11.7 Unterstützung erweitern
12. Das mathematische Belastungs-Ressourcen-Modell
 - 12.1 Einzelbelastungen und ihre Wechselwirkungen
 - 12.2 Ressourcen
 - 12.3 Belastungs-Ressourcen-Differenz
 - 12.4 Der verbleibende Handlungspuffer
 - 12.5 Orientierung als vermittelnde Ressource
13. Was Begleitung im Modell tatsächlich verändern kann
14. Evidenzbasis und wissenschaftlicher Status des Modells
15. Wo der Weisheitskompass seine Grenze erreicht
16. Orientierung als Bildungsaufgabe unserer Zeit
17. Schluss – Begleitung soll einsetzen, solange Handlungsspielraum besteht

Literatur- und Quellenverzeichnis

Notationsübersicht

Abstract

Der Integrative Weisheitskompass ist aus meiner Erfahrung entstanden, dass Menschen selten an einem einzigen außergewöhnlichen Ereignis an ihre Grenzen geraten. Häufiger verdichten sich mehrere Anforderungen: beruflicher Aufbau, zusätzliche Qualifikationen, familiäre Verantwortung, Erkrankung im nahen Umfeld, schulische Schwierigkeiten eines Kindes, wirtschaftliche Verpflichtungen, Beziehung, Pflege, Behördenwege und die alltägliche Organisation des Lebens. Jede Aufgabe mag für sich bewältigbar erscheinen; in ihrer Gleichzeitigkeit verändern sich jedoch ihre Wirkung und ihr Gewicht. Belastungen greifen ineinander, verstärken sich wechselseitig und können allmählich jene innere Übersicht untergraben, die für vernünftige Entscheidungen notwendig ist. Gleichzeitig leben wir in einer Zeit bemerkenswerter Möglichkeiten. Wissen, Bildungswege, Beratungsangebote und Unterstützungsstrukturen sind vielfältiger und leichter zugänglich als noch vor wenigen Jahrzehnten. Gerade diese Fülle erzeugt eine neue Schwierigkeit: Nicht allein Information fehlt, sondern Orientierung. Menschen müssen auswählen, bewerten, priorisieren und entscheiden, häufig unter Zeitdruck und in Situationen, in denen ihre eigenen Ressourcen bereits beansprucht sind.

Ich verstehe den Integrativen Weisheitskompass als **evidenzinformiertes Orientierungs-, Lern- und Kommunikationsmodell psychosozialer Gesundheitsprävention**. Er soll komplexe Lebenslagen lesbarer machen, Belastungsverdichtungen früh sichtbar werden lassen, Ressourcen erschließen, Gespräche ermöglichen, Urteilskraft stärken und den angemessenen Übergang zu spezialisierter Unterstützung erleichtern. Das Modell knüpft an Salutogenese, Gesundheitskompetenz, Lebensbewältigung, Lebensweltorientierung, Beratungswissenschaft, Ressourcenforschung und psychosoziale Gesundheitsförderung an. Seine Eigenleistung liegt in der Verbindung dieser Perspektiven zu einer präventiven Prozessarchitektur: nicht erst reagieren, wenn Handlungsfähigkeit weitgehend verloren gegangen ist, sondern Orientierung ermöglichen, solange Gestaltung noch möglich ist.

1. Warum ich den Weisheitskompass entwickelt habe

Der Integrative Weisheitskompass ist für mich nicht aus dem Bedürfnis entstanden, eine weitere Theorie neben bestehende Modelle zu stellen. Sein Ausgangspunkt ist praktischer. Ich habe über viele Jahre erlebt, wie lange Menschen funktionieren können, obwohl ihre Reserven längst kleiner werden. Sie arbeiten, organisieren, gründen ein Unternehmen, erwerben zusätzlich erforderliche Qualifikationen, kümmern sich um Kinder oder Angehörige, regeln finanzielle Verpflichtungen und versuchen zugleich, Partnerschaft und Familie zusammenzuhalten. Vieles davon gelingt. Manches gelingt sogar erstaunlich lange.

Darin liegt jedoch eine schwer erkennbare Gefahr. Funktionsfähigkeit kann den Eindruck erwecken, dass auch die innere Beweglichkeit erhalten geblieben sei. Tatsächlich kann ein Mensch seine Aufgaben noch erledigen und dennoch seit Wochen schlecht schlafen. Er kann zuverlässig E-Mails beantworten und zugleich jede größere Entscheidung immer wieder aufschieben. Er kann für andere da sein und kaum mehr bemerken, wie wenig Kraft ihm selbst geblieben ist. Gespräche drehen sich im Kreis, kleine Störungen lösen unverhältnismäßige Reaktionen aus, und Fragen, die früher ohne große Mühe entschieden wurden, beginnen den ganzen Tag zu besetzen.

Mich beschäftigt diese Phase. Sie liegt vor der offen sichtbaren Krise und oft auch vor einer eindeutigen fachlichen Zuständigkeit. Der Mensch ist noch handlungsfähig, aber seine Handlungsfähigkeit verengt sich. Er kann noch entscheiden, doch Entscheidungen kosten mehr Kraft. Er kann noch sprechen, aber manches wird nicht mehr ausgesprochen. Er kann Hilfe suchen, weiß jedoch nicht recht, welche Art von Hilfe überhaupt passend wäre.

Für diesen Zwischenraum fehlte mir häufig eine einfache, aber nicht vereinfachende Sprache. Ich wollte ein Werkzeug, das weder dramatisiert noch bagatellisiert; eines, das Menschen nicht vorschnell etikettiert, aber auch nicht darauf wartet, bis Belastung unübersehbar geworden ist. Daraus entwickelte sich der Gedanke eines **präventiven Orientierungsraums**.

In diesem Raum kann noch sehr viel geschehen. Belastungen lassen sich auseinanderhalten. Zuständigkeiten können geklärt werden. Gespräche sind möglich. Unterstützung kann erweitert werden. Fehlannahmen können korrigiert, Aufgaben neu verteilt und Entscheidungen zeitlich geordnet werden. Genau hier verorte ich den Integrativen Weisheitskompass.

Die österreichische Gesundheitsförderungsstrategie geht in eine ähnliche Richtung, wenn sie psychosoziale Gesundheit, Beteiligung und Gesundheitskompetenz ausdrücklich als prioritäre Themen nennt und Gesundheitsförderung an Selbstbestimmung, gesundheitsförderliche Lebensbedingungen und Befähigung knüpft.¹ Für mich folgt daraus ein einfacher Grundsatz: **Psychosoziale Prävention beginnt nicht erst dort, wo Krankheit festgestellt wird. Sie beginnt, wo Menschen lernen, Belastungen früher wahrzunehmen, zu verstehen und besprechbar zu machen.**

¹ Vgl. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, *Gesundheitsförderungsstrategie ab 2024*. Für den hier entwickelten Ansatz ist maßgeblich, dass psychosoziale Gesundheit, Beteiligung und Gesundheitskompetenz in der österreichischen Strategie ausdrücklich als zentrale Handlungsfelder der Gesundheitsförderung behandelt werden. URL: <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitsfoerderung.html>

2. Wenn nicht das Außergewöhnliche, sondern die Gleichzeitigkeit überfordert

Überforderung wird mit einem großen Ereignis verbunden. In der Praxis habe ich oft etwas anderes gesehen. Nicht das Außergewöhnliche bringt ein System aus dem Gleichgewicht, sondern die Gleichzeitigkeit mehrerer gewöhnlicher Anforderungen.

Ein Unternehmen wird aufgebaut. Gleichzeitig müssen Befähigungsnachweise oder berufliche Zusatzqualifikationen erworben werden. Vielleicht erkrankt in derselben Zeit ein Elternteil oder der Lebenspartner. Ein Kind entwickelt Schwierigkeiten in der Schule. Dazu kommen Finanzierung, Termine, Behördenwege, Haushalt, Beziehungspflege und jene unzähligen kleinen Aufgaben, die nirgends als Krise erscheinen und dennoch erledigt werden müssen.

Von außen lassen sich diese Themen sauber voneinander trennen. Im gelebten Alltag tun sie das nicht. Eine Erkrankung in der Familie kostet Zeit und Aufmerksamkeit. Dadurch wächst der Druck in Ausbildung oder Beruf. Dieser Druck vermindert die Geduld zu Hause. Schulische Schwierigkeiten eines Kindes erhöhen die Sorge und verlangen zusätzliche Gespräche. Finanzielle Unsicherheit begleitet den Abend. Schlechter Schlaf schwächt am nächsten Morgen Konzentration und Selbstregulation. Eine Fehlentscheidung erzeugt neuen Aufwand. So entsteht eine Dynamik, in der Belastungen einander nicht nur addieren, sondern gegenseitig verstärken.

Lothar Böhnischs Konzept der **Lebensbewältigung** ist anschlussfähig. Es betrachtet Bewältigung nicht als isolierte Eigenschaft einer Person, sondern als Geschehen in kritischen Lebenskonstellationen, in sozialen Beziehungen und unter gesellschaftlichen Bedingungen.² Damit verschiebt sich für mich die Frage. Ich frage dann nicht bloß: *Wie belastbar ist dieser Mensch?* Ich frage ebenso: *Was muss dieser Mensch gleichzeitig tragen? Welche Belastung verschärft eine andere? Welche Unterstützung steht tatsächlich zur Verfügung? Und welche Verantwortung trägt jemand nur deshalb, weil an anderer Stelle eine Lücke entstanden ist?*

Diese Verschiebung bedeutet mehr als eine Frage der Sprache. Wer ausschließlich auf das Individuum schaut, kann strukturelle Überlastung leicht als persönliches Versagen missverstehen. Dann wird aus einem objektiv zu großen Aufgabenbündel vermeintlich mangelnde Resilienz. Der Betroffene erhält den Auftrag, noch effizienter, noch ruhiger oder noch widerstandsfähiger zu werden, obwohl die entscheidende Veränderung vielleicht in einer gerechteren Aufgabenverteilung, einer fachlichen Entlastung oder einer klareren Priorisierung läge.

² Vgl. Lothar Böhnisch, *Lebensbewältigung. Ein Konzept für die Soziale Arbeit*, 3., überarb. und erw. Aufl., Weinheim/Basel: Beltz Juventa 2023. Für den hier verfolgten Zusammenhang ist besonders relevant, dass Böhnisch individuelle Bewältigung mit sozialen Beziehungen und gesellschaftlichen Bedingungen zusammendenkt.

Der Weisheitskompass soll diese Verwechslung vermeiden. Er fragt nach dem Menschen und nach seiner Lebenslage. Beides gehört zusammen.

3. Belastbarkeit ist keine feste Größe

Im Alltag sprechen wir selbstverständlich von einer Belastungsgrenze. Der Ausdruck ist anschaulich, vermittelt aber leicht das Bild einer festen Linie, die bei jedem Menschen irgendwo unveränderlich eingezeichnet wäre. Diese Vorstellung erscheint mir zu statisch.

Ich spreche lieber von **dynamischer Belastbarkeit**. Ein und dieselbe Schwierigkeit kann zu verschiedenen Zeiten vollkommen unterschiedlich erlebt werden. Was in einer stabilen Lebensphase anspruchsvoll, aber gut zu bewältigen ist, kann unter Schlafmangel, Krankheit, finanzieller Unsicherheit, familiärer Sorge oder lang anhaltendem Zeitdruck eine ganz andere Wirkung entfalten. Auch Unterstützung verändert die Lage. Ein Problem, das allein kaum tragbar erscheint, kann mit einer verlässlichen Person, einer klaren Information oder einer gut zugänglichen fachlichen Hilfe plötzlich wieder handhabbar werden.

Die Belastung allein erklärt deshalb wenig. Entscheidend ist ihr Verhältnis zu den jeweils verfügbaren Ressourcen und zu der Fähigkeit, diese Ressourcen tatsächlich zu nutzen.

Gesundheitswissenschaftlich passt dazu ein Verständnis von Gesundheit und Krankheit als Kontinuum. Gesundheit ist kein Zustand, der bis zu einem bestimmten Tag vollständig vorhanden und am nächsten verschwunden wäre. Zwischen Wohlbefinden, Belastung, Einschränkung und Erkrankung liegen Übergänge, die von persönlichen Voraussetzungen, Umweltbedingungen, sozialen Ressourcen und aktuellen Anforderungen beeinflusst werden.³

Diese Sicht wird für mein Modell wichtig, weil sie weder verharmlost noch vorschnell pathologisiert. Ein Mensch kann arbeiten und dennoch ernsthaft überfordert sein. Er kann nach außen funktionieren und innerlich immer weniger Regulationsspielraum besitzen. Er kann Unterstützung benötigen, ohne dass seine Lage auf eine Diagnose reduziert werden müsste.

Der Weisheitskompass möchte nicht beantworten, *was jemand hat*. Er fragt früher: **Was verändert sich? Was wird schwieriger? Welche Ressourcen werden knapp? Und was müsste geschehen, damit der Handlungsspielraum wieder größer wird?**

³ Zum Gesundheits-Krankheits-Kontinuum und zur dynamischen Wechselwirkung von Risiko- und Schutzfaktoren vgl. Peter Franzkowiak, „Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“, in: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*, aktualisierte Fassung 2025.

4. Mehr Möglichkeiten – und eine neue Last der Orientierung

Unsere Lebensbedingungen haben sich gegenüber jenen vor zwanzig, dreißig oder vierzig Jahren deutlich verändert. Wissen ist beinahe jederzeit verfügbar. Bildungswege sind flexibler geworden. Zusätzliche Qualifikationen lassen sich berufsbegleitend erwerben. Beratungen können persönlich, telefonisch oder digital stattfinden. Medizinische, soziale, schulische und rechtliche Informationen sind leichter auffindbar. Menschen besitzen heute in vielen Bereichen mehr Wahlmöglichkeiten als frühere Generationen. Ich halte das für einen großen Gewinn. Dennoch wäre es vor-schnell, aus mehr Möglichkeiten automatisch auf mehr Orientierung zu schließen. Doris Schaeffer, Lennert Griesse und Klaus Hurrelmann beschreiben für die Gesundheitskompetenz eine charakteristische Spannung moderner Informationsgesellschaften: Der Zugang zu Informationen wird leichter, während Auswahl, Bewertung und angemessene Verwendung anspruchsvoller werden.⁴ Genau diese Erfahrung lässt sich auf viele Lebensbereiche übertragen. Zu einem schulischen Problem kann ich heute in einer Stunde mehr Informationen sammeln als früher in mehreren Wochen. Danach muss ich trotzdem beurteilen, was davon für mein Kind überhaupt zutrifft. Zu einer gesundheitlichen Frage finde ich binnen Minuten widersprüchliche Einschätzungen. Für eine unternehmerische Entscheidung stehen zahlreiche Förderungen, Rechtsformen, Kurse und Beratungsangebote bereit; die eigentliche Schwierigkeit beginnt häufig erst mit der Frage, welche davon zur konkreten Situation passen.

So entsteht ein modernes Paradox:

Mehr Möglichkeiten $\neq$ mehr Orientierung.

Die Vermehrung von Optionen kann den Entscheidungsaufwand sogar steigern. Hartmut Rosas Resonanztheorie bietet dafür einen weiterführenden gesellschaftstheoretischen Hintergrund. Lebensqualität lässt sich nicht einfach daran messen, wie viele Ressourcen und Möglichkeiten verfügbar sind. Entscheidend ist die Qualität der Beziehung zur Welt; eine reine Steigerung von Verfügbarkeit kann diese Beziehung ebenso überfordern wie bereichern.⁵ Hier sehe ich eine Aufgabe des Weisheitskompasses. Er soll nicht noch eine zusätzliche Informationsquelle sein. Davon gibt es genug. Er soll eine Ebene darüber ansetzen und helfen, Informationen, Möglichkeiten und Zuständigkeiten **zu ordnen**. Nicht jedes Problem braucht mehr Wissen. Manche Probleme brauchen zuerst eine bessere Frage.

⁴ Vgl. Doris Schaeffer, Lennert Griesse und Klaus Hurrelmann, „Etablierung und Umsetzung des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz in Deutschland“, *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 68 (2025), 231–239; außerdem Doris Schaeffer, Klaus Hurrelmann, Ullrich Bauer und Kai Kolpatzik, *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz*, Berlin 2018.

⁵ Vgl. Hartmut Rosa, *Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung*, Berlin: Suhrkamp 2016. Rosas Kritik an einer bloßen Steigerung von Ressourcen, Reichweite und Verfügbarkeit bildet einen gesellschaftstheoretischen Hintergrund für die hier getroffene Unterscheidung zwischen Möglichkeitsfülle und Orientierung.

5. Psychosoziale Gesundheitsprävention beginnt vor der Krise

Ich verwende bewusst den Begriff **psychosoziale Gesundheitsprävention**, weil er weiter reicht als die Vorstellung, man müsse lediglich eine spätere Erkrankung verhindern. Gesundheit entsteht nicht ausschließlich im Inneren eines Menschen. Sie wird in Familie, Schule, Ausbildung, Arbeit, Nachbarschaft, wirtschaftlichen Bedingungen, sozialen Beziehungen und im Umgang mit Belastung mitgestaltet. Matthias Richter und Klaus Hurrelmann beschreiben Gesundheit in ihrem aktuellen interdisziplinären Lehrbuch als Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels sozialer, kultureller, ökonomischer und biographischer Determinanten. Gerade Prävention und Gesundheitsförderung verlangen deshalb Kooperation über einzelne Fachgrenzen hinweg.⁶ Auch die österreichische Gesundheitsförderungsstrategie betont eine systemische statt einer rein individualisierenden Perspektive und bezieht Lebenszusammenhänge wie Familie, soziale Netzwerke und Arbeit ausdrücklich ein.⁷ Für meinen Ansatz hat das eine praktische Konsequenz: Ich muss nicht warten, bis aus einem Konflikt ein manifestes Gesundheitsproblem geworden ist, um ihn präventiv ernst nehmen zu dürfen. Wenn eine Familie bemerkt, dass beinahe jedes Gespräch nur noch um Probleme kreist, ist das ein Anlass zur Orientierung. Wenn jemand zwischen Unternehmensaufbau, Fortbildung und Familie keinerlei Erholungsraum mehr findet, ebenso. Wenn Eltern die schulischen Schwierigkeiten eines Kindes seit Monaten gegeneinander ausspielen, wenn ein pflegender Angehöriger jede eigene Grenze übergeht oder wenn jemand von einer Stelle zur nächsten verwiesen wird und trotzdem nicht weiß, wie es weitergehen soll, dann ist noch nicht notwendig eine Krise eingetreten. Aber etwas verlangt Aufmerksamkeit. Prävention heißt daher nicht, überall Gefahr zu vermuten. Sie bedeutet, **früher und nüchterner hinzusehen**, damit später seltener unter Zeitdruck und mit bereits stark verengtem Handlungsspielraum reagiert werden muss.

6. Begleitung: weder Bevormundung noch bloßes Zuhören

Der Begriff *Begleitung* klingt freundlich, bleibt aber unscharf, solange nicht geklärt ist, was dabei tatsächlich geschieht. Für mich bedeutet Begleitung weder, einem anderen Menschen die Entscheidung abzunehmen, noch genügt es, verständnisvoll zuzuhören und ihn anschließend mit derselben Unübersichtlichkeit zurückzulassen. Gute Begleitung hat eine anspruchsvollere Aufgabe: Sie schafft Bedingungen, unter denen Denken, Unterscheiden und Entscheiden wieder leicht-

⁶ Vgl. Matthias Richter und Klaus Hurrelmann, *Gesundheitstheorien. Ein interdisziplinäres Lehrbuch für Wissenschaft und Praxis*, 9., überarb. Aufl., Weinheim/Basel: Beltz Juventa 2026.

⁷ Vgl. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, *Gesundheitsförderungsstrategie ab 2024*. Für den hier entwickelten Ansatz ist maßgeblich, dass psychosoziale Gesundheit, Beteiligung und Gesundheitskompetenz in der österreichischen Strategie ausdrücklich als zentrale Handlungsfelder der Gesundheitsförderung behandelt werden. URL: <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitsfoerderung.html>

ter möglich werden. Frank Nestmann hat Beratung als eigenständiges Feld psychologischer, pädagogischer und sozialer Praxis beschrieben und damit aus einer engen, ausschließlich behandlungsorientierten Perspektive herausgelöst.⁸ Neuere Arbeiten zur pädagogischen Beratung führen diesen Gedanken weiter. Beratung wird dort als zeitlich begrenzter, prozesshafter und ergebnisoffener Vorgang verstanden: Die beratende Person verantwortet die Gestaltung des Prozesses; die ratsuchende Person bleibt für ihr Leben und für den Umgang mit den erarbeiteten Möglichkeiten verantwortlich.⁹ Diese Unterscheidung entspricht meinem Verständnis. Ein Prozessberater soll nicht anstelle des Menschen denken. Er soll helfen, dass der Mensch **wieder klarer selbst denken kann**. Das verlangt Fragen, die nicht dekorativ, sondern ordnend wirken. Was ist tatsächlich geschehen? Was davon ist Interpretation? Welche Entscheidung steht wirklich an? Welche Information fehlt? Wer ist beteiligt? Welche Verantwortung gehört zu wem? Welche Ressource wurde bisher übersehen? Welche Aufgabe kann warten? Und an welcher Stelle fehlt im bisherigen Kreis eine Kompetenz, die von außen hinzukommen sollte? Das Ziel guter Begleitung ist daher nicht eine möglichst lange Bindung an den Berater. Im besten Fall wächst die eigene Orientierungsfähigkeit. Ein Mensch erkennt beim nächsten Mal früher, dass eine Lage unübersichtlich wird, und verfügt über eine Sprache, mit der er das benennen kann.

7. Verstehen, Handhaben und Sinn – die salutogenetische Perspektive

Die Salutogenese Aaron Antonovskys liefert meinem Weisheitskompass einen tragfähigen Hintergrund. Antonovsky verschob die Aufmerksamkeit von der ausschließlichen Frage, wodurch Menschen krank werden, hin zu der Frage, was dazu beiträgt, dass sie trotz Belastungen gesund bleiben oder sich wieder in Richtung Gesundheit bewegen. Jürgen Bengel, Regine Strittmatter und Hildegard Willmann haben diesen Ansatz im deutschsprachigen Raum für Gesundheitsförderung und Prävention systematisch aufgearbeitet und zugleich seine empirischen Grenzen nüchtern diskutiert.¹⁰ Für mich ist vor allem der Kohärenzgedanke fruchtbar. Eine Lebenslage wird eher bewältigbar, wenn sie wenigstens teilweise **verstehbar**, **handhabbar** und **sinnhaft** erscheint. Verstehbarkeit bedeutet zunächst, diffuse Überforderung in eine erkennbare Struktur zu überführen. Der Satz „Alles ist zu viel“ ist menschlich vollkommen verständlich, für eine Entscheidung aber noch wenig brauchbar. Orientierung beginnt deshalb oft damit, aus diesem „Alles“ wieder konkre-

⁸ Vgl. Frank Nestmann, *Beratung. Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis*, Tübingen: DGVT-Verlag 1997.

⁹ Vgl. Susanne Wißhak und Tim Stanik, „Beratungskompetenz von Weiterbildungspersonal: Wie wird Wissen konzeptualisiert und operationalisiert? Ein Systematisierungsversuch“, *Zeitschrift für Weiterbildungsforschung* 46 (2023), 253–271.

¹⁰ Vgl. Jürgen Bengel, Regine Strittmatter und Hildegard Willmann, *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*, Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2001.

te Themen zu machen. Was gehört zum Beruf? Was zur Familie? Was zur Gesundheit? Was zur Kommunikation? Was zu fehlender Information? Welche Themen hängen zusammen, und welche sehen nur deshalb wie ein einziges Problem aus, weil sie gleichzeitig auftreten? Handhabbarkeit verändert anschließend die Frage. Nicht mehr: *Wie löse ich alles?* Sondern: *Was ist der nächste vernünftige Schritt?* Welche Ressource besitze ich selbst? Wer kann mittragen? Was kann delegiert werden? Welche Entscheidung muss jetzt fallen, welche darf warten? Wo reicht ein Gespräch, wo braucht es fachliche Kompetenz? Sinnhaftigkeit führt schließlich über Organisation hinaus. Menschen wollen nicht nur wissen, wie sie etwas schaffen können, sondern auch, wofür sie eine Belastung überhaupt auf sich nehmen. Für wen trage ich Verantwortung? Welche Aufgabe möchte ich trotz ihrer Schwierigkeit nicht aufgeben? Wo handle ich aus Überzeugung, und wo nur noch aus Gewohnheit oder Schuldgefühl? Welche Grenze schützt nicht bloß mich selbst, sondern auch jene Beziehungen, für die ich Verantwortung trage? Der Weisheitskompass beantwortet solche Fragen nicht vorweg. Er soll einen Raum schaffen, in dem sie gestellt werden können, ohne dass sofort eine fertige Lösung verlangt wird.

8. Der Mensch lebt nicht außerhalb seiner Lebenswelt

Hans Thierschs Lebensweltorientierung hat geholfen, eine weitere Gefahr klarer zu sehen. Wir neigen dazu, Probleme zu individualisieren, obwohl sie teilweise aus den Bedingungen entstehen, unter denen jemand leben muss. Thiersch richtet professionelles Handeln auf den konkreten Alltag, auf soziale Verhältnisse und auf die realen Handlungsmöglichkeiten des Einzelnen. In seiner neueren Fassung berücksichtigt er ausdrücklich Entgrenzung, Digitalisierung und gesellschaftliche Veränderungen der Gegenwart.¹¹ Für den Weisheitskompass ist das von Bedeutung. Nicht jedes Problem lässt sich durch „an sich arbeiten“ lösen. Ein Mensch kann erschöpft sein, weil er zu viel Verantwortung trägt. Eine Mutter wird nicht dadurch dauerhaft entlastet, dass sie besser entspannt, solange sämtliche familiären Aufgaben unverändert bei ihr bleiben. Ein Unternehmer kann Zeitmanagement perfekt beherrschen und dennoch objektiv zu wenig Zeit für gleichzeitig geforderte Aufgaben besitzen. Ein Kind kann Lerntechniken kennen und trotzdem unter einer schulischen Situation leiden, deren Ursachen anderswo liegen. Für jede Form von Begleitung ergibt sich ein Grundsatz, an dem ich festhalten möchte:

Wo Lebensbedingungen überfordern, darf die Ursache nicht vorschnell im Menschen selbst gesucht werden.

Psychosoziale Prävention richtet den Blick auf beides: auf die Person und auf die Bedingungen, unter denen sie handeln muss.

¹¹ Vgl. Hans Thiersch, *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit – revisited*, Weinheim/Basel: Beltz Juventa 2020.

9. Gebet, Spiritualität und psychologische Wirklichkeit

Zur Entstehung des Weisheitskompasses gehört auch die Erfahrung des Gebets. Ich habe erlebt, dass Beten tragen kann. Es kann beruhigen, Hoffnung erhalten, einem bedrängenden Moment einen größeren Horizont geben und eine innere Distanz eröffnen, die im unmittelbaren Problem kaum zu finden ist. Diese Erfahrung möchte ich weder kleinreden noch überhöhen. Ebenso habe ich erlebt, dass ein Punkt kommen kann, an dem Gebet allein eine belastende psychische oder psychosoziale Dynamik nicht mehr ausreichend ordnet. Das ist für mich kein Argument gegen Spiritualität. Es ist ein Argument dagegen, ihr Aufgaben aufzubürden, die sie nicht verlässlich erfüllen kann. Christian Zwingmann hat in einer Metaanalyse 39 Studien aus dem deutschsprachigen Raum mit insgesamt 188.561 Teilnehmenden ausgewertet. Religiosität beziehungsweise Spiritualität zeigte im Durchschnitt einen statistisch signifikanten, aber kleinen positiven Zusammenhang mit mentaler Gesundheit ($r = 0,083$).¹² Die geringe Effektstärke ist aufschlussreich: Sie widerspricht sowohl der Behauptung, Spiritualität sei bedeutungslos, als auch der Vorstellung, sie wirke wie ein allgemeiner Schutzmechanismus. Für meinen Weisheitskompass folgt eine Haltung der Unterscheidung. Spiritualität kann Sinn eröffnen, Gemeinschaft stiften, Hoffnung erhalten und persönliche Ressourcen stärken. Sie ersetzt jedoch nicht automatisch psychologische, pädagogische, medizinische oder soziale Fachkompetenz. Viktor Frankls Verbindung von Sinn, Freiheit und Verantwortung bleibt mir in diesem Zusammenhang wichtig. Die Sinnfrage erweitert das Verständnis des Menschen, aber sie hebt weder seine Körperlichkeit noch seine psychische Verwundbarkeit noch seine sozialen Bedingungen auf. Auch ein glaubender Mensch darf erschöpft sein. Auch ein betender Mensch kann fachliche Unterstützung brauchen. Der Weisheitskompass fragt nicht, ob Spiritualität oder Psychologie „recht“ hat. Er fragt genauer: Was trägt in dieser Situation? Was braucht Gespräch? Was verlangt eine Veränderung der Lebensbedingungen? Was braucht Beratung? Und an welchem Punkt sollte psychologische oder medizinische Fachkompetenz hinzukommen? Diese Unterscheidungsfähigkeit verstehe ich als Ausdruck von Reife.

10. Orientierung im Hilfesystem ist selbst eine Kompetenz

Dass ein Hilfsangebot existiert, bedeutet noch nicht, dass es den Menschen erreicht, der es braucht. Dieser Unterschied erscheint mir zentral. Die Gesundheit Österreich GmbH hat 2023 für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene 147 kostenfreie Angebote zur Förderung psychosozialer Gesundheit und Gesundheitskompetenz erfasst. Zugleich wurde ein weiterer koordinierter

¹² Christian Zwingmann, „Religiosity, Spirituality and Mental Health: Meta-analysis of Studies from the German-Speaking Area“, *Journal of Religion and Health* 65 (2026), 132–157, DOI: 10.1007/s10943-025-02406-3. Die Metaanalyse umfasst 39 unabhängige Studien mit insgesamt 188.561 Teilnehmenden; der gewichtete mittlere Zusammenhang beträgt $r = 0,083$ (95%-KI [0,055; 0,111]).

Ausbau und eine stärkere strategische Abstimmung empfohlen.¹³ Das Problem besteht also nicht nur darin, dass Angebote fehlen. Es besteht auch darin, dass Menschen sie finden, einordnen und zur richtigen Zeit nutzen können müssen. Die österreichische Erhebung zur Navigationskompetenz im Gesundheitswesen macht diese Schwierigkeit sichtbar. Rund 33 Prozent der befragten Erwachsenen hatten im Durchschnitt Probleme mit der Orientierung im System. 39 Prozent fanden es schwierig herauszufinden, welche Unterstützungsmöglichkeiten es für die Navigation gibt; 36 Prozent hatten Schwierigkeiten, in einer Einrichtung die richtige Ansprechperson zu finden.¹⁴ Diese Zahlen bestätigen eine Erfahrung, die im Alltag leicht missverstanden wird. Außenstehende sagen: „Es gibt doch Hilfe.“ Der Betroffene antwortet: „Ich weiß nicht, wo ich anfangen soll.“ Beides kann gleichzeitig wahr sein. Eine Beratungsstelle, die ich nicht kenne, hilft mir nicht. Eine Leistung, deren Zugangsvoraussetzungen ich nicht verstehe, steht mir praktisch nur eingeschränkt zur Verfügung. Ein guter Fachmann, den ich erst nach monatelanger Suche finde, kann für die aktuelle Entscheidung zu spät erreichbar sein. Navigation wird damit selbst zu einer Form von Gesundheitskompetenz. Hier erhält der Weisheitskompass eine zusätzliche Funktion. Er soll nicht alle Hilfen bereitstellen und schon gar nicht fachliche Rollen ersetzen. Er soll helfen, **die Art der benötigten Unterstützung früher zu erkennen**.

11. Der Integrative Weisheitskompass als Prozessarchitektur

Ich verstehe den **Weisheitskompass** nicht als Fragebogen, den man einmal ausfüllt, und auch nicht als Sammlung kluger Ratschläge. **Sein Kern ist eine Denkbewegung**. Sie verläuft nicht immer geradlinig; manchmal muss ein Schritt wiederholt werden, weil neue Informationen auftauchen. Dennoch hat sich für mich eine Grundfolge herausgebildet:

Wahrnehmen → Ordnen → Verstehen → Gewichten

und anschließend

Kommunizieren → Entscheiden → Unterstützung erweitern.

¹³ Gesundheit Österreich GmbH, *Übersicht über Bedarf und bestehende österreichische Angebote zur Förderung der psychosozialen Gesundheit und Gesundheitskompetenz von jungen Menschen*, Wien 2023. Im Mapping wurden 147 kostenfreie Angebote erfasst; zugleich empfiehlt der Bericht koordinierte Aktivitäten, abgestimmte Strategien und einen koordinierten Ausbau. URL: https://goeg.at/psychosozialen_Gesundheitskompetenz_junge_Menschen

¹⁴ Robert Griebler, Claudia Strasmayr, Peter Nowak und Arbeitsgruppe Gesundheitskompetenz-Messung der ÖPGK, *Navigationskompetenz im Gesundheitswesen. Factsheet zu den HLS19-AT Ergebnissen*, Wien: Gesundheit Österreich GmbH 2022. Rund 33 Prozent der befragten Erwachsenen berichteten im Durchschnitt Schwierigkeiten mit der Orientierung im Gesundheitssystem; 39 Prozent fanden es schwierig, Unterstützungsmöglichkeiten für die Navigation herauszufinden, 36 Prozent die richtige Ansprechperson in einer Einrichtung. URL: <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/2396/>

11.1 Wahrnehmen

Am Anfang steht kein Urteil, sondern Aufmerksamkeit. Nicht jeder schlechte Tag verlangt eine Intervention. Wenn sich jedoch Schlaf, Konzentration, Stimmung, Konfliktdichte, Entscheidungsfähigkeit oder soziale Beziehungen über längere Zeit verändern, verdient das Beachtung. Wahrnehmen heißt, eine Entwicklung nicht erst dann ernst zu nehmen, wenn sie unübersehbar geworden ist.

11.2 Ordnen

Belastung erzeugt Verdichtung. Alles scheint gleichzeitig wichtig, manches zugleich dringend und unlösbar. Ordnen bedeutet, diese Verdichtung wieder zu öffnen. Was ist ein berufliches Problem? Was ein familiäres? Was eine gesundheitliche Frage? Was betrifft Kommunikation, was fehlende Ressourcen, was eine ungeklärte Zuständigkeit? Erst was unterschieden werden kann, lässt sich gezielt bearbeiten.

11.3 Verstehen

Nun geht es um Zusammenhänge. Welche Belastung verstärkt eine andere? Welcher Konflikt ist Ursache, welcher Folge? Wo wiederholt sich ein Muster? Welche Annahme wurde nie geprüft? Was wissen wir tatsächlich, und was vermuten wir nur? Verstehen bedeutet nicht, jedes Problem bis ins Letzte erklären zu müssen. Oft genügt der nächste relevante Zusammenhang.

11.4 Gewichten

Unter hoher Belastung verliert sich leicht das Verhältnis der Dinge. Nicht alles, was laut ist, ist wichtig; nicht alles, was wichtig ist, ist dringend. Gewichten heißt deshalb: Was muss heute geschehen? Was innerhalb einer Woche? Was darf warten? Welche Frage kann erst beantwortet werden, wenn weitere Informationen vorliegen? Welche Entscheidung ist reversibel und kann deshalb mit weniger Angst getroffen werden?

11.5 Kommunizieren

Ein Problem, das ausschließlich im Kopf eines Menschen existiert, kann niemand mittragen. Kommunikation verwandelt innere Belastung in gemeinsame Wirklichkeit. Aus dem Satz „Es geht nicht mehr“ kann beispielsweise werden: „Ich kann diese drei Verantwortungsbereiche nicht länger gleichzeitig zuverlässig tragen.“ Der zweite Satz verändert die Situation, weil er verhandelbar wird.

11.6 Entscheiden

Entscheidung bedeutet nicht, vollständige Gewissheit herzustellen. Gerade komplexe Lebenslagen erlauben selten absolute Sicherheit. Häufig genügt eine verantwortbare nächste Entscheidung, die später überprüft und gegebenenfalls korrigiert werden kann.

11.7 Unterstützung erweitern

Dieser letzte Schritt ist für mich unverzichtbar. Hilfe soll nicht erst dann hinzukommen, wenn alle eigenen Strategien erschöpft sind. Der Weisheitskompass fragt früher: Welche Kompetenz fehlt jetzt? Wer könnte sie einbringen? Unterstützung wird damit nicht zum Eingeständnis des Scheiterns, sondern zu einem Bestandteil vernünftiger Selbstführung.

12. Das mathematische Belastungs-Ressourcen-Modell

Die beschriebenen Zusammenhänge lassen sich in einer mathematischen Sprache präzisieren. Ich verwende Mathematik hier nicht, um menschliches Leben scheinexakt auszurechnen. Ihr Wert liegt vielmehr darin, Annahmen sichtbar zu machen. Was in Worten leicht verschwimmt, muss in einer Formel klar unterschieden werden.

12.1 Einzelbelastungen und ihre Wechselwirkungen

Ich bezeichne einzelne Belastungen einer Person zum Zeitpunkt t mit

$$b_1(t), b_2(t), \dots, b_n(t).$$

Eine rein additive Darstellung wäre

$$B(t) = \sum_{i=1}^n b_i(t).$$

Für komplexe Lebenslagen erscheint mir das zu einfach, weil Belastungen interagieren können. Deshalb definiere ich die **effektive Gesamtbelastung** als

$$B_{\text{eff}}(t) = \sum_{i=1}^n \alpha_i b_i(t) + \sum_{i < j} \gamma_{ij} b_i(t) b_j(t).$$

Dabei steht $\alpha_i \geq 0$ für das Gewicht einer einzelnen Belastung. Der Koeffizient γ_{ij} beschreibt den Wechselwirkungseffekt zweier Belastungen.

Für $\gamma_{ij} > 0$ verstärken sich zwei Belastungen. Eine Erkrankung im Familienkreis und hoher beruflicher Zeitdruck bleiben dann nicht unabhängig voneinander: Zeitverlust erhöht den Arbeitsdruck,

Sorge beeinträchtigt Konzentration, schlechter Schlaf mindert Leistungsfähigkeit. Die mathematische Aussage ist schlicht, aber folgenreich:

$$B_{\text{eff}}(t) \neq \text{blo\ss e Summe einzelner Probleme.}$$

12.2 Ressourcen

Der Belastungsseite stehen Ressourcen gegenüber. Ich unterscheide vier Gruppen:

$$R_P(t), \quad R_F(t), \quad R_S(t), \quad R_I(t),$$

wobei R_P persönliche, R_F familiäre, R_S soziale und R_I institutionelle beziehungsweise professionelle Ressourcen beschreibt.

Die gesundheitliche Bedeutung sozialer Unterstützung ist gut belegt. Das Robert Koch-Institut bezeichnet sie ausdrücklich als psychosoziale Ressource, die psychisches Wohlbefinden fördern, Stress mindern und Folgen ungünstiger Lebensbedingungen abpuffern kann.¹⁵

Vorhandene Ressourcen wirken jedoch nicht automatisch. Sie müssen erreichbar, verständlich und tatsächlich nutzbar sein. Deshalb ergänze ich einen **Zugänglichkeitsfaktor**

$$0 \leq a(t) \leq 1.$$

Die effektiv nutzbaren Ressourcen ergeben sich als

$$R_{\text{eff}}(t) = a(t)[R_P(t) + R_F(t) + R_S(t) + R_I(t)].$$

Der Faktor $a(t)$ ist für mein Modell zentral. Eine ausgezeichnete Beratungsstelle, von der niemand weiß, hat für den Betroffenen zunächst kaum praktischen Wert. Eine finanzielle Unterstützung, deren Voraussetzungen unverständlich bleiben, ist nur teilweise verfügbar. Ein hilfreicher Mensch, der selbst überlastet ist, kann seine Ressource nicht vollständig einbringen. Der Unterschied zwischen **vorhandener** und **zugänglicher** Hilfe ist deshalb mehr als ein organisatorisches Detail.

12.3 Belastungs-Ressourcen-Differenz

Nun setze ich effektive Belastung und effektiv nutzbare Ressourcen zueinander in Beziehung:

$$M(t) = B_{\text{eff}}(t) - R_{\text{eff}}(t).$$

¹⁵ Vgl. Lea-Sophie Borgmann, Petra Rattay und Thomas Lampert, „Soziale Unterstützung als Ressource für Gesundheit in Deutschland“, *Journal of Health Monitoring* 2(4) (2017), DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-120. Der Beitrag des Robert Koch-Instituts behandelt soziale Unterstützung als gesundheitlich relevante psychosoziale Ressource und untersucht ihren Zusammenhang mit Wohlbefinden und Belastungsbewältigung.

$M(t)$ beschreibt die aktuelle Belastungs-Ressourcen-Differenz. Je größer sie wird, desto stärker kann sich der wahrgenommene Handlungsspielraum verengen. Zusätzlich nehme ich eine dynamische, person- und situationsabhängige kritische Zone $\Theta(t)$ an. Sie ist ausdrücklich **kein empirisch festgelegter Grenzwert** und keine Diagnosegrenze. Sie symbolisiert vielmehr, dass menschliche Belastbarkeit sich verändert und dass eine bestimmte Belastungs-Ressourcen-Konstellation nicht zu jedem Zeitpunkt gleich wirkt.

Interessant ist deshalb die Annäherung

$$M(t) \rightarrow \Theta(t).$$

Sie bedeutet nicht, dass zwangsläufig eine Krise folgen wird. Sie zeigt lediglich, dass der Puffer kleiner wird und zusätzliche Orientierung oder Unterstützung zunehmend wertvoll werden kann.

12.4 Der verbleibende Handlungspuffer

Diesen Abstand nenne ich den **Handlungspuffer** $P(t)$:

$$P(t) = \Theta(t) - M(t).$$

Solange $P(t)$ deutlich positiv bleibt, ist vergleichsweise viel Spielraum vorhanden. Nähert sich

$$P(t) \rightarrow 0,$$

werden Reserven knapp. Der Sinn psychosozialer Prävention besteht nun gerade nicht darin, auf $P(t) = 0$ zu warten. Der Weisheitskompass soll früher ansetzen.

12.5 Orientierung als vermittelnde Ressource

Die Besonderheit des Modells liegt darin, Orientierung selbst als Ressource zu betrachten. Ich bezeichne die Orientierungsfähigkeit mit $\Omega(t)$. Sie lässt sich theoretisch als Funktion mehrerer Teilfähigkeiten verstehen:

$$\Omega(t) = f(V(t), H(t), K(t), N(t)),$$

wobei $V(t)$ für Verstehbarkeit, $H(t)$ für Handhabbarkeit, $K(t)$ für Kommunikationsfähigkeit und $N(t)$ für Navigationskompetenz steht.

Diese Beziehung ist keine empirisch kalibrierte Messgleichung. Sie beschreibt eine prüfbare theoretische Annahme. Meine zentrale Präventionshypothese:

$$\Omega(t) \uparrow \Rightarrow a(t) \uparrow.$$

Mit wachsender Orientierungsfähigkeit soll also die Wahrscheinlichkeit steigen, vorhandene Ressourcen überhaupt zu erkennen und nutzen zu können. Daraus ergibt sich die weiterführende Prozesshypothese:

$$\Omega(t) \uparrow \Rightarrow a(t) \uparrow \Rightarrow R_{\text{eff}}(t) \uparrow \Rightarrow M(t) \downarrow \Rightarrow P(t) \uparrow.$$

In Worten: Bessere Orientierung kann den Zugang zu Ressourcen verbessern; besser nutzbare Ressourcen können die Belastungs-Ressourcen-Differenz vermindern und dadurch Handlungsspielraum erhalten oder zurückgewinnen.

13. Was Begleitung im Modell tatsächlich verändern kann

Die Mathematik zeigt, weshalb Begleitung selbst dann sinnvoll sein kann, wenn sich die äußere Belastung nicht sofort reduzieren lässt. Manche Lebensumstände lassen sich kurzfristig nicht verändern. Eine Erkrankung in der Familie verschwindet nicht, weil ein Gespräch gut geführt wurde. Eine Prüfung bleibt bestehen. Ein Unternehmen benötigt weiterhin Entscheidungen. Auch Schulprobleme lösen sich selten an einem Nachmittag. Begleitung kann jedoch an anderen Stellen ansetzen. Sie kann den Zugänglichkeitsfaktor $a(t)$ erhöhen, indem sie geeignete Ressourcen sichtbar und erreichbar macht. Sie kann die Orientierungsfähigkeit $\Omega(t)$ stärken, indem Verstehbarkeit, Kommunikation und Navigation verbessert werden. Sie kann einzelne Belastungen $b_i(t)$ indirekt vermindern, wenn Aufgaben neu verteilt oder Missverständnisse geklärt werden. Und sie kann Wechselwirkungen y_{ij} abschwächen, wenn verhindert wird, dass ein Problem fortwährend ein anderes verschärft. An dieser Stelle wird für mich etwas Wesentliches sichtbar:

Nicht jede Belastung muss verschwinden, damit Handlungsspielraum wachsen kann.

Gesundheitsprävention darf nicht versprechen, das Leben werde belastungsfrei. Sie kann aber dazu beitragen, dass Belastung früher verstanden, besser verteilt, klarer kommuniziert und mit passenden Ressourcen beantwortet wird.

14. Evidenzbasis und wissenschaftlicher Status des Modells

An dieser Stelle ist mir eine präzise wissenschaftliche Einordnung wichtig. Ich halte es für zu schwach, den Integrativen Weisheitskompass lediglich als „heuristischen Entwurf“ zu bezeichnen. Das Modell entsteht nicht im wissenschaftlichen Niemandsland. Seine zentralen Annahmen berühren Forschungsfelder, in denen bereits erhebliche theoretische und empirische Erkenntnisse vorliegen.

Die Salutogenese untersucht Ressourcen, Kohärenz und Bewältigung.¹⁶ Die Gesundheitskompetenzforschung fragt danach, ob Menschen relevante Informationen finden, verstehen, beurteilen

¹⁶ Vgl. Jürgen Bengel, Regine Strittmatter und Hildegard Willmann, *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*, Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2001.

und anwenden können.¹⁷ Böhnisch verbindet individuelle Handlungsfähigkeit mit sozialen Lebenskonstellationen.¹⁸ Thierschs Lebensweltorientierung richtet den Blick auf Alltag, Lebensbedingungen und gesellschaftliche Zusammenhänge.¹⁹ Die Beratungswissenschaft beschreibt Beratung als prozesshafte, ergebnisoffene und ressourcenorientierte Unterstützung, bei der die Verantwortung für das eigene Leben beim ratsuchenden Menschen bleibt.^{20,21} Die Forschung zur sozialen Unterstützung zeigt deren Bedeutung als psychosoziale Gesundheitsressource.²² Hinzu kommen Befunde zur Navigation im Hilfesystem. Die österreichische HLS19-AT-Erhebung zeigt, dass ein erheblicher Teil der Bevölkerung Schwierigkeiten hat, passende Unterstützung und die richtige Ansprechperson zu finden.²³ Gleichzeitig dokumentiert das österreichische Mapping eine große Zahl kostenfreier Angebote für junge Menschen und verweist auf weiteren Koordinationsbedarf.²⁴

Aus diesen Befunden folgt für mich eine wesentliche Unterscheidung:

Evidenz für die Bausteine ist nicht dasselbe wie die Validierung des Gesamtmodells.

Der Integrative Weisheitskompass verfügt bereits über eine **indirekte empirische Evidenzbasis**. Zahlreiche seiner Komponenten und mehrere der angenommenen Wirkzusammenhänge sind durch bestehende Forschung gestützt. *Seine wissenschaftliche Eigenleistung liegt nicht darin, Ressourcen, Gesundheitskompetenz oder soziale Unterstützung neu zu entdecken. Sie liegt in deren Verbindung zu einer präventiven Prozessarchitektur, in der Belastung, Ressourcen, Zugäng-*

¹⁷ Vgl. Doris Schaeffer, Lennert Griesse und Klaus Hurrelmann, „Etablierung und Umsetzung des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz in Deutschland“, *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 68 (2025), 231–239; außerdem Doris Schaeffer, Klaus Hurrelmann, Ullrich Bauer und Kai Kolpatzik, *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz*, Berlin 2018.

¹⁸ Vgl. Lothar Böhnisch, *Lebensbewältigung. Ein Konzept für die Soziale Arbeit*, 3., überarb. und erw. Aufl., Weinheim/Basel: Beltz Juventa 2023. Für den hier verfolgten Zusammenhang ist besonders relevant, dass Böhnisch individuelle Bewältigung mit sozialen Beziehungen und gesellschaftlichen Bedingungen zusammendenkt.

¹⁹ Vgl. Hans Thiersch, *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit – revisited*, Weinheim/Basel: Beltz Juventa 2020.

²⁰ Vgl. Frank Nestmann, *Beratung. Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis*, Tübingen: DGVT-Verlag 1997.

²¹ Vgl. Susanne Wißhak und Tim Stanik, „Beratungskompetenz von Weiterbildungspersonal: Wie wird Wissen konzeptualisiert und operationalisiert? Ein Systematisierungsversuch“, *Zeitschrift für Weiterbildungsforschung* 46 (2023), 253–271.

²² Vgl. Lea-Sophie Borgmann, Petra Rattay und Thomas Lampert, „Soziale Unterstützung als Ressource für Gesundheit in Deutschland“, *Journal of Health Monitoring* 2(4) (2017), DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-120. Der Beitrag des Robert Koch-Instituts behandelt soziale Unterstützung als gesundheitlich relevante psychosoziale Ressource und untersucht ihren Zusammenhang mit Wohlbefinden und Belastungsbewältigung.

²³ Robert Griebler, Claudia Strasmayr, Peter Nowak und Arbeitsgruppe Gesundheitskompetenz-Messung der ÖPGK, *Navigationskompetenz im Gesundheitswesen. Factsheet zu den HLS19-AT Ergebnissen*, Wien: Gesundheit Österreich GmbH 2022. Rund 33 Prozent der befragten Erwachsenen berichteten im Durchschnitt Schwierigkeiten mit der Orientierung im Gesundheitssystem; 39 Prozent fanden es schwierig, Unterstützungsmöglichkeiten für die Navigation herauszufinden, 36 Prozent die richtige Ansprechperson in einer Einrichtung. URL: <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/2396/>

²⁴ Gesundheit Österreich GmbH, *Übersicht über Bedarf und bestehende österreichische Angebote zur Förderung der psychosozialen Gesundheit und Gesundheitskompetenz von jungen Menschen*, Wien 2023. Im Mapping wurden 147 kostenfreie Angebote erfasst; zugleich empfiehlt der Bericht koordinierte Aktivitäten, abgestimmte Strategien und einen koordinierten Ausbau. URL: https://goeg.at/psychosozialen_Gesundheitskompetenz_junge_Menschen

lichkeit, Kommunikation, Orientierung und rechtzeitige Weitervermittlung als zusammenhängender Prozess gedacht werden.

Ich möchte seinen gegenwärtigen Status deshalb so fassen:

Der Integrative Weisheitskompass ist ein theoretisch begründetes, evidenzinformiertes und empirisch anschlussfähiges Integrationsmodell psychosozialer Gesundheitsprävention. Seine zentralen Konstrukte und mehrere seiner angenommenen Wirkmechanismen sind durch bestehende Forschung gestützt. Die spezifische Gesamtarchitektur und ihre mathematische Formalisierung muss jedoch eigenständig empirisch geprüft werden, bevor das Modell als validiertes Mess-, Wirkungs- oder Prognoseinstrument gelten kann.

Diese Einordnung hält für mich die notwendige Balance: Sie behauptet nicht mehr, als die Forschung trägt, und macht das Modell zugleich nicht kleiner, als seine vorhandene **Evidenzbasis** es rechtfertigt. Dass eine neue Gesamtarchitektur noch nicht als Ganzes geprüft wurde, macht sie nicht evidenzlos. Umgekehrt beweist die Evidenz für einzelne Bestandteile noch nicht jede neu formulierte Beziehung. Daraus ergibt sich ein Forschungsprogramm. Die Variablen des Modells lassen sich operationalisieren. Man kann untersuchen, ob strukturierte Orientierung tatsächlich Navigationskompetenz erhöht, ob geeignete Ressourcen früher genutzt werden, ob subjektive Unübersichtlichkeit abnimmt und ob belastende Dynamiken früher unterbrochen werden. Der Weisheitskompass formuliert damit nicht nur eine Haltung, sondern auch empirisch prüfbare Hypothesen.

15. Wo der Weisheitskompass seine Grenze erreicht

Ein Modell psychosozialer Gesundheitsprävention braucht eine erkennbare Grenze. Andernfalls würde aus einem Orientierungswerkzeug ein Anspruch entstehen, den es weder fachlich noch ethisch einlösen kann. Der Weisheitskompass ersetzt keine medizinische Abklärung, keine psychologische Diagnostik, keine Psychotherapie und keine spezialisierte Fachberatung bei schulischen, rechtlichen, sozialen, wirtschaftlichen oder gesundheitlichen Problemen. Er darf auch nie dazu verwendet werden, notwendige Unterstützung hinauszuschieben. Seine Aufgabe liegt vielmehr darin, den Übergang zu einer anderen Kompetenz **früher** sichtbar zu machen. Ich betrachte diese Begrenzung nicht als Schwäche. Ein guter Kompass behauptet nicht, dass jeder Weg mit demselben Verkehrsmittel bewältigt werden kann. Er hilft zu erkennen, wo man steht, wohin man will und welche Unterstützung für den weiteren Weg sinnvoll ist. Manchmal genügt ein klärendes Gespräch. Manchmal braucht eine Familie Beratung. Manchmal braucht ein Kind schulische oder psychologische Unterstützung. Manchmal ist eine medizinische Abklärung sinnvoll. Manchmal liegt der entscheidende Hebel nicht im Inneren eines Menschen, sondern in einer wirtschaftlichen, sozialen oder organisatorischen Veränderung. Der Weisheitskompass soll Lebensprobleme gerade nicht unterschiedslos psychologisieren. Seine Stärke liegt im Unterscheiden: Was lässt

sich selbst ordnen, was braucht Veränderung im Umfeld, und wo ist fachliche Unterstützung angezeigt?

16. Orientierung als Bildungsaufgabe unserer Zeit

Je länger ich über den Weisheitskompass nachdenke, desto deutlicher sehe ich darin auch ein **Bildungsprojekt**. Menschen sollten nicht erst im Erwachsenenalter und unter hoher Belastung lernen müssen, wie man Probleme ordnet, Informationen bewertet, Grenzen kommuniziert und Hilfe sucht. Orientierung lässt sich lernen. Gesundheitskompetenz lässt sich entwickeln. Kommunikation kann geübt werden. Man kann lernen, zwischen Tatsache und Interpretation zu unterscheiden. Man kann eine komplexe Situation in Teilprobleme zerlegen. Man kann erkennen, dass nicht jede Verantwortung automatisch übernommen werden muss. Und man kann lernen, Hilfe nicht mit Schwäche zu verwechseln. **Damit erhält der Weisheitskompass eine pädagogische Richtung.** Er soll möglichst nicht zu Abhängigkeit führen, sondern Kompetenz übertragen. Eine gute Begleitung ist in diesem Sinn dann besonders gelungen, wenn der Mensch beim nächsten schwierigen Übergang früher selbst erkennt: Hier verdichtet sich etwas. Hier brauche ich ein Gespräch. Diese Information fehlt. Diesen Teil kann ich selbst lösen. Für jenen Teil brauche ich jemanden mit anderer Kompetenz. Und diese Belastung darf ich nicht weiter normalisieren. Psychosoziale Prävention wird damit zu einer Form von Bildung. Nicht Bildung im Sinn zusätzlichen Faktenwissens, sondern **Bildung als Urteilsfähigkeit im eigenen Leben.**

17. Schluss – Begleitung sollte einsetzen, solange Handlungsspielraum besteht

Der Integrative Weisheitskompass entstand aus einer einfachen, für mich bedrängenden Frage: Warum erhalten Menschen so oft erst dann umfassende Aufmerksamkeit, wenn aus Belastung bereits eine Krise geworden ist? Darauf gibt es keine einzige Antwort. Institutionen brauchen Zuständigkeiten. Menschen hoffen lange, ihre Probleme noch selbst lösen zu können. Familien gewöhnen sich an Überlastung. Außenstehende sehen einzelne Aufgaben, während der Betroffene ihre Gleichzeitigkeit erlebt. Und eine vielfältige Angebotslandschaft hilft nur dann, wenn jemand den Weg zu ihr findet. In diesem Zwischenraum setze ich den Weisheitskompass an. Nicht als Konkurrenz zu vorhandener Fachkompetenz, sondern als Verbindung: zwischen Wahrnehmung und Handlung, zwischen Erfahrung und Wissen, zwischen Person und Lebenswelt, zwischen Spiritualität und psychologischer Wirklichkeit, zwischen familiärer Unterstützung und professioneller Hilfe. Ich möchte den Weisheitskompass nicht als Instrument verstanden wissen, das Menschen erklärt, wie sie zu leben haben. Sein Anspruch ist zugleich bescheidener und anspruchsvoller. Er soll **Menschen befähigen, ihre Wirklichkeit klarer zu lesen.**

Er soll helfen, Belastungen zu bemerken, bevor sie sämtliche Aufmerksamkeit binden. Er soll Sprache schaffen, wo Überforderung sprachlos macht. Er soll vorhandene Ressourcen sichtbar und zugänglich machen. Und er soll den Zeitpunkt vorverlegen, an dem jemand sagen kann: *Hier muss ich nicht mehr allein weiter*. Nicht jede Krise lässt sich verhindern. Nicht jedes Leid lässt sich auflösen. Nicht jede Lebenslage lässt sich vereinfachen. Zwischen einer schwierigen Situation und einer eskalierenden Entwicklung liegt jedoch häufig ein Raum, in dem Orientierung noch etwas verändern kann.

Diesen Raum möchte ich mit dem Integrativen Weisheitskompass erschließen.

Seine Grundidee lässt sich für mich in einem Satz zusammenfassen:

Orientierung, solange Handlungsspielraum bleibt.

Und sein menschlicher Anspruch ist noch einfacher:

Ein Mensch sollte mit seiner Belastung nicht erst dann ernst genommen werden, wenn sein Handlungsspielraum beinahe verschwunden ist.

Literatur- und Quellenverzeichnis

Bengel, Jürgen / Strittmatter, Regine / Willmann, Hildegard (2001): *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Böhnisch, Lothar (2023): *Lebensbewältigung. Ein Konzept für die Soziale Arbeit*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

Borgmann, Lea-Sophie / Rattay, Petra / Lampert, Thomas (2017): „Soziale Unterstützung als Ressource für Gesundheit in Deutschland“. *Journal of Health Monitoring* 2(4). DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-120.

Gesundheit Österreich GmbH (2023): *Übersicht über Bedarf und bestehende österreichische Angebote zur Förderung der psychosozialen Gesundheit und Gesundheitskompetenz von jungen Menschen*. Wien.

Griebler, Robert / Strasmayr, Claudia / Nowak, Peter / Arbeitsgruppe Gesundheitskompetenz-Messung der ÖPGK (2022): *Navigationskompetenz im Gesundheitswesen. Factsheet zu den HLS19-AT Ergebnissen*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.

Nestmann, Frank (1997): *Beratung. Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis*. Tübingen: DGVT-Verlag.

Richter, Matthias / Hurrelmann, Klaus (2026): *Gesundheitstheorien. Ein interdisziplinäres Lehrbuch für Wissenschaft und Praxis*. 9., überarbeitete Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

Rosa, Hartmut (2016): *Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung*. Berlin: Suhrkamp.

Schaeffer, Doris / Hurrelmann, Klaus / Bauer, Ullrich / Kolpatzik, Kai (2018): *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken*. Berlin.

Schaeffer, Doris / Griesse, Lennert / Hurrelmann, Klaus (2025): „Etablierung und Umsetzung des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz in Deutschland“. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 68, 231–239.

Thiersch, Hans (2020): *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit – revisited*. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

Wißhak, Susanne / Stanik, Tim (2023): „Beratungskompetenz von Weiterbildungspersonal: Wie wird Wissen konzeptualisiert und operationalisiert? Ein Systematisierungsversuch“. *Zeitschrift für Weiterbildungsforschung* 46, 253–271.

Zwingmann, Christian (2026): „Religiosity, Spirituality and Mental Health: Meta-analysis of Studies from the German-Speaking Area“. *Journal of Religion and Health* 65, 132–157. DOI: 10.1007/s10943-025-02406-3.

Notationsübersicht

Symbol	Bedeutung
t	Zeitpunkt beziehungsweise zeitlicher Verlauf
$b_i(t)$	einzelne Belastung i zum Zeitpunkt t
α_i	Gewicht beziehungsweise Bedeutung einer Einzelbelastung
γ_{ij}	Wechselwirkungs- oder Verstärkungseffekt zwischen zwei Belastungen
$B_{\text{eff}}(t)$	effektive Gesamtbelastung
$R_p(t)$	persönliche Ressourcen
$R_F(t)$	familiäre Ressourcen
$R_s(t)$	soziale Ressourcen
$R_i(t)$	institutionelle beziehungsweise professionelle Ressourcen
$a(t)$	Zugänglichkeit und tatsächliche Nutzbarkeit vorhandener Ressourcen, $0 \leq a(t) \leq 1$
$R_{\text{eff}}(t)$	effektiv nutzbare Ressourcen
$M(t)$	Differenz aus effektiver Belastung und effektiven Ressourcen
$\Theta(t)$	dynamische kritische Belastungszone; kein empirisch festgelegter Grenzwert
$P(t)$	verbleibender Handlungspuffer
$\Omega(t)$	Orientierungsfähigkeit
$V(t)$	Verstehbarkeit
$H(t)$	Handhabbarkeit
$K(t)$	Kommunikationsfähigkeit
$N(t)$	Navigationskompetenz

Die mathematische Architektur lässt sich in drei Kernbeziehungen verdichten:

$$B_{\text{eff}}(t) = \sum_{i=1}^n \alpha_i b_i(t) + \sum_{i < j} \gamma_{ij} b_i(t) b_j(t),$$

$$R_{\text{eff}}(t) = a(t)[R_p(t) + R_F(t) + R_s(t) + R_i(t)],$$

$$P(t) = \Theta(t) - [B_{\text{eff}}(t) - R_{\text{eff}}(t)].$$

Die präventive Prozesshypothese lautet schließlich:

$$\Omega(t) \uparrow \Rightarrow a(t) \uparrow \Rightarrow R_{\text{eff}}(t) \uparrow \Rightarrow M(t) \downarrow \Rightarrow P(t) \uparrow.$$

Je früher eine komplexe Lebenslage verständlich, besprechbar und navigierbar wird, desto größer wird die Chance, vorhandene Ressourcen zu erschließen und Handlungsspielraum zu erhalten, bevor Überforderung eskaliert. Die Mathematik soll keine „Menschen ausrechnen“. Der Zweck ist bescheidener und zugleich strenger: Sie führt dazu, Annahmen auseinanderzuhalten und Beziehungen ausdrücklich zu benennen. In diesem Sinn fasst das Modell eine einfache praktische Erfahrung in eine nachvollziehbare Struktur: **Hilfe wirkt am stärksten, wenn sie nicht erst gesucht werden muss, nachdem alle Reserven verbraucht sind.**

Integrativer Weisheitskompass der Gesundheitsprävention

Orientierung, bevor Überforderung zur Krise wird



Mathematisches Modell

$$1 \quad B_{eff}(t) = \sum_{i=1}^n \alpha_i \cdot b_i(t) + \sum_{i < j} \gamma_{ij} \cdot b_i(t) \cdot b_j(t)$$

$$2 \quad R_{eff}(t) = a(t) \cdot [R_P(t) + R_F(t) + R_S(t) + R_I(t)]$$

$$3 \quad M(t) = B_{eff}(t) - R_{eff}(t)$$

$$4 \quad P(t) = \Theta(t) - M(t)$$

$$5 \quad \Omega(t) = f(V(t), H(t), K(t), N(t))$$

$$6 \quad \Omega(t) \uparrow \Rightarrow a(t) \uparrow \Rightarrow R_{eff}(t) \uparrow \Rightarrow M(t) \downarrow \Rightarrow P(t) \uparrow$$

Notation

$b_i(t)$:	einzelne Belastungen
α_i :	Gewicht der Belastung
γ_{ij} :	Wechselwirkung zwischen Belastungen
R_P :	persönliche Ressourcen
R_F :	familiäre Ressourcen
R_S :	soziale Ressourcen
R_I :	institutionelle / professionelle Ressourcen
$a(t)$:	Zugänglichkeit von Hilfe
$M(t)$:	Belastungs-Ressourcen-Differenz
$\Theta(t)$:	kritische Zone
$P(t)$:	Handlungspuffer
$\Omega(t)$:	Orientierungsfähigkeit
V :	Verstehbarkeit (Situationen einordnen können)
H :	Handhabbarkeit (Bewältigungsmöglichkeiten sehen)
K :	Kommunikationsfähigkeit (Belastungen ansprechen)
N :	Navigationskompetenz (zu passenden Hilfen finden)



Der Integrative Weisheitskompass verbindet Wahrnehmung, Urteilskraft und Hilfezugang – damit Menschen nicht erst zusammenbrechen müssen, um Orientierung zu erhalten.