

Frank Nestmann

Frank Engel

Ursel Sickendiek

Hrsg.

The background of the cover is a vibrant red with a fine, woven texture. Overlaid on this are several abstract, torn-edge shapes in a bright cyan-blue color. These shapes are scattered across the cover, with a large, irregular one in the center-left and several smaller ones to its right and above. The overall effect is modern and artistic.

DAS
HANDBUCH
DER BERATUNG

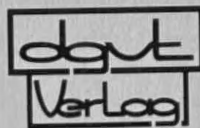
BAND 3 Neue Beratungswelten

Das Handbuch der Beratung

**Band 3: Neue Beratungswelten:
Fortschritte und Kontroversen**

herausgegeben von

Frank Nestmann, Frank Engel & Ursel Sickendiek



**Tübingen
2013**

Anschriften der Herausgeber:

Prof. Dr. Frank Nestmann
Technische Universität Dresden
Fakultät Erziehungswissenschaften
Institut für Sozialpädagogik, Sozialarbeit und Wohlfahrtswissenschaften
D-01062 Dresden
E-Mail: Frank.Nestmann@tu-dresden.de

Frank Engel
Institut für Beratungsforschung und -weiterbildung
Breite Straße 37
D-33602 Bielefeld
E-Mail: frank.w.engel@t-online.de

Ursel Sickendiek
Universität Bielefeld
ZSB-Zentrale Studienberatung
Universitätsstr. 25
D-33501 Bielefeld
E-Mail: ursel.sickendiek@uni-bielefeld.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in
der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2013 dgvt-Verlag
Im Sudhaus
Hechinger Straße 203
72072 Tübingen

E-Mail: dgvt-Verlag@dgvt.de
Internet: www.dgvt-Verlag.de

Gestaltung & Satz: Die Kavallerie GmbH, Tübingen
Umschlaggestaltung: Frank Engel, Bielefeld
Belichtung: KOPP – desktopmedia, Nufringen
Druck: Druckerei Deile GmbH, Tübingen
Bindung: Lachenmaier GmbH, Reutlingen

ISBN 978-3-87159-247-8

Inhaltsverzeichnis

Band 3: Neue Beratungswelten: Fortschritte und Kontroversen

XIII VORWORT UND EINLEITUNG	1321
--	-------------

Vorwort der HerausgeberInnen	1323
---	-------------

Beratung: Zwischen „old school“ und „new style“	1325
<i>Frank Nestmann, Frank Engel & Ursel Sickendiek</i>	

XIV INNOVATIVE ZUGÄNGE: NEUE UND WEITERENTWICKELTE KONZEPTE DES BERATENS	1349
Übersicht	1350

Beratung als narrative Praxis	1353
<i>John McLeod</i>	
1 Sinn finden: Die persönliche Identität als Erzählung	1354
2 Fortschritte machen: Eine andere Geschichte erzählen können	1358
3 Ein Fazit	1362
Literatur	1363

Beratung poststrukturalistisch: Von sich erzählen	1367
<i>Melanie Plößer</i>	
1 Einführung	1367
2 Diskurs, Macht, Subjektivierung	1368

3 Performativität	1372
4 Resümee	1377
Literatur	1377

SocioDynamic Counselling:

Vance Peavys konstruktivistischer Beratungsansatz	1381
--	-------------

Annett Kupfer, Romy Simon & Frank Nestmann

1 Einleitung	1381
2 Eine Welt im Wandel	1382
3 Probleme von Beratungsklienten und Reaktionsmöglichkeiten von Beratung allgemein und im SocioDynamic Counselling	1384
4 Konstruktivistische Prinzipien der Beratung	1386
5 Praxis und Methodik soziodynamischer Beratung	1389
Literatur	1394

Ein soziales Modell von Beratung – John McLeods

Vorschlag, Beratung als einen „sozialen Prozess“

zu verstehen	1397
---------------------------	-------------

Frank Nestmann

1 Psychologische Beratungskonzepte	1397
2 Sozialpädagogische Modellvorstellungen	1399
3 Beratung als sozialer Prozess	1400
4 Berater als „Grenzgänger“ – Beratung als „Brücke“	1402
5 Beratung ist sozial!	1405
Literatur	1406

Beratung als soziales Isolat? Die übersehene Rolle

persönlicher Beziehungen und Netzwerke	1409
---	-------------

Annett Kupfer, Frank Nestmann & Kathy Weinhold

1 Vernachlässigte soziale Einflussfaktoren	1411
2 Generelle Wirkfaktoren von Beratung und Therapie	1412
3 Professionelle Hilfe und alltägliche Unterstützung	1414
4 Soziale Einflüsse auf Hilfesuche und -inanspruchnahme	1416
5 Soziale Einflüsse und der Beratungsprozess	1418
6 Soziale Einflüsse und die Wirkung von Beratung und Psychotherapie	1419
7 Das Verhältnis von informeller Hilfe und professioneller Hilfe	1420
Literatur	1423

Diversität in der Beratung:**Unterschiedlichen Lebenswelten gerecht werden 1429***Ursel Sickendiek*

- 1 Diversität als politisches Konzept 1431
- 2 Diversität als mehrdimensionaler Ansatz 1431
- 3 Inter- und multikulturelle Beratung,
„cross-cultural counseling“ oder Beratung
in diversen Lebenswelten? 1433
- 4 Anerkennung, Lebenswelten und soziale Gerechtigkeit 1438
- 5 Individualistische und kollektivistische
Selbst- und Weltbilder 1441
- 6 In Diversität beraten:
Drei Konzepte und ein Gestaltungsprinzip 1443
- Literatur 1445

Wenn etwas sicher ist, dann die Unsicherheit:**Ungewissheit, Nichtsicherheit und Zufall in der Beratung 1447***Frank Nestmann & Ursel Sickendiek*

- 1 Beratung angesichts von
Ungewissheit und Informationsflut 1448
- 2 Der Nichtsicherheit eine positive Seite abgewinnen –
Gelatts „positive uncertainty“ 1455
- 3 Zufälle und ungeplante Ereignisse – eine
unkonventionelle Perspektive auf berufliche
Laufbahnen und Lebensläufe 1460
- Literatur 1466

Fertigkeits- und funktionsorientierte Beratung**sowie Psychoedukation 1469***Ilse Kryspin-Exner*

- 1 Psychoedukation 1473
- 2 Internetbasierte fertigkeit- und
funktionsorientierte Beratung 1475
- 3 Virtuelle Realität 1477
- 4 Resümee 1477
- Literatur 1478

Systemisch-sozialökologische Beratung 1483*Franz-Christian Schubert*

- 1 Entwicklungslinien und theoretische Grundlagen 1483
- 2 Grundlagen sozialökologischer Handlungskonzeption 1486
- 3 Transaktionales Belastungs-Bewältigungs-Modell 1490
- 4 Sozialökologisches Beratungshandeln 1491
- Literatur 1502

XV BERATUNGSSETTINGS UND -RÄUME	1507
Übersicht	1508

Beratung und sozialer Raum	1509
<i>Ruth Großmaß</i>	

1 Raum- und Ortlosigkeit von Beratung	1509
2 Verortung von Beratung	1511
3 Beratung im gesellschaftlichen Raum der Positionen	1512
4 Geografischer und sozialer Ort von Beratung	1516
5 Institutionen als Räume der Macht	1519
6 Beratungsinteraktion als Möglichkeitsraum	1522
Literatur	1523

Beratung zwischen Tür und Angel	
Professionelle Gestaltung von offenen Settings –	
ein Beitrag für mehr Gerechtigkeit	1525
<i>Maria Knab</i>	

1 Forschungsperspektiven	1525
2 Profilierungsperspektive Gerechtigkeit	1528
Literatur	1535

Organisationsberatung und Beratung von Organisationen	1539
<i>Hans-Jürgen Seel</i>	

1 Wie kommen Beratung und Organisation zusammen?	1539
2 Typen von Organisationen als Aggregationen von (natürlichen) Personen	1543
3 Counseling: Beratung als Organisation und Management von reflexiven Projekten	1547
Literatur	1551

Community Counseling: Beratung im sozialräumlichen Kontext	1553
<i>Vera Bamler & Jillian Werner</i>	

1 Community Counseling	1553
2 Ausgewählte Beratungsfelder	1556
3 Maximen von Community Counseling	1560
4 Herausforderungen für Beraterinnen und Berater	1563
Literatur	1565

XVI MEDIEN UND BERATUNG	1569
Übersicht	1570

Professionalisierung der Online-Beratung	1571
---	------

Stefan Kühne & Gerhard Hintenberger

1 Institutionalisierung der Online-Beratung	1571
2 Vorteile schriftbasierter Online-Beratung	1574
3 Einschränkungen schriftbasierter Online-Beratung	1576
4 Mediale Ausdifferenzierung der Online-Beratung	1577
5 Methodische Ausdifferenzierung der Online-Beratung	1578
6 Professionalisierung der Aus- und Weiterbildung	1580
7 Qualitätsstandards und Qualitätssicherung	1582
8 Ausblick	1582
Literatur	1583

Sozialpsychologie der Online-Beratung	1587
--	------

Nicola Döring & Christiane Eichenberg

1 Einleitung	1587
2 Internetbasierte Beratungsangebote	1588
3 Sozialpsychologische Besonderheiten der Online-Beratung	1590
4 Qualitätsbewertung der Online-Beratung	1595
5 Fazit	1596
Literatur	1597

Von der E-Beratung zur M-Beratung:

Chancen und Grenzen des Einsatzes von Mobilmedien	1601
--	------

Nicola Döring & Christiane Eichenberg

1 Von E-Health zu M-Health	1601
2 Mobilmedien	1603
3 Psychosoziale Beratungsangebote mittels Mobilmedien	1606
4 Chancen und Grenzen der M-Beratung	1612
5 Fazit für die Praxis	1613
Literatur	1614

Ratgeberliteratur am Beispiel von Erziehungsfragen	1617
---	------

Nicole Keller

1 Einleitung	1617
2 Gegenstandsbestimmung	1618
3 Das Angebot und die Nachfrage im Bereich der pädagogischen Ratgeberliteratur	1620
4 Forschungsbedarf	1626
Literatur	1627

XVII KRITIK DER BERATUNG – ALTE UND NEUE WIDERSPRÜCHE	1629
Übersicht	1630
Ökonomisierung der Beratung	1633
<i>Aloys Prinz</i>	
1 Einleitung	1633
2 Beratung aus ökonomischer Sicht	1634
3 Ökonomisierung versus Kommerzialisierung	1636
4 Wann ist Ökonomisierung für die Beratung schädlich?	1638
5 Wie kann Beratung gleichzeitig wirksam und wirtschaftlich sein? ...	1639
6 Fazit	1641
Literatur	1641
Aufgaben und Probleme der Professionalisierung von Beratung	1645
<i>Hans-Jürgen Seel</i>	
1 Was heißt Professionalisierung?	1645
2 Beratung als Profession	1646
3 Konsequenzen: Klärung der „Mission“ professioneller Beratung	1656
Literatur	1659
Beratung und Zwang	1663
<i>Rainer Göckler</i>	
1 Einführung	1663
2 Zwangs- und sanktionsfreie Beratung als Regel	1664
3 Gesellschaftlich akzeptierte Formen in teilformalisierten Beratungsangeboten	1666
4 Gesellschaftlich umstrittene Formen von Zwangsberatungen	1667
5 Beratungsmethodische Hinweise für Beratung in Zwangskontexten	1669
6 Zwangsberatung in öffentlich-rechtlichen Institutionen	1672
Literatur	1675
Beratung und Armut	1679
<i>Hans-Peter Michels</i>	
1 Einleitung	1679
2 Armut	1680
3 Ökonomische Bedingungen der Armut und die Umgestaltung des Sozialstaates	1682
4 Beratung im Zwangskontext	1688
5 Alternativen	1691
6 Fazit	1692
Literatur	1692

Unerkannt lassen: Gefahren und Grenzen**von Aufdeckungsarbeit in der Beratung 1695***Hans Thiersch*

- 1 Klarheit und Wahrhaftigkeit im Zusammenhang sozialer Hilfen 1695
- 2 Wahrhaftigkeit 1699
- 3 Unwahrhaftigkeit 1700
- 4 Alltag, Selbstdarstellung, Stigma-Management 1701
- 5 Die Normalität von Wahrhaftigkeit und Nichtwahrhaftigkeit 1702
- 6 Sozialpädagogische Beratung 1703
- 7 Kasuistik 1706
- 8 Beratung in der gegenwärtigen sozialpädagogischen und gesellschaftlichen Situation 1707
- Literatur 1708

Beratung und Ethik 1711*Ruth Großmaß*

- 1 Ethik im fachlichen Diskurs über Beratung 1711
- 2 Professionalisierungsprozess und Ethik 1712
- 3 Die ethische Dimension professioneller Beratungsarbeit 1714
- 4 Theoretische Voraussetzungen ethischer Reflexion 1716
- 5 Ethische Reflexion und Beratungspraxis 1718
- Literatur 1719

Fit für was? Beratung als Aktivierungsschema fürs Hamsterrad 1723*Heiner Keupp*

- 1 Vom Fremdzwang zum Selbstzwang:
Vom Körperdrill zum Fitnessdiskurs 1724
- 2 „Verkörperung“ der Unterwerfung 1725
- 3 Die Produktion der „grauen Herren“ 1726
- 4 Inszenierung der Eliten 1727
- 5 Fitness als grenzenloses Steigerungsprinzip 1728
- 6 Proteische Karriere: Die Göttergleichheit? 1730
- 7 Ein zielloses Aktivierungsschema? 1731
- 8 ... und die Positive Psychologie? 1733
- 9 Proteus schlägt zurück:
Von der Fitness zum Burn-out und zur Depression 1735
- 10 Zwei Schlussfolgerungen 1737
- Literatur 1738

Grenzen und Chancen der Evaluation von Beratung	1741
<i>Franz Oberlehner</i>	
1 Einleitung	1741
2 Methodische Probleme	1742
3 Verwandte Begriffe:	
Qualitätssicherung, Effektivität, Effizienz	1743
4 Der Konsumentenreport als brauchbares Vorbild	1746
5 Evaluation ist Politik	1747
Literatur	1749
 Diagnostikkritik im Kontext von Beratung	 1751
<i>Wolfgang Schrödter</i>	
1 Beratung: Kontexte, gesellschaftliche Krise, Gesellschaftsdiagnostik	1752
2 Die Rolle der Profession im gesellschaftlichen Krisenmanagement	1755
3 Multiperspektivität als Programm und Praxis	1757
4 Diagnostik in kritisch-konstruktiver Perspektive	1758
5 Klinischer Blick, Macht, Moden, Märkte	1761
6 Selbstdiagnostik	1763
Literatur	1765
 Beratungsforschung	 1767
<i>John McLeod</i>	
1 Beratung/Counselling als eine Form der Praxis	1768
2 Ziele für die Beratungsforschung	1770
3 Methodologische Möglichkeiten der Beratungsforschung	1773
4 Abschließende Überlegungen:	
Künftige Herausforderungen und Möglichkeiten	1774
Literatur	1776
 Esoterik, Spiritualität und Heilslehren statt Beratung?	 1779
<i>Colin Goldner</i>	
1 Übersinnliches Heilslehren	1779
2 Der esoterische Psycho-Supermarkt	1781
3 Das Problem der Beraterqualifikation	1782
4 Das Geschäft mit der esoterischen Beratung und die Aufgaben der Profession	1786
Literatur	1787

**Counselling und Gesellschaft: Eine kritische Typologie
kulturell-gesellschaftlicher Deutungskategorien**

zum Umgang mit psychischem Leid 1789

Colin Feltham

- 1 Sieben kulturell-gesellschaftliche Deutungskategorien
persönlichen Leidens 1790
- 2 Anthropathologie 1794
- 3 Die Ursprünge und das gegenwärtige Ethos
von Counselling 1795
- 4 Die Bedeutung der sieben Deutungskategorien
für eine kritische Counselling-Analyse 1796
- Literatur 1802

Lesehinweis

In den Beiträgen des Handbuches sind längere Zitate kleiner gesetzt und mit Anführungszeichen gekennzeichnet.

In ebenfalls klein gesetzten Textteilen ohne Anführungszeichen finden sich Textpassagen, in denen ausgewählte Forschungs- oder Handlungsbereiche detailliert dargestellt werden sowie Beispiele (kursiviert).

Sachwortregister 1805

Personenregister 1813

Abkürzungsverzeichnis 1826

AutorInnenverzeichnis 1828

Anhang: Zweite Frankfurter Erklärung zur Beratung 1831

Ernst Abbe Zentrum für Forschung und Transfer (EAZ)

Ehrenbergstr. 29

D-98693 Ilmenau

E-Mail: nicola.doering@tu-ilmenau.de

PD Dr. Christiane Eichenberg ist Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin (i. A.) sowie wissenschaftliche Mitarbeiterin am Department Psychologie – Klinische Psychologie und Psychologische Diagnostik – der Universität zu Köln (www.christaneeichenberg.de).

Anschrift:

Universität zu Köln

Klinische Psychologie und Psychologische Diagnostik

Höninger Weg 115

D-50969 Köln

E-Mail: christiane@rz-online.de

Vorwort
und
Einleitung

Innovative
Zugänge

Beratungs-
settings-
und -räume

Medien
und
Beratung

Kritik
der
Beratung

Register

Anhang

Von der E-Beratung zur M-Beratung: Chancen und Grenzen des Einsatzes von Mobilmedien

Nicola Döring & Christiane Eichenberg

- 1 Von E-Health zu M-Health
- 2 Mobilmedien
- 3 Psychosoziale Beratungsangebote mittels Mobilmedien
- 4 Chancen und Grenzen der M-Beratung
- 5 Fazit für die Praxis

Medienunterstützung in der Beratung ist nicht neu. Schriften wurden schon in der Antike zu therapeutischen Zwecken im engeren und weiteren Sinne eingesetzt, der Buchdruck erschloss weitere Kreise und – um nochmals einen Zeitsprung zu machen – die Telefonberatung stellt ihre Dienste seit über 50 Jahren bereit. Bis heute verändern Medieninnovationen immer wieder Angebot und Nachfrage psychosozialer Beratung. So bieten eine Vielzahl psychosozialer Einrichtungen seit den 1990er-Jahren Beratung via Internet, sogenannte E-Beratung, an. Der Boom der Mobilkommunikation eröffnet für die Beratung weitere Optionen, die bisher insbesondere im Bereich der Gesundheitsförderung aufgegriffen werden. Der Beitrag zeigt entsprechende Pilotprojekte und Entwicklungen auf und skizziert Perspektiven für die psychosoziale Beratung per Handy bzw. Smartphone, die sogenannte M-Beratung.

1 Von E-Health zu M-Health

„E-Health“ ist ein Sammelbegriff für alle gesundheitsbezogenen Angebote, die über das Internet lokal oder weltweit zur Verfügung gestellt werden (zur Begriffsdefinition siehe Oh, Rizo, Enkin & Jadad, 2005). „E-Mental-Health“ grenzt das Feld auf psychosoziale Versorgung ein (Bauer & Kordy, 2008). Für die heutigen Internet-Nutzerinnen und -Nutzer ist es in vielen Teilen der Welt mittlerweile alltäglich, bei gesundheitlichen oder psychosozialen Fragen und Problemen eine Google-Suche im Web durchzuführen, in Online-Foren Rat einzuholen oder sich per E-Mail an

professionelle Beratungsstellen zu wenden. In einer repräsentativen Befragung gaben 44 % aller deutschen Online-Benutzer an, dass das Internet bei psychosozialen Problemen im Bedarfsfall eine Anlaufstelle für sie ist (Eichenberg & Brähler, 2012). So ist die professionelle Online-Beratung heute weitgehend institutionalisiert (Kühne, 2009). Die Reichweite von Online-Angeboten ist groß: In Deutschland sind laut der ARD/ZDF-Online-Studie 2010 mittlerweile rund 70 % der Bevölkerung online, bei den Jugendlichen nahezu 100 % (Eimeren & Frees, 2010).

Eine noch größere Verbreitung als Computer und Internet weist jedoch das Mobiltelefon auf. In Deutschland liegt die Zahl der Handy-Verträge weit über der Einwohnerzahl (European Information Technology Observatory, www.eito.eu). Fast alle Menschen in Deutschland verfügen heutzutage über ein eigenes Handy, es ist als persönliches Mehrzweckmedium zum ständigen Begleiter im Alltag geworden. Somit liegt es nahe, die durch die neuen leistungsstarken Handys (Smartphones mit Internet-Anbindung) wachsenden Potentiale der Mobilkommunikation auch für gesundheitsbezogene und psychosoziale Interventionen auszuschöpfen. Projekte und Studien im Bereich „M-Health“ bzw. „M-Mental-Health“ mehren sich (vgl. Istepanian, Laxminarayan & Pattichis, 2006; Döring & Eichenberg, 2007; Norris, Stockdale & Sharma, 2009). Dabei bilden Entwicklungs- und Schwellenländern einen besonderen Schwerpunkt. Denn es besteht die Hoffnung, dass Mobilmedien, die dort wesentlich verbreiteter sind als Computer, zur Verbesserung der insgesamt schlechten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung beitragen können (z. B. Zugang zu HIV-Präventions-Informationen in ländlichen Regionen via Mobiltelefon). In diesem Bereich arbeiten die Vereinten Nationen mit Mobilfunkanbietern zusammen (Vital Wave Consulting, 2009). Mit ähnlichem Impetus wird der Einsatz von M-Learning-Angeboten in Entwicklungs- und Schwellenländern vorangetrieben, wobei gesundheitsbezogene M-Learning-Angebote die Brücke zwischen beiden Bereichen schlagen.

Wie bei jeder technischen Innovation stehen optimistischen Stimmen, die neue Chancen und erweiterte Handlungsmöglichkeiten loben, kritische Stimmen gegenüber, die vor diversen Risiken warnen und insbesondere soziale Verluste durch Technisierung befürchten. Wenn schon E-Mail-Beratung mit medialen Grenzen zu kämpfen hat, ist es dann wirklich sinnvoll, eine SMS-Beratung – beschränkt auf 160 Zeichen pro Handy-Kurzmitteilung – anzubieten? Kann M-Beratung mehr sein als eine Online-Beratung im Kleinformat, sozusagen „E-Beratung light“?

Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, den aktuellen Entwicklungs- und Forschungsstand zum Einsatz von Mobilmedien *in der Beratung und vor allem im Kontext medizinischer und psychosozialer Interventionen* zu präsentieren und kritisch zu diskutieren. Zunächst werden die notwendigen technischen Grundlagen behandelt, anschließend die vier wichtigsten Szenarien der M-Beratung vorgestellt und schließlich die Grenzen diskutiert. Insgesamt zeigt sich, dass

adialer Beratungsangebote international die jeweiligen Zielgruppen bilden dabei einerseits im Gesundheitssektor Anwendungen unter-

2 Mobilmedien

Mobilkommunikation ist ein Sammelbegriff für die Kommunikation über portable, drahtlos vernetzte Informations- und Kommunikationsgeräte. Mobilmedien bestehen aus drei Systemkomponenten: dem portablen Endgerät zur Datenverarbeitung (z. B. Mobiltelefon), dem drahtlosen Netzwerk zur Datenübertragung (z. B. Mobilfunknetz) sowie den mobilen Diensten und Anwendungen (z. B. Kurzmitteilungsdienste).

Portable Endgeräte

Portable Informations- und Kommunikationsgeräte existieren in unterschiedlichen Erscheinungsformen, die teilweise miteinander verschmelzen (Medien- bzw. Gerätekonvergenz). Dazu gehören z. B. auch E-Book-Reader oder Boardcomputer im Automobil. Die drei wichtigsten mobilen Endgerätegruppen, die für psychosoziale Interventionen in Frage kommen, sind Mobiltelefon, mobile Spielkonsole und Notebook.

1. *Mobiltelefon.* Das Mobiltelefon (mobile phone/cell phone; im Deutschen kurz: Handy) ist das mit Abstand am weitesten verbreitete mobile Endgerät. Es ist mehr als ein portables Telefon, denn per Handy lassen sich zahlreiche weitere Dienste und Anwendungen nutzen: Man kann beispielsweise Text-, Foto-, Audio- und Videobotschaften sowie E-Mails und Faxe senden und empfangen, Musik hören, kleine Computerspiele spielen, einen Kalender führen und sogar – mehr oder minder in eingeschränkter Weise – Internet-Inhalte abrufen. Inzwischen sind im Gefolge des seit 2007 erhältlichen iPhone von Apple diverse *Smartphones* von verschiedenen Herstellern auf dem Markt, die den Funktionsumfang eines Mobiltelefons durch Touchscreen-Technologie, verbesserten Internet-Zugang sowie die Möglichkeit der Installation zahlreicher Zusatzprogramme – sogenannter Apps (kurz für: Mobile Applications) – extrem erweitern. Smartphones werden die herkömmlichen Handys nach und nach verdrängen. Damit wird dann die – vor allem im Business-Bereich etablierte – Gerätegruppe der *Handhelds* (auch: PDA [Personal Digital Assistant], Pocket PC, Palmtop) überflüssig. Diese handtellergroßen Mini- oder Taschencomputer boten ebenfalls die Möglichkeit, kleine Programme zu nutzen, ihnen fehlte jedoch die Telefonfunktion des Handys.
2. *Mobile Spielkonsole.* Während stationäre Spielkonsolen an den Fernseher angeschlossen werden und dann die Nutzung von Videospielen ermöglichen, enthalten mobile Spielkonsolen ein kleines Display und können somit ortsunabhängig eingesetzt werden. Sehr bekannte mobile Spielkonsolen sind der Gameboy von Nintendo, der mittlerweile von der Nintendo DS abgelöst wurde, oder die PlayStation Portable PSP von Sony. Heutige Spielkonsolen integrieren neben der Spielfunktion zunehmend weitere Funktionen, wie z. B. den Austausch von Text-, Foto-, Audio- und Videobotschaften oder die geografische Lokalisierung der Spielerinnen und Spieler. Mobile Spielkonsolen werden dadurch vom reinen Spielgerät zum integrierten Spiel- und Kommunikationsgerät (für Anwendungen im Gesundheitsbereich siehe Döring & Eichenberg, 2007).

3. *Notebook*. Das Notebook ist ein vollwertiger Personal Computer, der durch vergleichsweise leichte und kompakte Bauweise sowie durch Unabhängigkeit vom Stromnetz ortsflexibel und mobil (z. B. im Zug) einsetzbar ist, indem man ihn auf dem Tisch oder auf dem Schoß (deswegen auch *Laptop*) platziert. Per Notebook können alle herkömmlichen Computerprogramme genutzt werden, zudem ist über ein drahtloses Netzwerk auch eine Internet-Anbindung möglich. Die Mobilität von Laptops ist jedoch insofern eingeschränkt, als sie mit einem Gewicht von zwei bis vier Kilogramm zu schwer sind („Schlepptop“) für eine permanente Nutzung. Als sogenannte *Netbooks* haben sich jedoch inzwischen besonders kleine, leichte und kostengünstige Notebooks etabliert, die bei vollem Funktionsumfang auf Handtaschenformat geschrumpft sind und Akkulaufzeiten bis zu acht Stunden aufweisen. Eine weitere mobile Alternative zum klassischen Desktop-Computer bieten *Tablet-PCs* (z. B. das iPad), die per Stifteingabe zu bedienen und wie eine Schreibtafel auch auf dem Arm ohne Tisch zu gebrauchen sind (z. B. während einer Visite im Krankenhaus).

Für Praxisprojekte im Bereich psychosozialer und medizinischer Versorgung ist es einerseits sinnvoll, *einfache Geräte* zu nutzen, die bei den Zielgruppen bereits stark verbreitet sind. Andererseits ist es wichtig, frühzeitig die Chancen technischer Innovationen auszuloten. Entsprechende Innovationsprojekte statten dann typischerweise eine kleine Nutzergruppe mit *neuen Geräten* aus, um deren Praxistauglichkeit zu testen.

Drahtlose Netzwerke

Drahtlose Netzwerke (wireless networks) realisieren die Datenübertragung per Funktechnologie. Gemäß ihrer Reichweite lassen sich drei Typen von drahtlosen Netzwerken unterscheiden:

1. *W-PAN (Wireless Personal Area Network)*. Dieser Netzwerktyp dient der Datenübertragung über Distanzen von wenigen Metern. Verbreitete Technologien sind Infrarot und Bluetooth. Innerhalb eines Raumes können per Bluetooth beispielsweise Fotos oder Kurzmitteilungen von einem Handy direkt auf ein anderes Handy, auf eine mobile Spielkonsole, auf ein Notebook oder einen Personal Computer übertragen werden. Auch Messdaten können per W-PAN übermittelt werden, etwa vom Schrittzähler im Schuh zum Handy, auf dem ein Fitness-Programm genutzt wird. Die Datenübertragung ist dabei kostenfrei.
2. *W-LAN (Wireless Local Area Network)*. Dieser Netzwerktyp dient der Datenübertragung über Distanzen von Dutzenden bis Hunderten von Metern. Mit W-LANs werden typischerweise umgrenzte Areale abgedeckt, etwa eine Wohnung, ein Firmengelände, ein Universitätscampus, ein Flughafen oder ein Restaurant. W-LAN-Karten sind für Notebooks, mobile Spielkonsolen und für Handys verfügbar.
3. *W-WAN (Wireless Wide Area Network)*. Dieser Netzwerktyp dient der Datenübertragung über Distanzen von vielen Kilometern. Durch die Verbindung zwischen W-WANs kann letztlich eine weltweite Abdeckung gewährleistet werden. Die heute gängigen W-WANs sind die Mobilfunknetze der 2. Genera-

tion (GSM-Standard: Global System for Mobile Communications) inklusive ihrer Erweiterungen (2,5. Generation) und der 3. Generation (UMTS-Standard: Universal Mobile Telecommunications Standard). Die Handy-Kommunikation ist auf Mobilfunknetze angewiesen, aber auch mobile Spielkonsolen und Notebooks können z. B. per UMTS-Karte online gehen.

Für mobile Beratungsangebote, die auf eine Netzanbindung angewiesen sind, stellt sich sowohl für die Anbieter als auch für die Zielgruppen die Frage nach den *Verbindungskosten*. Bei den für die Mobilkommunikation zentralen W-WANs bzw. Mobilfunknetzen existieren unterschiedliche Tarifmodelle, wobei sich neuerdings *Flatrates* verbreiten, bei denen für einen Pauschalpreis hinsichtlich Zeit und/oder Datenvolumen unbegrenzte Nutzung möglich ist.

Mobile Dienste und Anwendungen

Dienste und Anwendungen umfassen die konkreten Leistungen, die portable Endgeräte den Teilnehmerinnen und Teilnehmern anbieten. Während für die Nutzung mobiler Dienste ein Datenaustausch über ein drahtloses Netzwerk notwendig ist (z. B. SMS-Mitteilungsdienst des Handys), laufen mobile Anwendungen ohne Netzanbindung im Endgerät (z. B. Kalenderfunktion des Handys).

Das Spektrum der mobilen Dienste und Anwendungen ist sehr breit und grob in vier Kategorien einzuteilen:

1. *M-Kommunikation*. Dazu zählen mobile Kommunikationsdienste wie z. B. Mobiltelefonie, textbasierte und multimediale Mitteilungsdienste. Dabei kann es sich um Individualkommunikation zwischen einzelnen Personen handeln, aber auch um Gruppenkommunikation.
2. *M-Information*. Information mittels Mobilmedien beinhaltet das eigene Informationsmanagement (z. B. Kalender, Adressbuch, Notizen, Dokumente) sowie den Zugriff auf Informationsangebote (z. B. mobiler Abruf von Online-Zeitungen via Notebook oder von Online-Gesundheitsinformationen via Handy).
3. *M-Unterhaltung*. Unterhaltung mittels Mobilmedien umfasst Handy-Klingeltöne und Handy-Logos, Spiele (M-Gaming), Handy-TV oder den Abruf unterhaltsamer mobiler Internet-Angebote.
4. *M-Transaktion*. Transaktionen mittels Mobilmedien umschließen den Kauf von Eintritts- oder Fahrkarten (M-Ticketing), das Abwickeln von Bankgeschäften (M-Banking) sowie das Bezahlen (M-Payment) oder das Einkaufen (M-Shopping).

Inhaltlich spezialisierte M-Beratungsangebote können prinzipiell Dienste und Anwendungen aus allen vier Bereichen einbeziehen. Auf der Ebene der Dienste und Anwendungen zeigt sich eine Verschmelzung von Online- und Mobilkommunikation, so können viele Online-Dienste auch mobil genutzt werden (z. B. E-Mail, Chat, Websites). Die mobile Zugänglichkeit von Online-Angeboten erfordert ein entsprechend ausgestattetes Endgerät (z. B. Smartphone, Netbook, Tablet-PC), eine Netzverbindung mit ausreichender Bandbreite zu bezahlbaren Kosten (z. B. durch einen Flatrate-Vertrag) sowie eine entsprechende Aufbereitung der Inhalte, so dass sie auch auf sehr kleinen Displays und über die geringe Zahl der Handytasten sinnvoll

nutzbar sind. Die über Mobilmedien zugänglichen Online-Inhalte werden auch als „mobiles Internet“ bezeichnet.

3 Psychosoziale Beratungsangebote mittels Mobilmedien

Inzwischen werden mobile Medien in verschiedenen Beratungskontexten eingesetzt, so auch in der psychosozialen Beratung. Obwohl die Begriffe „Mobile Health“ bzw. „Mobile Mental Health“ mittlerweile etabliert sind, hat sich in der Fachliteratur noch keine einheitliche Klassifikation der verschiedenen Erscheinungsformen herausgebildet.

- Norris et al. (2009) betonen in einem Beitrag zur strategischen Entwicklung von M-Health, dass M-Health-Angebote im gesamten Spektrum der Gesundheitsversorgung einen Platz haben können von der Prävention über Monitoring, Behandlung und Nachsorge sowie Unterstützung für Angehörige. Sie unterscheiden beispielhaft acht klinische und fünf nicht-klinische Varianten von M-Health-Angeboten. Zu den klinischen Anwendungen zählen sie z. B. öffentliche Gesundheitskampagnen, Erinnerungen an die Medikamenteneinnahme, Telemonitoring von Gesundheitsdaten oder die elektronische Patientenakte auf dem Handy. Unter die nicht-klinischen mobilen Gesundheitsanwendungen ordnen sie z. B. die Lokalisierung von Patienten und Ausrüstung, flexible Terminvereinbarungen und Terminerinnerungen oder Sicherheitsservices für das Personal.
- Die Vereinten Nationen differenzieren folgende sechs Typen von M-Health-Angeboten (Vital Wave Consulting, 2009): 1. Gesundheitsbildung, 2. telefonische Gesundheits-Hotlines, 3. Diagnostik- und Interventionsunterstützung, 4. Kommunikation und Weiterbildung für medizinisches Personal, 5. Datensammlung zur Verbreitung von Krankheiten und Epidemien sowie 6. Patienten-Monitoring. Eine Reihe entsprechender Projekte sind in einem wissenschaftlich fundierten Artikel zu „mHealth“ in der englischsprachigen Wikipedia zusammengetragen.
- Döring und Eichenberg (2007) geben einen Überblick speziell über klinisch-psychologische Interventionen mit Mobilmedien und erläutern Beispiele in allen Interventionsfeldern von der Diagnostik bis zu verschiedenen Formen der Intervention (Prävention, Beratung, Selbsthilfe, Psychotherapie und Rehabilitation). Zudem wird der Nutzen von Mobilmedien für die Planung, Dokumentation und Evaluation von Interventionsmaßnahmen hervorgehoben.

Konzentriert man sich auf den Einsatz von Mobilmedien rund um psychosoziale Beratung, so sind vier Szenarien zu differenzieren: 1. mobiler Zugang zu herkömmlicher Telefon- und Online-Beratung, 2. Beratung per SMS, 3. Mobile Apps mit Beratungsfunktionen sowie 4. Erweiterung bestehender Versorgungsangebote durch M-Beratung.

Mobiler Zugang zu herkömmlicher Telefon- und Online-Beratung

Im Bereich der mediengestützten Beratung etablierte sich zuerst die *Telefonberatung*, es folgte die *Online-Beratung* per E-Mail und Chat (vgl. Döring, 2006; Eichenberg, 2008). Heute ermöglichen Mobilmedien eine sogenannte M-Beratung. Diese bein-

hältet zunächst einfach den mobilen Zugang zu herkömmlicher Telefon- und Online-Beratung und erweitert somit deren Zielgruppen:

- *Mobiler Zugang zur Telefonberatung:* Seitdem Kinder und Jugendliche über eigene Handys verfügen, rufen sie häufiger bei der Telefonberatung an, denn sie können nun spontaner und diskreter Kontakt aufnehmen. Die Einrichtung telefonischer Hotlines bzw. Helplines, die für die Ratsuchenden ortsunabhängig per Handy erreichbar sind, zählt international zu einem wichtigen Bereich von M-Health, der insbesondere in Entwicklungs- und Schwellenländern Zugang zu anderweitig schwer zugänglichen Beratungsangeboten erlaubt (Vital Wave Consulting, 2009).
- *Mobiler Zugang zur Online-Beratung:* Mit der Verbreitung von Notebooks, Tablet-PCs und drahtlosen Netzen mehren sich zudem die Gelegenheiten im Alltag, situationsbezogen Online-Beratung in Anspruch zu nehmen.

Mobilmedien erleichtern also den Zugang zu bisherigen medialen Beratungsformen per Telefon und Internet. Damit können neue Zielgruppen erreicht werden. Zudem sollten sich auch Beratungsanlässe ändern, wenn mediale Beratung per Handy oder Netbook spontaner und situationsbezogener als bisher angefragt werden kann.

Beratung per SMS

Zudem bietet das Handy einen spezifischen neuen Kommunikationskanal, der für Beratung genutzt wird: die *Handy-Kurzmitteilung SMS* (short message service) mit einem Umfang von 160 Zeichen pro Mitteilung. Längere bzw. mehrteilige Botschaften können jedoch auch versendet werden. Die Nutzung des SMS-Dienstes ist extrem niederschwellig: Jedes Handy stellt diesen Dienst zur Verfügung und fast alle Handy-Nutzerinnen und -Nutzer verfügen über SMS-Erfahrung. Die begrenzte Zeichenzahl der SMS hat gegenüber der E-Mail den Vorteil, dass man sich sehr einfach ausdrücken, kurz fassen und auch Tippfehler machen darf, ohne dass es inkompetent oder unhöflich wirkt. Dies kommt vor allem Menschen mit Schreibbarrieren entgegen. Auch bietet die SMS im Vergleich zum Online-Kanal einen sofortigen Zugang zu Beratungsstellen, denn das Handy ist im Unterschied zum PC oder Notebook immer griffbereit. Es eignet sich deswegen auch für Krisenintervention, sofern die Beratungsstelle personell eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung anbietet.

Ein schriftlicher Erstkontakt per SMS ist für Ratsuchende oft niederschwelliger als ein Anruf, dies gilt insbesondere für Kinder und Jugendliche, die begeistert „simsen“ bzw. „texten“. Gleichzeitig bietet die Kontaktaufnahme per Handy durch die übliche Rufnummernübertragung der Beratungsstelle die Möglichkeit eines Rückrufs. Beratungsstellen bearbeiten eingehende SMS typischerweise mit entsprechenden Computerprogrammen (z. B. SMS-Blaster). Angesichts der Verbreitung von SMS-Flatrates sind SMS-Anfragen für viele Ratsuchende nicht mehr mit zusätzlichen Übertragungskosten verbunden.

Die *SMS-Beratung* wird ergänzend zur Telefon- und Online-Beratung mittlerweile von verschiedenen psychosozialen Beratungseinrichtungen angeboten, im deutschsprachigen Raum vorwiegend in der Schweiz:

Tabelle 1: *Beispielanfragen, die via SMS bei www.seelsorge.net eingingen*

- Junge (12): „Unsere Mutter ist gestorben. Wir sind traurig. Was sollen wir tun?“
- Junge (8): „Mir macht immer mein After weh. Was habe ich?“
- Mädchen (9): „Ich wohne in einem Heim. Jetzt habe ich zu stehlen begonnen. Wie kann ich damit wieder aufhören?“
- Mädchen (11): „Helfen Sie mir bei den Rechenaufgaben?“
- Mädchen (11): „Mein Onkel missbraucht mich ständig. Ich habe aber Angst, dies meiner Mutter zu sagen, weil sie es mir nicht glauben wird.“

- privates Schweizer Sorgentelefon für Kinder (www.sorgentelefon.ch)
- Beratung 147 für Kinder und Jugendliche der Schweizer Stiftung Pro Juventute (www.147.ch), Antwort binnen zwei Tagen wird zugesichert
- christliche Internet-Seelsorge der Schweiz (www.seelsorge.net), siehe Tabelle 1.

SMS-Beratung eignet sich vor allem für Erstkontakte und eine anschließende Weitervermittlung (z.B. zur Telefon- oder persönlichen Beratung) sowie für Kurzkontakte (Klärung eher eng umrissener Fragen und Probleme). Das Schweizer „Sorgentelefon für Kinder“ berichtet von einer steigenden Anzahl an SMS-Beratungen mit einem breiten Themenspektrum (Sexualaufklärung, Freundschaft, Familie, Sachfragen, Suchtprobleme, Schulfragen, Missbrauch, Schwangerschaft, Gewalt). Manche SMS-Diologe beinhalten bis zu 20 SMS des ratsuchenden Kindes, die oftmals über mehrere Tage hinweg eingehen, je nachdem, wann das Kind die nötige Zeit und Ruhe zum Simsen findet.

Schließlich ist auch zu beachten, dass via schriftlicher Handy-Nachrichten Menschen mit Hör- und Sprechproblemen sich gleichberechtigt artikulieren können. Nicht zuletzt wird die SMS-Kommunikation auch im Alltag oft als „soziale Nabelschnur“ empfunden: Ohne viele Worte kann man räumlich entfernte Beziehungspartner erreichen und durch zeitnahe Antwort deren soziale Präsenz spüren. Diese Funktion war möglicherweise auch für eine ältere, an terminalem Krebs erkrankte Frau von Bedeutung, die jeden Morgen eine SMS an die SMS-Seelsorge verschickte (Aebischer-Crettol, 2003, S. 108).

Die deutsche Pro Familia bot aus Gründen der Niederschwelligkeit und ständigen Verfügbarkeit des Handys eine SMS-Beratung im Rahmen von SEXTRA (www.sextra.de) an. Leider musste das Projekt nach relativ kurzer Zeit wieder eingestellt werden – aber nicht etwa aufgrund mangelnder Resonanz. Das Gegenteil war der Fall: Die Nachfrage war so groß und das Bedürfnis der Ratsuchenden nach mehrfachem SMS-Austausch derart ausgeprägt, dass es die verfügbaren Kapazitäten überstieg.

Sich im Alltag angesichts von Prüfungsängsten, Liebeskummer, Konflikten oder Schmerzen per SMS spontan Rat und Trost suchend an Beraterinnen und Berater

wenden zu können und eine individuelle SMS-Antwort zu erhalten, ist offenbar ein in der Bevölkerung sehr verbreitetes Bedürfnis. Es wird aktuell vor allem durch *kommerzielle Angebote der astrologischen SMS-Beratung* mit Kosten von bis zu zwei Euro pro SMS bedient. Eine Google-Suche nach dem Schlagwort „SMS-Beratung“ listet Dutzende entsprechender Anbieter auf.

Seriöse psychosoziale SMS-Beratung wird in Entwicklungs- und Schwellenländern zurzeit in zahlreichen Pilotprojekten untersucht und ist teilweise dauerhaft etabliert worden. Dabei sind Beratungsangebote, bei denen Ratsuchende per Handy-Anruf oder Handy-SMS professionelle Beratungsstellen erreichen, zu unterscheiden von Angeboten der Peer-Beratung, bei denen sich Betroffene untereinander per Gruppen-SMS Unterstützung bieten: In dem *SMS-Projekt „Zumbido“* in Mexiko wurde insgesamt 40 HIV- und AIDS-Patientinnen und -Patienten einer Klinik über einen Gruppen-SMS-Dienst die Möglichkeit geboten, sich wechselseitig per Handy-Kurzmitteilung zu beraten und in ihren alltäglichen Schwierigkeiten zu unterstützen. Die Betroffenen, die ansonsten keinerlei Zugang zu psychosozialer Beratung hatten, nutzten den Dienst intensiv und tauschten binnen drei Monaten insgesamt rund 25.000 Textmitteilungen untereinander aus (vgl. Mapham, 2008). Es ist davon auszugehen, dass Peer-Beratung per SMS ähnliche Vor- und Nachteile aufweist wie herkömmliche Online-Selbsthilfe-Gruppen, allerdings mit der Besonderheit, dass mobile Selbsthilfe-Gruppen orts- und zeitflexibel nutzbar sind und zudem Personengruppen einschließen, die über keinen Computer mit Internetzugang verfügen.

Aber auch bei typischen Problemen industrieller Länder wurde in ersten Projekten das Potenzial von SMS-basierter Beratung untersucht: Das *SMS-Projekt „Sweet Talk“* richtet sich an *junge Diabetes-Patientinnen und -Patienten*. Sie erhielten jeweils individualisierte, an das persönliche Krankheitsprofil angepasste SMS als auch allgemeine Nachrichten mit „Diabetes-News“ sowie anonymisierte Tipps anderer Betroffener.

Ebenso konnten jederzeit Fragen per SMS an das Team von „Sweet Talk“ geschickt werden. Die Evaluationsergebnisse der Studie sind ermutigend, so scheint es lohnend, ähnliche Systeme auch für andere chronische Krankheiten zu entwickeln und zu erproben (Franklin et al., 2008). Ein vergleichbares SMS-Programm wurde für übergewichtige Patientinnen und Patienten entworfen, die sich in einer ersten Akzeptanzstudie positiv äußerten (Morak et al., 2008; für weitere Studien siehe das Review von Heron & Smyth, 2010).

Der inzwischen über zwanzig Jahre alte SMS-Dienst bekommt mittlerweile Konkurrenz von Messenger-Diensten (z.B. WhatsApp), die per Smartphone mit einem entsprechenden Mobilfunkvertrag (der Internet-Zugang einschließt) einen noch komfortableren und kostengünstigeren Austausch von Kurzmitteilungen erlauben. SMS-Beratungsanbieter werden deswegen vermutlich in Zukunft auf Messenger-Dienste umsteigen bzw. diese zusätzlich nutzen.

Mobile Apps mit Beratungsfunktionen

Mit der Verbreitung von Smartphones und entsprechenden Flatrate-Verträgen für die Netzanbindung mehrten sich Angebot und Nachfrage im Bereich der mobilen Applikationen. Die Bereitschaft, sich kostenlose sowie kostenpflichtige Apps auf

das Smartphone zu laden, ist bei den Nutzerinnen und Nutzern relativ hoch: Laut Auskunft des Branchenverbandes Bitkom (www.bitkom.org) wurden in Deutschland im Jahr 2010 immerhin 900 Millionen mobile Apps heruntergeladen und dafür rund 350 Millionen Euro ausgegeben.

Die meisten Neuentwicklungen im Bereich Apps sind der Rubrik *M-Information* zuzuordnen: Mittlerweile stehen zahlreiche *gesundheits- und berufsbezogene Smartphone-Apps* zur Verfügung, die Nutzerinnen und Nutzern dabei helfen, ihr Wissen zu erweitern, ihre Symptome zu protokollieren oder bestimmte Fähigkeiten zu trainieren. Allein der AppStore von Apple (www.itunes.apple.com/de/) bietet unter seinen mehr als 700.000 verschiedenen Programmen (Stand: Oktober 2012) ein breites Angebot an Apps zu „Gesundheit und Fitness“, „Lifestyle“ sowie „Medizin“ und „Bildung“.

Drei Beispiele für Gesundheits-, Coaching- und Trainings-Apps seien hier aufgeführt, bei denen das Programm sozusagen die Rolle eines Beraters übernimmt:

- „*My Weight Loss Coach*“ motiviert zur Gewichtsreduktion (www.appleradar.de/apps/my-weight-loss-coach/ [27.11.2012]). Mittels einer Mischung aus Information, Unterhaltung, Aufgaben und selbstreflexiven Einschätzungen soll die Freude an Bewegung sowie gesunder Ernährung im Alltag unterstützt werden.
- Der „*Anti-Stress-Trainer*“ (www.appleradar.de/apps/anti-stress-trainer/ [27.11.2012]) vermittelt verschiedene Entspannungstechniken (Atem-, Imaginationsübungen), bietet Checklisten zur Selbstbeobachtung und soll als mobiler technischer Berater dabei helfen, die individuelle Lebensqualität durch Stressreduktion zu verbessern.
- „*My private Coach*“ (<https://itunes.apple.com/de/app/the-work-app/id478610069?mt=8> [27.11.2012]) will das Selbstcoaching nach der Methode „The Work of Byron Katie“ (www.thework.com) unterstützen. Die App stellt Fragen, nimmt die mündlichen Antworten auf und kombiniert diese mit neuen Fragen, um – der Methode entsprechend – spezifische Anstöße zum Umdenken bei psychosozialen Problemen zu vermitteln.

Eine systematische Marktübersicht über Anbieter, Inhalte, Kosten und Qualität von *Gesundheits-, Coaching- oder Trainings-Apps* liegt bislang nicht vor. Ebenso fehlen Nutzerstudien, denen zu entnehmen wäre, welche Gesundheits-Apps von wem mit welchen Effekten wie und wo genutzt werden.

Eine Automatisierung von psychosozialen Beratungsangeboten durch Software-Programme bzw. Apps ist aus psychologischer Sicht nicht pauschal als „Entmenschlichung“ zu kritisieren. In der Regel „ersetzt“ oder „verdrängt“ die App keineswegs einen menschlichen Berater, sondern kommt in Konstellationen zum Einsatz, in denen sonst überhaupt keine Unterstützung zur Verfügung stehen würde. Beratungs- und Coaching-Programme haben zudem den Vorteil, dass sie kostengünstig rund um die Uhr verfügbar sind, unendliche Geduld aufbringen, keine Vorurteile haben und – die Einhaltung entsprechender Datenschutzrichtlinien vorausgesetzt – auch äußerst diskret sind. Notwendig für ihren Erfolg ist jedoch eine nutzerfreundliche Gestaltung, die keine technischen Einstiegshürden bietet und zu einer regelmäßigen Nutzung motiviert. Zudem sind Gütesiegel wünschenswert, die

der Kundschaft dabei helfen, die seriösen Angebote in der Masse der vermarkteten Beratungs-Apps zu identifizieren.

Ergänzung bestehender Versorgungsangebote durch M-Beratung

Das vierte Szenario von M-Beratungsangeboten kombiniert interpersonalen Kontakt (M-Kommunikation wie z. B. SMS-Beratung), Programme zur eigenständigen Bearbeitung (M-Information wie z. B. Psychoedukations- und Trainings-Apps) sowie teilweise auch Unterhaltungselemente (z. B. mobile Spiele) und verknüpft sie in einem *ganzheitlichen Ansatz* mit bestehenden Beratungs-, Coaching- oder Therapieangeboten. Dies ist etwa bei gesundheitlichen Nachsorge-Projekten der Fall, bei denen Patienten nach einem Klinikaufenthalt per SMS weiter begleitet werden. Es sind vor allem diese anspruchsvolleren, integrierten Projekte, zu denen erste empirische Evaluationsergebnisse vorliegen:

- „SMS-Brücke“ für Bulimie-Patientinnen: Das Angebot „SMS-Brücke“ nutzt direkt im Anschluss an eine stationäre Behandlung wöchentliche SMS-Kommunikation zur Vorbeugung von Rückfällen. Mittels standardisierter SMS wurden so regelmäßig Patientinnen-Daten zu Körperzufriedenheit, Essanfällen und kompensatorischen Maßnahmen erhoben, die jederzeit durch freie SMS zu Ereignissen, Gedanken und Gefühlen ergänzt werden konnten. Die Patientinnen erhielten eine individualisierte Rückmeldung zum Status, entweder eine Verstärkung (bei positivem Status) oder eine Anregung zur Verhaltensmodifikation (bei negativem Status). Insgesamt wurde das SMS-Angebot von den Patientinnen sehr positiv eingeschätzt: 83 % beurteilten die Qualität des Programms als gut, 88 % würden es weiter empfehlen und 80 % würden selbst wieder teilnehmen. Als hilfreich wurde es erlebt, jede Woche wieder über die eigene Symptomatik nachzudenken und das Gefühl zu haben, dass sich die Klinik für das eigene Befinden interessiert. Das hohe Maß an Standardisierung machte die Minimalintervention per SMS sehr ökonomisch: Die Autoren berichteten von 1–1,5 Stunden Betreuungsaufwand sowie von Kosten in Höhe von weniger als zehn Euro pro Patientin für den gesamten Untersuchungszeitraum (Bauer, Okon & Meermann, 2008).
- Der Nutzen des Einsatzes von SMS in der Behandlung von Adipositas im Grundschulalter wurde in einer ersten randomisiert-kontrollierten Pilotstudie überprüft (Shapiro et al., 2008). Alle Mitglieder der Interventionsgruppen nahmen zunächst an drei wöchentlich stattfindenden Gruppensitzungen teil, in denen die Ursachen, Folgen und die Behandlung von kindlicher Adipositas thematisiert wurden. Einen Monat später fand eine Nachuntersuchung bzgl. Gewichts- und Verhaltensänderungen statt. Kinder und Mütter der Interventionsgruppe schickten während der zwei Monate täglich Informationen bzgl. ihrer körperlichen Aktivität, der Anzahl konsumierter zuckerhaltiger Getränke sowie der Zeit, die vor dem Fernseher oder Computer verbracht wurde, per SMS und erhielten individualisiertes Feedback. Die Kontrollgruppe dokumentierte ihr tägliches Verhalten in einem Fragebogen. Es zeigte sich, dass die SMS-Interventionsgruppe das Selbst-Monitoring gewissenhafter einhielt als die Kontrollgruppe. So scheinen SMS zu einer Erhöhung der Motivation und Teilnahmbereitschaft beizu-

tragen, allerdings verloren die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dieser Gruppe vergleichsweise etwas weniger an Gewicht.

Weitere Modellprojekte befinden sich in der Pilotphase, so z. B. die poststationäre Nachsorge schizophrener Patientinnen und Patienten via SMS mit dem Ziel, die Compliance der Betroffenen zu erhöhen und durch das Monitoring der Symptomatik eine frühzeitige Krisenintervention zu ermöglichen (Bachmann et al., 2006).

4 Chancen und Grenzen der M-Beratung

Um M-Beratung nutzbringend einsetzen zu können, muss man sich über ihre Chancen bewusst werden, denen jedoch immer auch Grenzen gesetzt sind. Generell stellt M-Beratung keinen Ersatz für herkömmliche Beratungsformen dar, sondern soll das bisherige Angebotsspektrum sinnvoll ergänzen.

1. *Niederschwelligkeit.* M-Beratung ist durch die starke Verbreitung von Mobiltelefonen niederschwellig nutzbar und erreicht z. B. auch Kinder sowie Ratsuchende in Entwicklungs- und Schwellenländern, die nicht über Internet-Computer verfügen. Grenzen: Geräteverfügbarkeit, Verbindungskosten oder Technikablehnung können auf Seiten der Ratsuchenden immer noch Zugangshürden bei der M-Beratung darstellen. Zudem ist auf Anbieterseite nicht unerhebliches technisches Know-how notwendig, um z. B. einen professionellen SMS-Beratungsdienst zu betreiben.
2. *Orts- und Zeitflexibilität.* Das Mobiltelefon als Alltagsbegleiter bietet jederzeit und überall sofortigen Zugang zu M-Beratungsangeboten, direkt aus einer belastenden Situation heraus. Grenzen: Eine ständige Verfügbarkeit menschlicher Beraterinnen und Berater, die rund um die Uhr auf individuelle Handy-Anrufe oder Handy-SMS reagieren, ist in vielen Bereichen unbezahlbar. Auch könnten manche Ratsuchende durch einen fortwährenden „Draht“ zur Beratungsstelle eine Art Abhängigkeit entwickeln. Zudem ist eine Entgrenzung formaler Beratungssettings durch vermeintlich ständige Verfügbarkeit auch aus Sicht der Beraterinnen und Berater problematisch.
3. *Automatisierbarkeit.* Mobile Apps, die als automatisierte Berater und Coaches fungieren, bieten dort Unterstützung, wo menschliches Beratungspersonal fehlt bzw. nicht bezahlbar ist oder auch aus Diskretionsgründen beschränkte Akzeptanz findet. Grenzen: Nachweislich wirksame und nutzerfreundliche Beratungs-Apps sind in der Fülle der Angebote bislang schwer identifizierbar.
4. *Integrierbarkeit.* M-Beratung – insbesondere in Form automatisierter SMS-Botschaften – lässt sich in größere Versorgungsangebote sinnvoll integrieren. Grenzen: Die Implementierung, Wartung und Betreuung entsprechender mobiler Dienste in bestehende Angebote ist aufwändig und muss – außerhalb geförderter Pilotprojekte – im Alltag anbieterseitig finanzierbar sein.
5. *Novität.* Als neue und innovative digitale Informations- und Kommunikationstechnologien haben Mobilmedien für viele Menschen einen größeren Anreiz- und

Motivationscharakter als herkömmliche mediale Beratungsangebote. In Entwicklungs- und Schwellenländern kann die Teilnahme an einem Handy- bzw. Smartphone-gestützten Beratungsangebot ein Statussymbol darstellen. Grenzen: Der Novitätseffekt nutzt sich naturgemäß nach einiger Zeit ab.

6. *Kosteneffizienz.* Insbesondere über automatisierte M-Beratung lassen sich potenziell sehr große Zielgruppen kosteneffizient versorgen. Durch flächendeckende mobile Beratungsangebote, die der Prävention dienen, werden zusätzliche Kosten im Gesundheitssystem eingespart. Durch kostengünstige Minimalintervention über Handy-Kurzmitteilungen können Versorgungslücken (z. B. zwischen Klinikaufenthalt und ambulanter Therapie) überbrückt oder Face-to-Face-Sitzungen, die sich als ineffizient erwiesen haben, ersetzt werden (bspw. bei reiner Psychoedukation). Grenzen: Für abschließende Effizienzbewertungen sind weitere Studien (insbesondere auch Kontrollgruppen- und Langzeitstudien) notwendig, um der Gefahr zu begegnen, dass es durch vorschnelle Umstellung auf mediale Beratungsformen zu Qualitätseinbußen oder unerwünschten Nebenwirkungen kommt.
7. *Protokollierbarkeit.* Ebenso wie bei der Online-Beratung finden auch bei der M-Beratung alle Prozesse digital statt und lassen sich deswegen ohne Zusatzaufwand vollständig protokollieren, was z. B. für die noch weitgehend ausstehende Evaluationsforschung eine wichtige Datenbasis liefert. Die erhobenen Daten können im Gerät gespeichert und analysiert sowie auf einen Server übertragen werden. Grenzen: Je mehr Daten über Ratsuchende gesammelt, übertragen und verwaltet werden, umso notwendiger wird zuverlässiger und dauerhafter Datenschutz. Dies betrifft die Handhabung des Endgerätes beim Patienten (z. B. Passwortschutz, kein Ausleihen an Dritte), die drahtlose Datenübertragung (z. B. Nutzung von Verschlüsselung zum Schutz vor Abhören oder Datenveränderung) sowie die Datenverwaltung und Datensicherung auf dem Server der Beratungsstelle.

5 Fazit für die Praxis

Der Einsatz von digitalen Informations- und Kommunikationstechnologien wird in vielen Beratungsfeldern zunehmend selbstverständlicher und ist im Sozial- und Gesundheitswesen mit Schlagworten wie „Sozialinformatik“, „Medizininformatik“, „Telemedizin“ oder „E-Health“ (vgl. Oh et al., 2005) belegt. Der psychosoziale Bereich ist dabei eingeschlossen. Neben den stationären Computern gewinnen Mobilmedien wie Handy, Smartphone, Netbook oder Tablet-PC dabei in jüngster Zeit stark an Bedeutung. Bereits jetzt existieren Pilotprojekte mit Mobilmedien im *gesamten Spektrum psychosozialer sowie klinisch-psychologischer Interventionen*.

In Zukunft gilt es, diese neuen Möglichkeiten der „M-Beratung“ – als *Ergänzung und Erweiterung der herkömmlichen Telefon- und Online- sowie Face-to-Face-Beratung* – wissenschaftlich und praktisch weiterzuentwickeln, zu evaluieren und bei positiven Evaluationsergebnissen auch alltagstauglich zu machen. Bisherige M-Beratungskonzepte müssen dabei Kontrollgruppen- und Langzeitstudien unterzogen werden.

Neben einem Nutzen für die unmittelbare Beratungsintervention können Mobilmedien auch im Bereich der Organisation, Verwaltung und Ausbildung im Beratungsbereich eingesetzt werden (z. B. Unterstützung von Projektmanagement, Teamarbeit, Controlling, selbst organisiertem Lernen etc.). Dies wäre dann ein Schritt von der interventionsfokussierten M-Beratung zu systembezogenem Einsatz im Bereich des *M-Mental-Health* (vgl. Istepanian et al., 2006).

Eine weitere Herausforderung besteht darin, *dysfunktionale und pathogene Muster der Mobilmediennutzung* im Alltag zu diagnostizieren und dafür entsprechende Interventionskonzepte zu entwickeln (z. B. „SMS-Sucht“). Dabei wird – ähnlich wie bei pathogener Internet-Nutzung – nicht völlige Mobilmedien-Abstinenz das Ziel sein, sondern eine moderate bzw. kontrollierte Nutzung.

Literatur

- Aebischer-Crettol, M. (2003). SMS-Beratung. In E. Etzersdorfer, G. Fiedler & M. Witte (Hrsg.), *Neue Medien und Suizidalität. Gefahren und Interventionsmöglichkeiten* (S. 101–111). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bachmann, S., Scholz, N., Kordy, H., Bauer, S., Mundt, C. & Weisbrod, M. (2006). *Use of SMS in the treatment of schizophrenia*. Vortrag auf dem 14th European Congress of Psychiatry. Nizza, März 2006.
- Bauer, S. & Kordy, H. (Hrsg.). (2008). *E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung*. Heidelberg: Springer.
- Bauer, S., Okon, E. & Meermann, R. (2008). Nachsorge über SMS. In S. Bauer & H. Kordy (Hrsg.), *E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung* (S. 207–218). Heidelberg: Springer.
- Döring, N. (2006). Beratung und Medien. In C. Steinebach (Hrsg.), *Handbuch psychologische Beratung* (S. 96–116). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Döring, N. & Eichenberg, C. (2007). Klinisch-psychologische Interventionen mit Mobilmedien: Ein neues Praxis- und Forschungsfeld. *Psychotherapeut*, 2, 127–135.
- Eichenberg, C. (2008). Bedeutung der Medien für klinisch-psychologische Interventionen. In B. Batinic & M. Appel (Hrsg.), *Medienpsychologie* (S. 503–530). Berlin: Springer.
- Eichenberg, C. & Brähler, E. (2012). Das Internet als Ratgeber bei psychischen Problemen: Eine bevölkerungsrepräsentative Befragung in Deutschland. *Psychotherapeut*. DOI 10.1007/s00278-012-0893-0.
- Eimeren, B.V. & Frees, B. (2010). Fast 50 Millionen Deutsche online – Multimedia für alle? *Media Perspektiven*, 7–8, 334–349.
- Franklin, V.L., Greene, A., Waller, A., Greene, S.A. & Pagliari, C. (2008). Patients' engagement with 'sweet talk' – A text messaging support system for young people with diabetes. *Journal of Medical Internet Research*, 10 (2), 126–135.
- Heron, K. & Smyth, J.M. (2010). Ecological momentary interventions: Incorporating mobile technology into psychosocial and health behavior treatments. *British Journal of Health Psychology*, 15, 1–39.
- Istepanian, R., Laxminarayan, S. & Pattichis, C.S. (Eds.). (2006). *M-Health. Emerging mobile health systems*. Heidelberg: Springer.

- Kühne, S. (2009). Institutionalisierung von Online-Beratung – das Ende der Pionierphase. *E-Beratungsjournal*, 5 (2). Verfügbar unter: http://www.e-beratungsjournal.net/ausgabe_0209/kuehne.pdf [12.07.2010].
- Mapham, W. (2008). Mobile phones: Changing health care: One SMS at a time. *The Southern Journal of HIV Medicine*, Spring 2008, 11–16. Verfügbar unter: <http://www.sajhivmed.org.za/index.php/sajhivmed/article/viewFile/477/388> [04.07.2011].
- Morak, J., Schindler, K., Görzer, E., Kastner, P., Toplak, H., Ludvik, B. & Schreier, G. (2008). A pilot study of mobile phone-based therapy for obese patients. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 14 (3), 147–149.
- Norris, A.C., Stockdale, R.S. & Sharma, S. (2009). A strategic approach to m-health. *Health Informatics Journal*, 15 (3), 244–253.
- Oh, H., Rizo, C., Enkin, M. & Jadad, A. (2005). What is eHealth (3): A systematic review of published definitions. *J Med Internet Res* 7 (1). Verfügbar unter: <http://www.jmir.org/2005/1/e1/> [04.07.2011].
- Shapiro, J.R., Bauer, S., Hamer, R.M., Kordy, H., Ward, D. & Bulik, C.M. (2008). Use of text messaging for monitoring sugar-sweetened beverages, physical activity, and screen time in children: A pilot study. *J Nutr Educ Behav.*, 40 (6), 385–391.
- Vital Wave Consulting (2009). *mHealth for Development. The opportunity of mobile technology for healthcare in the developing world*. Verfügbar unter: <http://www.vitalwaveconsulting.com/pdf/mHealth.pdf> [04.07.2011].

Prof. Dr. Nicola Döring ist Diplom-Psychologin und Professorin für Medienpsychologie und Medienkonzeption an der Technischen Universität Ilmenau, Institut für Medien und Kommunikationswissenschaft (www.nicola-doering.de).

Anschrift:
Technische Universität Ilmenau
IfMK (Institut für Medien und Kommunikationswissenschaft)
Ernst Abbe Zentrum für Forschung und Transfer (EAZ)
Ehrenbergstr. 29
D-98693 Ilmenau
E-Mail: nicola.doering@tu-ilmenau.de

PD Dr. Christiane Eichenberg ist Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin (i. A.) sowie wissenschaftliche Mitarbeiterin am Department Psychologie – Klinische Psychologie und Psychologische Diagnostik – der Universität zu Köln (www.christianeichenberg.de).

Anschrift:
Universität zu Köln
Klinische Psychologie und Psychologische Diagnostik
Höninger Weg 115
D-50969 Köln
E-Mail: christiane@rz-online.de