



Entwicklung eines digitalen Trainings sozialer und emotionaler Kompetenzen für Medizinische Fachangestellte in Ausbildung

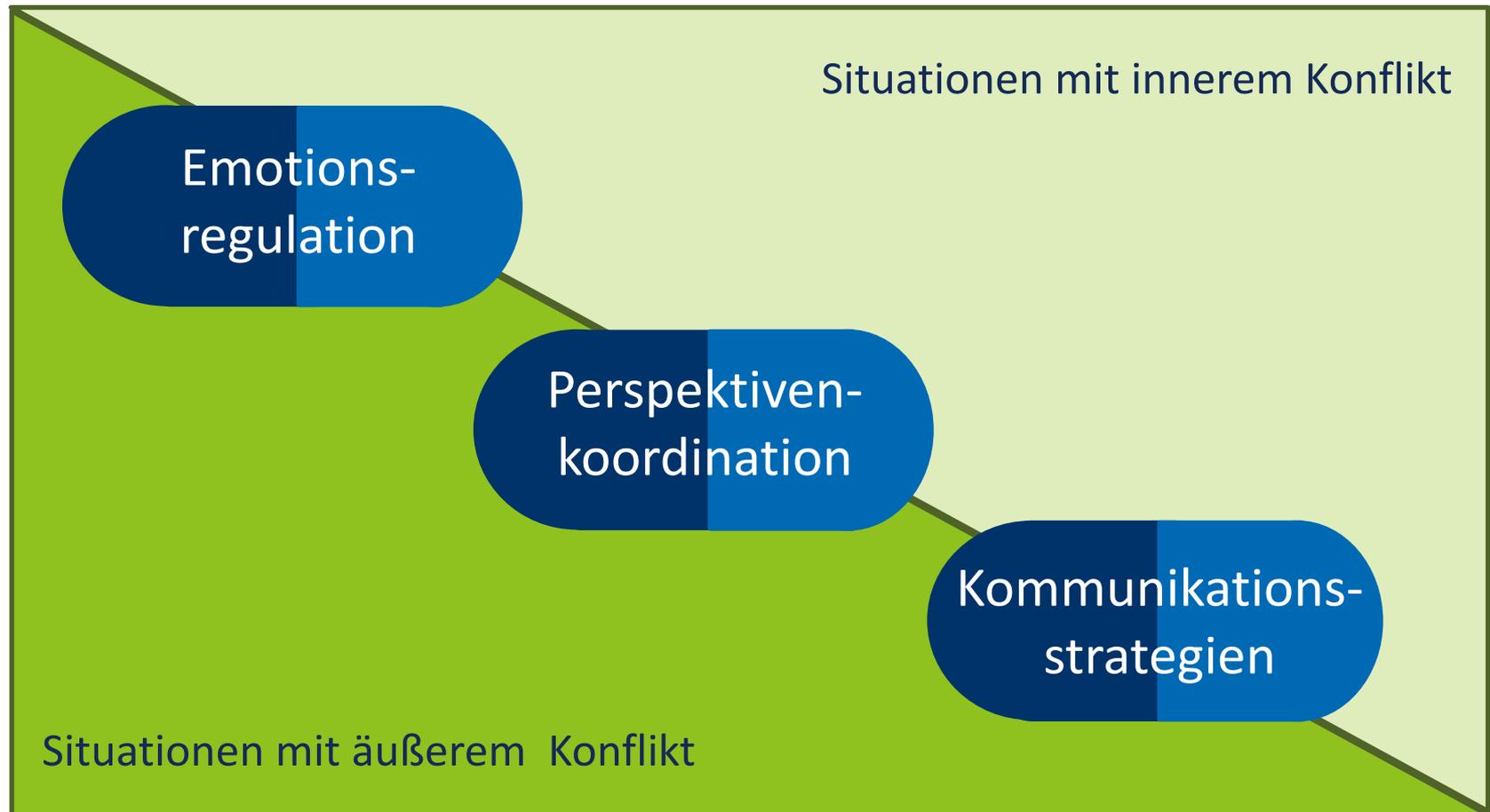
**Markus Peters, Annalisa Schnitzler, Sebastian Konheiser
& Julia Raecke**
Bundesinstitut für Berufsbildung

AG BFN, Münster (online), 29. Oktober 2021

Warum ein Training dieser Kompetenzdimensionen für MFA?

- Relevanz sozial-kommunikativer und emotionaler Kompetenzen in medizinischen Berufen wie z.B. Medizinische Fachangestellte (MFA) (Vu-Eickmann et al., 2018)
- Bedeutung berufsspezifischer Sozialkompetenzen (Dietzen et al., 2015)
- Anforderungsanalysen (u.a. Experten-Workshops mit Critical Incident Technique (Flanagan, 1954)) ergaben Vielzahl verschiedener Interaktionssituationen im Arbeitsalltag von MFA (Tschöpe & Monnier, 2016):
 - nicht nur Kommunikation mit Kolleg*innen und Vorgesetzten (z.B. Abstimmung von Zuständigkeiten), sondern auch mit Patient*innen in Situationen mit teils hohem Belastungs- und Konfliktpotential (beruhigen, besänftigen, erklären)
 - > Mittlerrolle zwischen Patient*innen und der Arztpraxis
- Projekt CoSMed (Dietzen et al., 2016): Entwicklungsbedarf in den drei untersuchten sozial-kommunikativen Kompetenzdimensionen
- zu wenig systematische Lerngelegenheiten für MFA in Ausbildung, Risiko der Übernahme ungünstiger Verhaltensweisen (Tschöpe & Monnier, 2016) -> gezieltes Training nötig (-> Projekt ProSECoM)

Modell sozial-kommunikativer und emotionaler Kompetenzen im Beruf der MFA (s. CoSMed)



■ Interaktionen mit Patient*innen & Angehörigen ■ Interaktionen im Team

Emotionsregulation: Eigene Emotionen wie Ärger, Mitgefühl oder Verunsicherung innerlich kontrollieren und angemessen nach außen reagieren, dabei weder zu impulsiv noch zu überangepasst

- Regulationsstrategien *nach Gross (2015), vgl. auch McRae, Ciesielski & Gross (2012)*
- Deep Acting / Surface Acting *nach Hochschild (1983)*

Perspektivenkoordination: Die Perspektive und die Bedürfnisse des Gegenübers nachvollziehen, diese mit der eigenen Ansicht bzw. den Anforderungen der Praxis koordinieren und das eigene Verhalten entsprechend anpassen

- Soziale Perspektivenkoordination mit Entwicklungsmodell in Niveaustufen mit aufsteigender Komplexität *nach Selman et al. (1986), vgl. Mischo (2004)*

Kommunikationsstrategien: Die Kommunikation auf eine für beide Seiten gute Lösung hinsteuern und dem Gegenüber das Gefühl geben, ernst genommen und verstanden zu werden

- Kommunikationsquadrat *nach Schulz von Thun (2004)*
- Gewaltfreie Kommunikation *nach Rosenberg (2012)*

Ausgangslage

- Viele Trainings zu sozial-kommunikativen Kompetenzen im schulischen Kontext aus dem klinischen Bereich entlehnt, Fokus oft auf Problemverhalten
- Viele Trainings setzen vor allem auf der Verhaltensebene an -> aber tendenziell höhere und nachhaltigere Effekte für Mischformen mit sozial-kognitiven und Verhaltenselementen in Social Skills Trainings für Kinder (Beelmann & Lösel, 2006)
- Umfassende Trainings kombinieren Wissensvermittlung, Selbstreflexion, interaktive Übungen zur Verarbeitung und Anwendung der Wissensinhalte sowie den Einsatz von Rollenspielen oder -modellen, wobei u.a. Videosequenzen zur Umsetzung der verschiedenen Elemente verwendet werden (vgl. Tschöpe & Monnier, 2016)
- Kaum Trainings im Bereich beruflicher Bildung, die behaviorale mit sozial- bzw. emotional-kognitiven Elementen kombinieren (Tschöpe & Monnier, 2016)
- Web-Trainings bzw. E-Learning-Elemente bei Führungskräften zur Vermittlung von Emotionsregulation (Köppe, Held & Schütz, 2019), bei Lehramts- und Medizinstudierenden zur Vermittlung kommunikativer Kompetenzen bereits erfolgreich eingesetzt (Gartmeier et al., 2015; Daetwyler et al., 2010)

Das Training: Gründe für und gegen eine digitale Umsetzung

- Vorteile des Einsatzes von Videos:
 - erzeugt hohe Realitätsnähe (Hoppe-Seyler et al., 2014) -> Transfer von Lernergebnissen bei größerer Ähnlichkeit zwischen Lern- und Anwendungssituation deutlich erleichtert (Blume et al., 2010)
 - „vivid second-hand experience“, aber ohne Ablenkung durch Notwendigkeit eigenen Handelns und zerlegbar in handhabbare Sequenzen (Kleinknecht & Schneider, 2013)
 - Darbietung systematisch variierten Verhaltens möglich (Gartmeier et al., 2015)
- Sozial-kognitive bzw. -emotionale Elemente lassen sich nicht so gut in reinen Verhaltensübungen adressieren
- Pragmatische Erwägungen (Zeit- und Lehrpersonunabhängig)
- Eigenständiges Bearbeiten eines digitalen Trainings
 - erfordert ggfs. mehr Selbststeuerung und -motivation zum Lernen (vgl. Kerres, 2018)
 - setzt ein bestimmtes Maß an Digital- und Sprachkompetenzen voraus
- Keine Möglichkeit zur praktischen Anwendung des Gelernten innerhalb des Trainings

Das Training: Übersetzung klassischer Elemente ins Digitale

Wie den Problemen digitaler Formate begegnen?

Statt bloßer Wissensvermittlung...

- Verhaltensmodellierung/situiertes Lernen:
 - Veranschaulichung und Übung aller Inhalte direkt an Beispielen aus dem Praxisalltag
 - Definition der zu lernenden Kompetenzen & Aufstellung von Lernzielen

- Anwendung von Prinzipien des Cognitive Apprenticeship-Ansatz (Collins, Brown & Holum, 1991):
 - Methodenvielfalt: Kombination aus Verhaltensmodellierung mit ausführlicher Beschreibung relevanter Verhaltensanteile und interaktiven Übungen mit nachlassenden Hilfestellungen
 - Anregung zur Reflexion bzw. Artikulation des Gelernten im Bezug auf die Praxisbeispiele



Der Fokus liegt trotz des Einbezugs von Verhaltensmodellen v.a. auf der Entwicklung sozial-kognitiver Kompetenzen, nicht der unmittelbaren Veränderung alltäglichen Verhaltens

Verhaltensmodellierung

- Professionell gedrehte Videos als kritisch identifizierter Situationen im Alltag von Medizinischen Fachangestellten
- Sowohl „offene“ Situationen als auch Situationen mit Beispielen für **positive** sowie **negative** Verhaltensreaktionen, was die Generalisierbarkeit der erworbenen Kompetenzen fördert (s. Taylor, Russ-Erft & Chan, 2005)



Cognitive Apprenticeship-Approach

4 Dimensionen (Collins, Brown & Holum, 1991)

Inhalt: Sachwissen,
Heuristiken,
Kontrollstrategien,
Lernstrategien

Reihenfolge: Global vor Lokal,
zunehmende Schwierigkeit,
zunehmende Diversität

Soziologie: Situiertes Lernen,
Lerngemeinschaft,
Intrinsische Motivation,
Kooperation

Methode:

- I. **Modeling:** Experte führt eine Aufgabe durch & externalisiert eigentlich implizite Prozesse
- II. **Coaching:** Experte gibt Lernenden Hinweise, Erinnerungen, Feedback & lenkt den Fokus
- III. **Scaffolding:** Experte führt Aufgabenteile durch, die die Lernenden noch nicht beherrschen
- IV. **Articulation:** Lernende anregen, ihr Wissen, ihre Gedanken etc. zu artikulieren
- V. **Reflection:** der Vergleich mit den Prozessen und Lösungen anderer (Experten, Lernende)
- VI. **Exploration:** z.B. die Motivierung zur Anwendung mit der Vergabe expliziter Aufgaben

Wissensvermittlung

- Inhalte der Psychoedukation ergeben sich sehr spezifisch aus den Kompetenzdimensionen
 - Inhalte aus den drei Dimensionen ergänzen sich aber gegenseitig

- Die Wissensvermittlung orientiert sich dabei an den grundlegenden Theorien (bspw. Prozessmodell der Emotionsregulation n. Gross, 2015), Ratgebern sowie bestehenden Trainings
 - Der Neuigkeitswert des Trainings ergibt sich über die bestehenden Trainings & Ratgeber hinaus durch...
 - ... die enge Verflechtung aus Wissensvermittlung mit praxisnahen Beispielen
 - ... die digitale Umsetzung in Form eines webbasierten Trainings

Wissensvermittlung - Emotionsregulation

- Orientierung an bisherigen Trainings und Programmen zur Vermittlung emotionaler Kompetenzen (u.a. Emo-Train (Geßler et al., 2019), TEK (Berking, 2010), Gefühle im Griff! (Barnow, 2015))
 - Parallelen insbesondere im Ablauf: Verstehen und Erkennen unterschiedlicher Emotionen als Basis für erfolgreiche Emotionsregulation

- Inhalte der Psychoedukation sind:
 - Die Erklärung des **Begriffs „Emotion“** und der Sinn von Emotionen (u.a. Barnow, 2015; Berking, 2010)
 - Die **Emotionsentstehung** (Situation → Bewertung → Emotion), erklärt anhand des Prozessmodells nach Gross (2015) (vgl. Geßler et al., 2019)
 - Das **Prozessmodell der Emotionsregulation** (Gross, 2015)
 - Die Vermittlung unterschiedlicher ER-Strategien entlang des Prozessmodells mit **Fokus auf ausgewählte Strategien der Neubewertung** (u.a. McRae, 2012; Loureiro de Assunção, 2017)
 - Aufklärung über **adaptive und maladaptive Regulationsstrategien** (u.a. Barnow, 2015)

Wissensvermittlung - Perspektivenkoordination

- Bisher validierte Trainings mit Bezug auf Selmans Theorie nutzen die Methode der Gruppendiskussion über moralische Dilemmata (Güzel et al., 2016; Mischo, 2004)
- Güzel und Kollegen (2016) kombinieren dieses Element mit einem kognitiven Zugang: Vermittlung deklarativen & prozeduralen Wissens aus den Bereichen Perspektivenkoordination, Kommunikation & Stressmanagement
- Inhalte der Psychoedukation in ProSECoM sollen v.a. die Interpretationsvielfalt bei der Interpretation sozialer Interaktionen anregen und die Perspektivübernahme erleichtern
 - Ein Grundmodell menschlichen Erlebens & Verhaltens
 - Inhalte zur sozialen Wahrnehmung: Attributionsfehler und andere Wahrnehmungsverzerrungen
 - Emotionsentstehung und Zusammenhänge von Emotionen und Verhalten (z.B. Frustrations-Aggressions-Hypothese; vgl. Breuer & Elson, 2017)
 - Soziale Rolle & eigene Bedürfnisse (Brand-Hörsting, 2019)

Wissensvermittlung - Kommunikationsstrategien

- Existierende Ansätze zur Vermittlung von Kommunikationstheorien (s. Pehrson et al., 2016) haben keinen Fokus auf verschiedenartigen kritischen Situationskomplexen des Berufsbilds der MFA
 - Orientierung an fundierter allgemeinerer Ratgeberliteratur (Brand-Hörsting, 2019; Ripper & Ripper, 2018), um o.g. Trainingsziel zu erreichen

- Inhalte der Psychoedukation sind daher Basismodelle der Kommunikation:
 - **Gewaltfreie Kommunikation** (Rosenberg, 2012): Lernen wertfrei zu beschreiben; Zusammenhang zwischen Gefühlen und Bedürfnissen, Ausformulieren konkreter Bitten

 - **Kommunikationsquadrat** (Schulz v. Thun, 2004): Unterscheidung der Ebenen einer Nachricht, Sensibilität erhöhen für eigene „Ohr-Präferenz“, Entwicklung einer unvoreingenommenen Haltung

 - **Aktives Zuhören** (Leicher, 2019): konkrete Formulierungshilfen für Zusammenfassungen oder das Stellen von Verständnisfragen

Konzeptioneller Aufbau über alle drei Dimensionen hinweg



Beispiel Problemsensibilisierung



Auch wenn sich der Patient in dieser Situation nicht besonders freundlich verhalten hat, ist auch die Reaktion der MFA nicht optimal. Welche Folgen hat ihr Verhalten eventuell?

(Sie können eine oder mehrere Antworten auswählen)

- Es kommt unter Umständen zu Verzögerungen im Praxisablauf
- Die Ärztin hat weniger Zeit für das eigentliche Arztgespräch
- Die MFA fühlt sich „inkompetent“
- Die MFA wird für ihr nachgiebiges Verhalten gelobt

Zur Erinnerung: der Patient möchte die Medikamentenanamnese nicht mit der MFA durchführen. Die MFA steht daraufhin sofort auf, um die Ärztin zu holen.



Die möglichen Folgen des Verhaltens sind nun klar. Aber was genau hat die MFA hier eigentlich nicht gut gemacht?

(Sie können eine oder mehrere Antworten auswählen)

- Sie hat ihre eigene Sichtweise vernachlässigt
- Sie hat das Problem aus Sicht des Patienten nicht erkannt
- Sie war in dieser Situation zu freundlich
- Sie hat gemacht, was für die Praxis am besten ist

Zur Erinnerung: der Patient möchte die Medikamentenanamnese nicht mit der MFA durchführen. Die MFA steht daraufhin sofort auf, um die Ärztin zu holen.



Die möglichen Folgen des Verhaltens sind nun klar. Aber was genau hat die MFA hier eigentlich nicht gut gemacht?

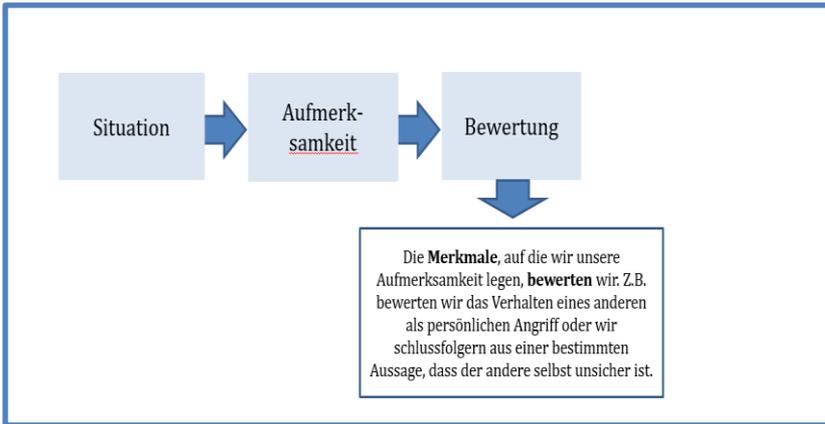
- Sie hat ihre eigene Sichtweise vernachlässigt
- Sie hat das Problem aus Sicht des Patienten nicht erkannt
- Sie war in dieser Situation zu freundlich
- Sie hat gemacht, was für die Praxis am besten ist

Richtig!

Zum einen hat Sie ihre eigene und die Sicht der Praxis total vernachlässigt. Zum anderen hat sie aber auch nicht erkannt, dass beim Patienten eventuell ein anderes Bedürfnis hinter seinem Problem liegt. Vielleicht weiß er beispielsweise nicht, dass die MFA das schon sehr gut kann?



Beispiel Wissensvermittlung Emotionsregulation



Unverschämt, wie sie mit mir spricht!
Ärger/Wut

Ich dachte, wir wären gute Kolleginnen...

Mist, das habe ich jetzt schon oft falsch gemacht...

1 Er will unbedingt jetzt das Rezept, aber die Ärztin ist doch nicht da...Was mache ich denn jetzt?

2 Es scheint ihm völlig egal zu sein, was ich ihm am Telefon gesagt habe. Er will wohl eine Sonderbehandlung!

3 Ich hätte gehofft, dass der Patient mir glaubt, was ich ihm am Telefon gesagt habe...Mir ist es wichtig, dass mir Patienten vertrauen...

a. Traurigkeit
b. Ärger
c. Verunsicherung

1 Er will unbedingt jetzt das Rezept, aber die Ärztin ist doch nicht da...Was mache ich denn jetzt?

2 Es scheint ihm völlig egal zu sein, was ich ihm am Telefon gesagt habe. Er will wohl eine Sonderbehandlung!

3 Ich hätte gehofft, dass der Patient mir glaubt, was ich ihm am Telefon gesagt habe...Mir ist es wichtig, dass mir Patienten vertrauen...

Hier lenkt die MFA ihre **Aufmerksamkeit** auf die sich widersprechenden Tatsachen (Patient möchte Rezept, aber Ärztin ist nicht da), und **bewertet** dies als **Zwickmühle**, was sie **verunsichert**.

Hier lenkt die MFA ihre **Aufmerksamkeit** auf das Verhalten des Patienten (kommt trotz Anruf in die Praxis) und **bewertet** es so, dass er bewusst entschieden hat, sich gegen sie zu stellen, was sie **verärgert**.

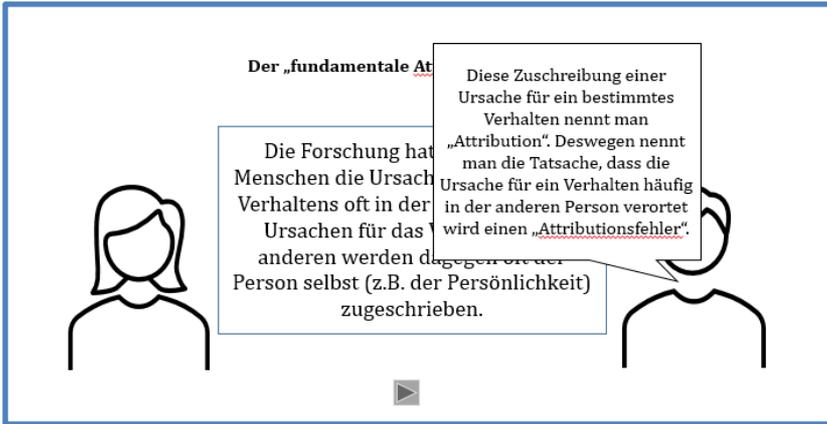
Auch hier lenkt die MFA ihre **Aufmerksamkeit** auf das Verhalten des Patienten (kommt trotz Anruf in die Praxis), jedoch auch auf ihr **Bedürfnis**, Vertrauen zu bekommen, welches sie als nicht erfüllt **bewertet**, was sie **traurig** macht.

Beispiel Wissensvermittlung Perspektivenkoordination

Der „fundamentale Attributionsfehler“

Die Forschung hat Menschen die Ursachen für ein bestimmtes Verhalten oft in der Person selbst (z.B. der Persönlichkeit) zugeschrieben.

Diese Zuschreibung einer Ursache für ein bestimmtes Verhalten nennt man „Attribution“. Deswegen nennt man die Tatsache, dass die Ursache für ein Verhalten häufig in der anderen Person verortet wird einen „Attributionsfehler“.

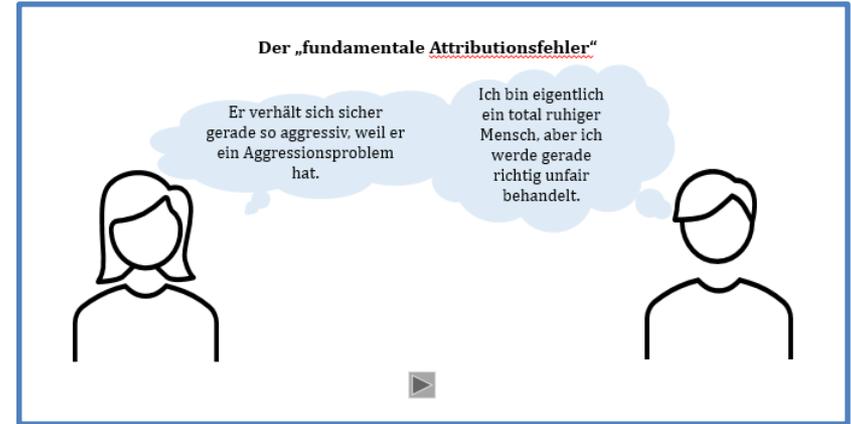


A diagram illustrating the concept of attribution. On the left, a woman's icon is shown. On the right, a man's icon is shown. A text box on the left explains that research often attributes behavior to the person themselves (e.g., personality). A larger text box in the center defines attribution as the assignment of a cause for behavior, and notes that the 'fundamental attribution error' occurs when the cause is often placed in the other person.

Der „fundamentale Attributionsfehler“

Er verhält sich sicher gerade so aggressiv, weil er ein Aggressionsproblem hat.

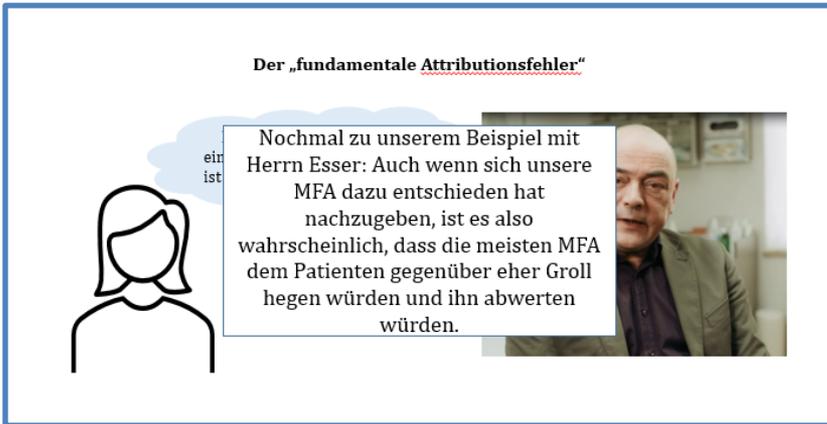
Ich bin eigentlich ein total ruhiger Mensch, aber ich werde gerade richtig unfair behandelt.



A diagram illustrating the fundamental attribution error. On the left, a woman's icon is shown with a thought bubble stating, 'Er verhält sich sicher gerade so aggressiv, weil er ein Aggressionsproblem hat.' On the right, a man's icon is shown with a thought bubble stating, 'Ich bin eigentlich ein total ruhiger Mensch, aber ich werde gerade richtig unfair behandelt.'

Der „fundamentale Attributionsfehler“

Nochmal zu unserem Beispiel mit Herrn Esser: Auch wenn sich unsere MFA dazu entschieden hat nachzugeben, ist es also wahrscheinlich, dass die meisten MFA dem Patienten gegenüber eher Groll hegen würden und ihn abwerten würden.



A diagram illustrating the fundamental attribution error in a specific context. On the left, a woman's icon is shown with a thought bubble. On the right, a photo of Herr Esser is shown. A text box explains that even if the MFA (Mehrfachfachkraft) decided to give in, it is likely that most MFAs would harbor resentment and devalue the patient.

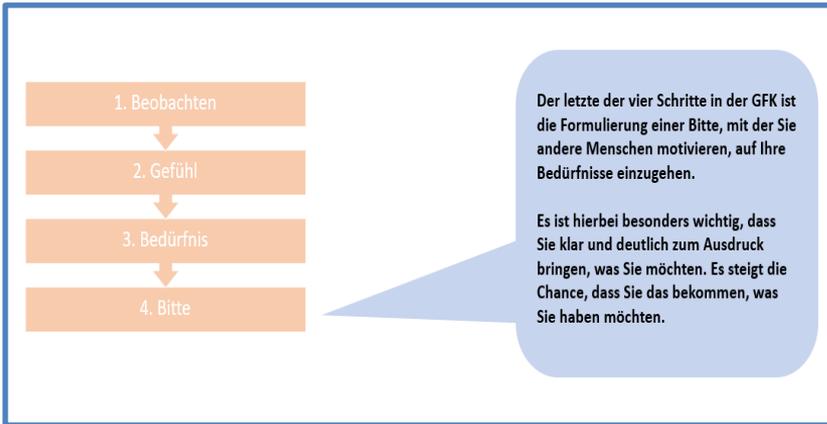
Der „fundamentale Attributionsfehler“

Er verhält sich gerade einfach total unmöglich. Er ist ein aggressiver Mensch.



A diagram illustrating the fundamental attribution error in a specific context. On the left, a woman's icon is shown with a thought bubble stating, 'Er verhält sich gerade einfach total unmöglich. Er ist ein aggressiver Mensch.' On the right, a photo of Herr Esser is shown.

Beispiel Wissensvermittlung Kommunikationsstrategien



1. Sagen Sie, was Sie möchten, statt was Sie nicht möchten
 - z.B. „Ich möchte Sie bitten morgen um 15 Uhr zu Ihrem Termin zu kommen“
2. Beschreiben Sie in Ihrer Bitte konkretes, beobachtbares Verhalten, statt vage und abstrakt zu bleiben
 - Nicht „Ich möchte, dass Sie sich mehr anstrengen“
3. Benennen Sie konkretes Verhalten, statt zu beschreiben, was die andere Person sein soll oder fühlen soll
 - Nicht „Sei bitte rücksichtsvoll“ sondern besser „Kannst du bitte an die Tür klopfen, bevor du in das Büro kommst“
4. Achten Sie darauf, dass der Erfolg Ihrer Bitte jetzt und hier überprüfbar ist.
 - z.B. „Ich möchte mit dir jetzt darüber sprechen, wie ich dich unterstützen kann, damit wir besser miteinander zusammenarbeiten“

Haben Sie es gemerkt? Frau Müller hat gerade den ersten Schritt der Gewaltfreien Kommunikation durchgeführt.

Sie beschreibt wertfrei und objektiv die Situation. Dabei zeigt sie Verständnis für Frau Ebbing und erläutert Ihre Situation mit dem geplanten Urlaub mit ihrer Freundin.

In diesem Beispiel überspringt Frau Müller Schritt 2 und spricht ihre eigenen Gefühle wie beispielsweise Ärger, Überraschung nicht an.

Vor allem im Kontext von Arbeit ist es wichtig für sich selbst zu entscheiden, ob man seiner Kollegin oder Chefin die eigenen Gefühle mitteilen möchte.

Im Umgang mit Patienten ist dies sogar meist unangebracht und nicht ratsam. Es kann jedoch Ausnahmen geben, zu denen wir noch kommen.

Sie haben jedoch ein Beispiel gesehen, wie eine Bitte sehr konkret ausformuliert werden kann.



Beispiel Übung (Scaffolding/Fading/Reflexion)

Situation „Patientendaten“

Frau Müller ist ziemlich **verärgert** über die Aussage der Patientin. Sie macht sich einige Gedanken über die Situation. Hinter welchem Gedanken verbirgt sich welche **Emotionsregulationsstrategie**? Ordnen Sie zu!

- Ablenkung
- Rauslassen
- Relativieren
- Unterdrückung
- Hinnehmen
- Distanzieren
- Perspektivübernahme
- Akzeptanz der Emotion

Situation „Patientendaten“

Aber Moment mal... **drei der Strategien**, die Frau Müller hier anwendet sind doch gar **nicht gut**?! Welche drei sind das? Klicken Sie an!

Was könnte Frau Müller hier denken, um ihren Ärger zu reduzieren? Überlegen Sie sich einen passenden Gedanken für jede der unten stehenden Strategien!

- Relativieren
- Humor
- Distanzierung
- Perspektivübernahme
- Problemlösung
- Positivität

Hier sind ein paar Beispiele, wie Frau Müller ihren Ärger hier reduzieren könnte. Vergleichen Sie diese mal mit Ihren Antworten – Welche Strategie konnten Sie schon gut anwenden? Bei welchen hatten Sie noch Probleme? Was nehmen Sie hier raus mit?

- Relativieren
- Humor
- Distanzierung
- Perspektivübernahme
- Problemlösung
- Positivität

Immerhin spricht sie mich direkt an, anstatt zur ChefIn zu gehen...

Vielleicht müssen wir das anders austragen – ich hol schon mal die Boxhandschuhe....

Sie kritisiert mich nicht persönlich, das hätte sie bei jedem anderen wahrscheinlich genauso gesagt....

Für sie ist das sicher nicht einfach, so selten etwas mit den Kindern machen zu können...

Vielleicht können wir uns den Urlaub ja aufteilen? Wir müssen da nochmal in Ruhe drüber sprechen...

Es ist gut, dass sie die Ferien anspricht, das ist ein Argument, was ich auch nutzen kann, da ich ja auch nur in den Ferien weg kann...



Ausblick

- Das Training wird in einem Prä-Post-Follow-Up-Kontrollgruppendesign auf seine Wirksamkeit überprüft
- Moderatoren des Trainingserfolgs (interindividuelle Unterschiede, betriebliche Variablen) werden miterhoben



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Markus Peters (markus.peters@bibb.de)

Dr. Annalisa Schnitzler (schnitzler@bibb.de)

Bundesinstitut für Berufsbildung, Arbeitsbereich 1.4 – Kompetenzentwicklung

Forschungsprojekt „Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen in der beruflichen Bildung: Eine Studie zu Medizinischen Fachangestellten in der Ausbildung“

(https://www.bibb.de/dienst/dapro/de/index_dapro.php/detail/1.2.302)

Literaturverzeichnis

- Barnow, S. (2015). *Gefühle im Griff!: Wozu man Emotionen braucht und wie man sie reguliert*. Springer-Verlag.
- Beelmann, A. & Lösel, F. (2006). Child social skills training in developmental crime prevention: Effects on antisocial behavior and social competence. *Psicothema*, 18(3), 603-610.
- Berking, M. (2010). *Training emotionaler Kompetenzen*. Springer-Verlag.
- Blume, B. D., Ford, J. K., Baldwin, T. T. & Huang, J. L. (2010). Transfer of Training: A Meta-Analytic Review. *Journal of Management*, 36(4), 1065-1105. <https://doi.org/10.1177/0149206309352880>
- Brand-Hörsting, B. (2019). *Wertschätzende Kommunikation für Pflegekräfte und Ärzte*. Junfermann.
- Breuer, J. & Elson, M. (2017). Frustration-Aggression Theory. In P. Sturmey (Hrsg.), *The Wiley Handbook of Violence and Aggression* (S. 1–12). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781119057574.whbva040>
- Collins, A., Brown, J.S., & Holum, A. (1991). Cognitive apprenticeship: Making thinking visible. *American Educator*, 15(3), 6-11, 38-46.
- Daetwyler, C. J., Cohen, D. G., Gracely, E., & Novack, D. H. (2010). eLearning to enhance physician patient communication: A pilot test of “doc.com” and “WebEncounter” in teaching bad news delivery. *Medical Teacher*, 32(9), 381-390. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2010.495759>
- Dietzen, D., Monnier, M., Srbeny, C. & Tschöpe, T. (2015). Soziale Kompetenz Medizinischer Fachangestellter: Was genau ist das und wie kann man sie messen? *bwp@ - Berufs- und Wirtschaftspädagogik - online. bwp@ Spezial 10 | November 2015*. http://www.bwpat.de/spezial10/dietzen_et_al_gesundheitsbereich-2015.pdf
- Dietzen, A., Tschöpe, T., Monnier, M., & Srbeny, C. (2016). Berufsspezifische Messung sozialer Kompetenzen auf der Basis eines Situational Judgment Tests bei Medizinischen Fachangestellten (CoSMed). In K. Beck, M. Landenberger, & F. Oser (Eds.), *Technologiebasierte Kompetenzen in der beruflichen Bildung. Ergebnisse aus der BMBF-Förderinitiative ASCOT* (pp. 225-243). W. Bertelsmann Verlag.
- Flanagan, J.C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 51(4), 327-359.
- Gartmeier, M., Bauer, J., Fischer, M. R., Hoppe-Seyler, T., Karsten, G., Kiessling, C., . . . Prenzel, M. (2015). Fostering professional communication skills of future physicians and teachers: effects of e-learning with video cases and role-play. *Instructional Science*, 43(4), 443-462. <https://doi.org/10.1007/s11251-014-9341-6>

Literaturverzeichnis

- Geßler, S., Köppe, C., Fehn, T., & Schütz, A. (2019). *Training emotionaler Kompetenzen (EmoTrain): Ein Gruppentraining zur Förderung von Emotionswahrnehmung und Emotionsregulation bei Führungskräften*. Hogrefe Verlag.
- Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26.
<https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Güzel, E., Nickolaus, R., Zinn, B., Würmlin, J. & Sari, D. (2016). Soziale Kompetenzen von angehenden Servicetechnikern - Relevanz, Förderung und Ausprägungen. *Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik (ZBW)*, 112(4), 555-583.
- Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart*. University of California Press.
- Hoppe-Seyler, T., Gartmeier, M., Möller, G., Bauer, J., Wiesbeck, A. & Karsten, G. (2014). Entwicklung von Lehrfilmen zur Gesprächsführung zwischen Realitätsnähe und systematischer didaktischer Gestaltung. *Zeitschrift für Hochschulentwicklung*, 9(3), 127-135.
- Kerres, M. (2018). *Mediendidaktik. Konzeption und Entwicklung digitaler Lernangebote*. Walter de Gruyter GmbH.
- Kleinknecht, M., & Schneider, J. (2013). What do teachers think and how do they feel when they analyze videos of themselves teaching and of other teachers teaching? *Teaching and Teacher Education*, 33, 13-23.
<https://doi.org/10.1016/j.tate.2013.02.002>
- Köppe, C., Held, M. J., & Schütz, A. (2019). Improving emotion perception and emotion regulation through a web-based emotional intelligence training (WEIT) program for future leaders. *International Journal of Emotional Education*, 11(2), 17-32.
- Leicher, R. (2019). Besser kommunizieren durch aktives Zuhören. *Praxisnah*, 11+12/19, 24-25.
- Loureiro de Assunção, V. (2017). *Reappraisal als Fähigkeit-Entwicklung des Reappraisal Inventiveness Test* (Dissertation an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald).
- McRae, K., Ciesielski, B. & Gross, J. J. (2012). Unpacking Cognitive Reappraisal: Goals, Tactics, and Outcomes. *Emotion*, 12(2), 250-255. <https://doi.org/10.1037/a0026351>
- Mischo, C. (2004). Fördert Gruppendiskussion die Perspektiven-Koordination? *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 36(1), 30-37.

Literaturverzeichnis

Pehrson, C., Banerjee, S. C., Manna, R., Shen, M. J., Hammonds, S., Coyle, N., Krueger, C. A., Maloney, E., Zaider, T. & Bylund, C. L. (2016). Responding empathically to patients: Development, implementation, and evaluation of a communication skills training module for oncology nurses. *Patient Education and Counseling*, 99(4), 610-616.

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.021>

Ripper, K. & Ripper, J. (2018). *Therapie-Tools Kommunikation: Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial* (1. Aufl.). Beltz.

Rosenberg, M. B. (2012). *Gewaltfreie Kommunikation: Eine Sprache des Lebens*. Junfermann.

Schulz von Thun, F. (2004). *Klarkommen mit sich selbst und anderen: Kommunikation und soziale Kompetenz-Reden, Aufsätze, Dialoge*. Rowohlt.

Selman, R. L., Beardslee, W., Schultz, L. H., Krupa, M., & Podorefsky, D. (1986). Assessing adolescent interpersonal negotiation strategies: Toward the integration of structural and functional models. *Developmental Psychology*, 22(4), 450-459. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.22.4.450>

Taylor, P. J., Russ-Eft, D. F. & Chan, D. W. L. (2005). A Meta-Analytic Review of Behavior Modeling Training. *Journal of Applied Psychology*, 90(4), 692-709. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.90.4.692>

Tschöpe, T., & Monnier, M. (2016). Modellierung, Messung und Förderung sozial-kommunikativer Kompetenzen von medizinischen Fachangestellten in der Ausbildung: Ableitungen aus dem Projekt CoSMed. *Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik*, 112 (4), 525-554.

Vu-Eickmann, P., Li, J., Andreas, M., Angerer, P. & Loerbroks, A. (2018). Associations of psychosocial working conditions with health outcomes, quality of care and intentions to leave the profession: results from a cross-sectional study among physician assistants in Germany. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 91(5), 643-654. <https://doi.org/10.1007/s00420-018-1309-4>