

iga.Report³⁷



Emotionsregulation in der Arbeit am Beispiel Rettungsdienst

.....

Gabriele Buruck und Denise Dörfel
unter Mitarbeit von Anne Gehrke und Frauke Jahn

Die Initiative Gesundheit und Arbeit

In der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) arbeiten gesetzliche Kranken- und Unfallversicherung zusammen, um arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren vorzubeugen. Gemeinsam werden Präventionsansätze für die Arbeitswelt weiterentwickelt und vorhandene Methoden oder Erkenntnisse für die Praxis nutzbar gemacht.

iga ist eine Kooperation von BKK Dachverband, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), dem AOK-Bundesverband und dem Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek).

www.iga-info.de

iga.Report 37

Emotionsregulation in der Arbeit am Beispiel Rettungsdienst

.....

Gabriele Buruck und Denise Dörfel

unter Mitarbeit von Anne Gehrke und Frauke Jahn

Inhaltsverzeichnis

1	Arbeitsbedingungen im Rettungsdienst	7
2	Stressbewältigung als Mittel der Primärprävention	9
2.1	Effekte von Stressmanagement-Maßnahmen	9
2.2	Emotionsregulation in Berufen der Humandienstleistung	9
2.3	Training emotionaler Kompetenzen (TEK)	10
3	Vorstellung einer Studie zur Evaluation des Trainings emotionaler Kompetenzen bei Notfallsanitätern und -sanitäterinnen in Ausbildung	15
3.1	Fragestellungen und Hypothesen	15
3.2	Wissenschaftliche Untersuchungsmethoden	16
	Untersuchungsplan und Stichprobe	16
	Einsatz des Trainings emotionaler Kompetenzen	17
	Eingesetzte Fragebögen	17
	Deskriptive und statistische Datenanalyse	18
3.3	Ergebnisse der Studie	19
	Fragestellung I – Wie werden die psychosozialen Arbeitsanforderungen und -ressourcen, die eigenen emotionalen Kompetenzen und die eigene emotionale Erschöpfung sowie Zynismus von den Auszubildenden bewertet?	19
	Fragestellung II – Wie zufrieden waren die Auszubildenden mit der TEK-Maßnahme?	21
	Fragestellung III – Kann ein Training emotionaler Kompetenzen bei Auszubildenden zum Notfallsanitäter Verbesserungen ihrer emotionalen Kompetenzen und Veränderungen bei der Selbsteinschätzung ihrer emotionalen Erschöpfung und Zynismus erreichen?	21
	Fragestellung IV – Welche Bedeutung haben Kompetenzen der Emotionsregulation für die Veränderung einzelner Burn-out-Merkmale?	23
3.4	Diskussion der Studie mit Auszubildenden zum Notfallsanitäter – Praktische Implikationen	23

4	Transferstudie – Einbindung der Praxisanleiter und Praxisanleiterinnen im Rettungsdienst	27
5	Fazit und Ausblick	32
6	Literatur	34
7	Abbildungsverzeichnis	38
8	Tabellenverzeichnis	39
	Anhang	41
	A1 Feedbackbogen	42
	A2 Datentabellen	43

1 Arbeitsbedingungen im Rettungsdienst

Frühere Studien, welche sich den Arbeitsalltag von Rettungskräften anschauten, berichten von hohen Arbeitsanforderungen aber niedrigen Ressourcen (Hering & Beerlage, 2004). Die Arbeitsanforderungen ergeben sich aus der Aufgabenstruktur, aus der Rollen- und Interaktionsstruktur sowie aus der Organisationsstruktur (Bengel & Heinrichs, 2004). Belastungsfaktoren treten hier nicht nur im Notfalleinsatz, sondern auch im Wachalltag auf. Bezüglich der Rollenstruktur werden Rollenkonflikte, Rollenunklarheit und Rollenüberforderung als Quellen psychischer Stressoren genannt (Hering, Beerlage & Kleiber, 2011; Karutz, Overhagen & Stum, 2013).

Gemeinsam ist diesen Anforderungen die Erfüllung des Arbeitsauftrages, welcher in der Regel in der Hilfe oder Rettung von Menschen liegt. Kann dieser Arbeitsauftrag aus unterschiedlichen Gründen nicht erfüllt werden, sind Beschäftigte im Rettungsdienst vielfältigen Gefühlen, z. B. Traurigkeit, Angst oder Ärger ausgesetzt. Ein konstruktiver Umgang mit den eigenen Gefühlen stellt somit eine wichtige Ressource im Arbeitsalltag zur Bewältigung dieser Arbeitsanforderung dar. Zusätzlich ist seit dem 01.01.2014 eine gesetzliche Neuregelung der Ausbildung zum Notfallsanitäter eingetreten (NotSanG, 2013, §4, Abs. 1, Satz 1). Die Ausbildung wurde um die Erweiterung ärztlicher Maßnahmen ergänzt und zieht folglich eine Umstrukturierung bzw. Erweiterung der Ausbildung im Rettungsdienst nach sich.

Aus diesem Grund bestand das Hauptziel des Projektes in der Durchführung und Evaluierung des Trainings emotionaler Kompetenzen (TEK) als primärpräventive Maßnahme für Ausbildungsberufe. Ein zweites Ziel war eine Transferstudie, in der Unterschiede zwischen Auszubildenden zum Notfallsanitäter und Praxisanleitenden im Rettungsdienst betrachtet wurden. Die Überprüfung erfolgte hinsichtlich der Einschätzungen der eigenen emotionalen Kompetenzen, der psychischen Beeinträchtigungen, des Wohlbefindens und der psychosozialen Arbeitsmerkmale. Das dritte Ziel war im Transferprojekt die Information und Wissensvermittlung der TEK-Inhalte an die Praxisanleitenden sowie die Erarbeitung von Fallbeispielen aus dem Praxisalltag im Notfalleinsatz mit der Verknüpfung emotionaler Kompetenzen.

Die Verbindung zwischen Arbeitsbelastungen und der Gesundheit von Beschäftigten ist in den vergangenen Jahrzehnten über Organisationen, Branchen und Länder hinweg durch

wissenschaftliche Untersuchungen belegt worden. Eine besonders wichtige Rolle spielen dabei psychische Belastungen, welche nicht nur das seelische Wohlbefinden von Berufstätigen beeinträchtigen, sondern auch die Entstehung körperlicher Erkrankungen mitverursachen (Lang, Ochsmann, Kraus & Lang, 2012; für einen sehr empfehlenswerten Überblick siehe Rau & Buyken, 2015). So sind Arbeitssituationen, in denen hohe Anforderungen auf einen geringen Handlungsspielraum treffen, u. a. mit einem erhöhten Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen und sogar Diabetes, sowie mit der Entwicklung depressiver Störungen verbunden (Kivimäki et al., 2012; Nyberg et al., 2013; Stansfeld, Shipley, Head & Fuhrer, 2012).

Neben den Arbeitsanforderungen spielt auch die Ausprägung von Arbeitsressourcen eine große Rolle für das Wohlbefinden von Beschäftigten. Anhand des Job Demands-Resources-Modells zum beruflichen Wohlbefinden (JD-R-Modell, Bakker, Demerouti & Sanz-Vergel, 2014; Bakker & Demerouti, 2007) lassen sich die Merkmale jeder Arbeitstätigkeit in zwei Kategorien einordnen, die unabhängig vom spezifischen Arbeitskontext in unterschiedlicher Ausprägung für alle Berufe relevant sind. Unterschieden werden Arbeitsanforderungen, die an die Beschäftigten gestellt werden, und Arbeitsressourcen, die den Mitarbeitenden bei der Erfüllung ihrer Aufgaben zur Verfügung stehen. Basierend auf dieser Einteilung beschreibt das JD-R-Modell zwei unterschiedliche psychologische Wirkprozesse: Während Arbeitsanforderungen über den Prozess der Gesundheitsbeeinträchtigung mit Fehlbeanspruchungsfolgen wie emotionaler Erschöpfung, psychischen Störungen und psychosomatischen Beschwerden verbunden sind, wirken sich Arbeitsressourcen über den motivationalen Prozess auf die Motivation und das berufliche Engagement von Beschäftigten aus. Demnach bilden Anforderungen im Arbeitskontext den Ausgangspunkt hinsichtlich der Entwicklung von Gesundheitsbeschwerden von Beschäftigten und stellen entsprechend den Gegenstand der folgenden Betrachtungen dar.

Insbesondere bei Rettungskräften zeigen sich als Folge der Arbeitsbelastungen häufig relativ hohe Angaben zum Burn-out (13 Prozent bis 47 Prozent mit hoher Ausprägung, Hering & Beerlage, 2004). Dies lässt sich gut anhand des JD-R-Modells erklären, das Folgendes postuliert: Ist eine hohe Anstrengung erforderlich und gibt es gleichzeitig keine ausreichenden Möglichkeiten zur Erholung, werden Arbeitsan-

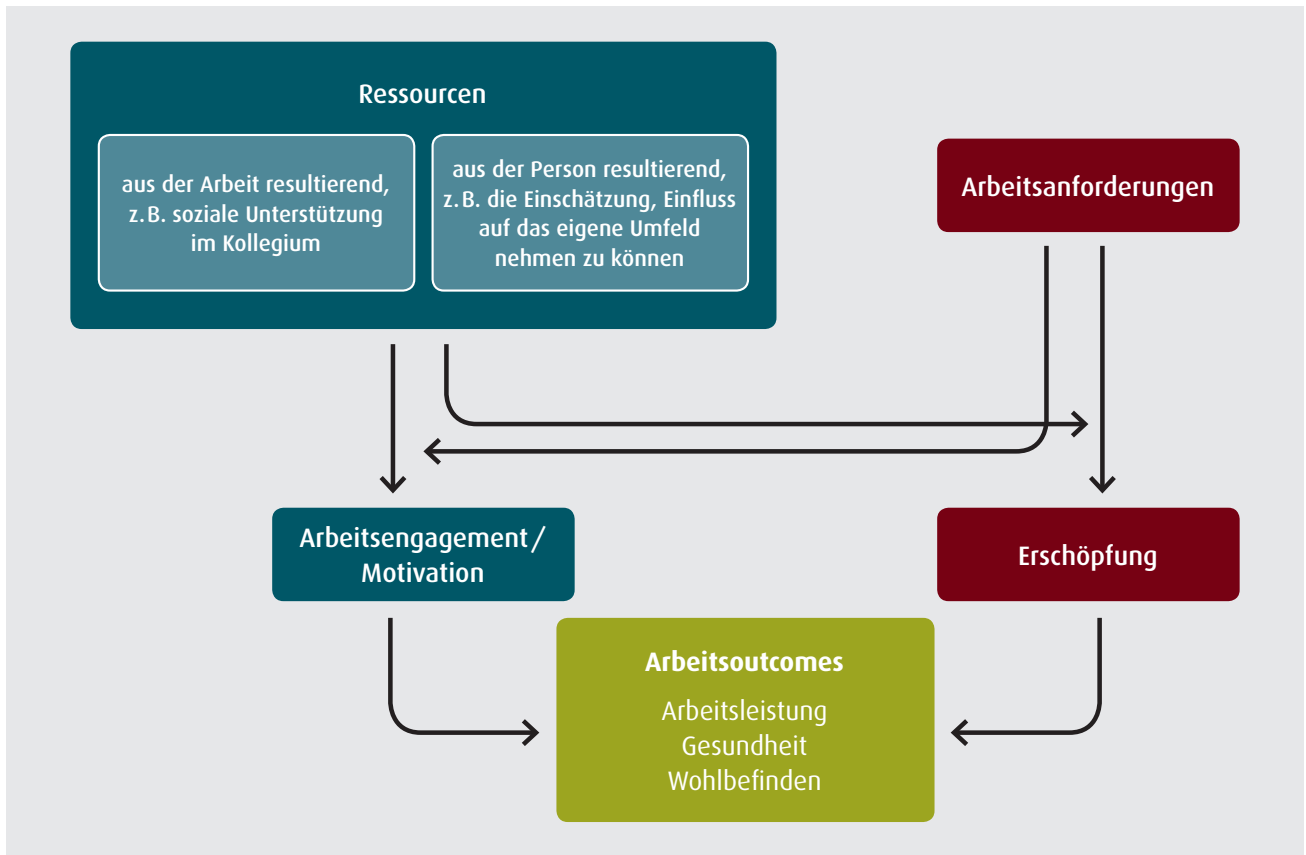


Abbildung 1: Aussagen des Job Demands-Resources-Modells (eigene Darstellung nach Bakker, Demerouti & Sanz-Vergel, 2014)

forderungen (z.B. Zeitdruck, Schichtarbeit, emotionale Arbeitsbelastungen) zu Stressoren. Dies führt zu negativen gesundheitlichen Konsequenzen wie Burn-out (Bakker & Demerouti, 2007). Empirische Studien konnten diesen Zusammenhang bestätigen (für Feuerwehrpersonal siehe Angelo & Chambel, 2014; Angelo & Chambel, 2015; für Rettungssanitäter siehe Sterud, Hem, Lau & Ekeberg, 2011; Tuckey & Hayward, 2011).

Der Schwerpunkt bisheriger Studien zu Anforderungen im Rettungsdienst lag jedoch häufig auf potenziell traumatisierenden Einsätzen und deren Auswirkungen auf die Gesundheit, z.B. in Form von Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) oder Depressionen (MD) und Angststörungen. So zeigte eine Studie von Bennett, Williams, Page, Hood und Woollard (2004), dass 22 Prozent des untersuchten Rettungspersonals die Kriterien für PTBS erfüllten. Ebenso 22 Prozent berichteten auffällige Werte von Ängstlichkeit und zehn Prozent auffällige Werte von Depressivität. Diese hohen Prävalenzraten werden durch weitere Studien aus verschiedensten Ländern bestätigt (Bentley, Mac Crawford, Wilkins, Fernandez & Studnek, 2013; Fjeldheim et al., 2014).

Ein weiterer Aspekt, der im Hinblick auf Arbeitsanforderungen und Arbeitsressourcen im Rettungsbereich berücksichtigt werden sollte, sind personale Ressourcen. Diese liegen nicht in der Tätigkeit oder in dem sozialen Umfeld, sondern in der Person selbst (Hobfoll, Johnson, Ennis & Jackson, 2003). Hobfoll et al. (2003) beschreiben personale Ressourcen als die positive Selbstwahrnehmung hinsichtlich der Fähigkeit, die eigene Umgebung erfolgreich beeinflussen und kontrollieren zu können.

Aufgrund der hohen Belastung, die im Rettungsalltag vorliegt, fordern Arbeitsschutzexpertinnen und -experten neben der Verbesserung der Arbeitsbedingungen, dass bereits in der beruflichen Ausbildung von Einsatzkräften Bewältigungsstrategien vermittelt werden (Karutz et al., 2013). Dies soll die personalen Ressourcen stärken und somit die Beanspruchungsfolgen wie z.B. Burn-out reduzieren.

2 Stressbewältigung als Mittel der Primärprävention

2.1 Effekte von Stressmanagement-Maßnahmen

.....

Die Wirksamkeit von Stressinterventionen zeigt sich vor allem auf der Ebene des individuellen Erlebens der Beschäftigten. In Berufen der Humandienstleistung, bei denen Fachwissen mit emotionaler Zuwendung gekoppelt ist, sind Interventionen wie Psychoedukation, zwischenmenschliche Kommunikation und Achtsamkeitsmeditationen mit einer Reduzierung von Burn-out verbunden. Regehr, Glancy, Pitts und LeBlanc zeigen in ihrer Metaanalyse von 2014, dass vor allem kognitive und achtsamkeitsbasierte Ansätze wirksam sind, um bei ärztlichem Personal und medizinisch arbeitenden Studierenden das Stresserleben zu verringern. Weitere Überblicksstudien finden die allgemeine Unterstützung psychologischer Interventionen zur Stärkung der mentalen Gesundheit und der Reduzierung von Depression durch den Einsatz von problemorientierten Bewältigungsstrategien (Gilhooly et al., 2016; Kröll, Doeblner & Nüesch, 2017). Es zeigte sich, dass Wunschdenken, Verweigerung oder Vermeidung eher ungeeignete Denkstrategien darstellen und mit negativen Auswirkungen für die Gesundheit verbunden sind.

Die Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) stellt seit 2003 die wissenschaftliche Evidenz von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und des Arbeitsschutzes zusammen (Pieper, Schröder, Bräunig & Kohstall, 2015). Wird die Wirksamkeit dieser Maßnahmen hinsichtlich der Gesundheit der Beschäftigten und des Unternehmenserfolgs geprüft, zeigt sich eindrücklich, dass krankheitsbedingte Fehlzeiten dank betrieblicher Gesundheitsförderung um durchschnittlich ein Viertel sinken können. Außerdem belegt ein Großteil der Studien auch eine Verbesserung der Gesundheit der Beschäftigten.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Wirkung von Stressinterventionen eine gute Evidenz aufweist. Stressmanagement-Maßnahmen sollten allerdings stark an den beruflichen Anforderungen ausgerichtet sein und auf die Unterstützung der Potenziale von Beschäftigten zielen. Besonders in Berufen der Humandienstleistung stellt die Kombination aus emotionalen und quantitativen Anforderungen eine große Herausforderung dar, welcher durch die in diesem iga.Report beschriebenen Studien begegnet werden soll.

2.2 Emotionsregulation in Berufen der Humandienstleistung

.....

Der Bereich der Humandienstleistung umfasst Berufe mit hohen Anteilen menschlicher Interaktion, z. B. in der Altenpflege, bei der Polizei oder den Rettungsdiensten. Diese Berufsgruppen unterliegen seit Jahren einer zunehmenden Ökonomisierung. Die damit einhergehende Veränderung vollzieht sich unabhängig von dem Wandel, der in der Arbeitswelt generell durch die Digitalisierung stattfindet.

Böhle (2011) unterscheidet in seinem Konzept der Interaktionsarbeit klar Emotionsarbeit und Gefühlsarbeit. Emotionsarbeit bezieht sich auf den Umgang mit den eigenen Emotionen, Gefühlsarbeit auf den Umgang mit den Gefühlen anderer. In dieser Publikation werden im Weiteren die Begriffe Emotionen und Gefühle als Sammelbegriff für Körperreaktionen und kognitive Erfahrungen verwendet.

Die Regulation der eigenen Gefühle und der Gefühle des Gegenübers ist vor allem der Erfüllung des Arbeitsauftrages untergeordnet. Kann der Arbeitsauftrag nicht erfüllt werden, kann z. B. bei einem Rettungseinsatz der Patient oder die Patientin nicht gerettet werden, führt das zu vielfältigen Gefühlen wie Trauer, Angst oder Schuld. Die Auswirkungen auf das Erleben oder die Gesundheit der Beschäftigten hängen entscheidend von der Flexibilität der gewählten Strategie ab, mit welcher alle auftretenden Gefühle reguliert werden (Aldao, Sheppes & Gross, 2015). Diese komplexen Arbeitsanforderungen können am besten von Beschäftigten bewältigt werden, welche im Verlauf eines Problemlöseprozesses die adäquate Emotion für die jeweiligen Problemlöseanforderungen einsetzen (Wild, Smith, Thompson, Béar, Lommen & Ehlers, 2016).

Einsatzorganisationen wie der Rettungsdienst unterliegen verschiedenen Spannungsfeldern: Zum einen gibt es eine Diskrepanz zwischen „kaltem“ und „heißem“ Betrieb. Der „kalte“ Betrieb umfasst Vorbereitungen, Nachbereitungen, Weiterbildungen, Einweisung usw., „heißer“ Betrieb schließt Alarme, Einsätze, Auftragserfüllungen usw. ein. Zum anderen steigt der Ökonomisierungsdruck in diesen Berufsgruppen. Dadurch wird Interaktionsarbeit im Sinne von Fürsorge im-

mer stärker in den Hintergrund gedrängt, Personal- und Arbeitszeitbemessungen rücken in den Vordergrund. Eine lernförderliche Interaktion im Sinne einer förderlichen Regulation der eigenen Emotionen und der gleichzeitigen Einflussnahme auf die Emotionen des Gegenübers stellt unter diesen Bedingungen eine kaum zu bewältigende Herausforderung dar (Hacker, 2016). So müssen im Notfalleinsatz zu knapp und nicht ausreichend qualifizierte Rettungsteams mit verschiedenen Akteuren wie Patientinnen bzw. Patienten, Angehörigen, Kollegschaft, Polizei, Presse usw. gleichzeitig interagieren. Einige ausgewählte Fallbeispiele aus dem Alltag des Rettungsdienstes sind im Kapitel 4, in dem das Transferprojekt beschrieben wird, zusammengestellt (siehe Tabelle 5, S. 28).

Bei Auszubildenden zum Notfallsanitäter im Rettungsdienst zeigt sich, dass die Regulation der eigenen Gefühle einen wichtigen Beitrag im Umgang mit belastenden Arbeitssituationen (Unfälle, Suizide, lebensbedrohliche Krankheiten usw.) und bei der Reduzierung des Risikos einer posttraumatischen Belastungsstörung darstellt (Wild et al., 2016). Somit kann die Vermittlung geeigneter Kompetenzen bereits in der Ausbildung eine wichtige Unterstützung darstellen (Hacker, 2016).

2.3 Training emotionaler Kompetenzen (TEK)

Ein Trainingsprogramm, welches gezielt den konstruktiven und adaptiven Umgang mit problematischen Emotionen fördert, ist das Training emotionaler Kompetenzen (TEK, Berking, 2015). Es integriert Methoden und Konzepte aus unterschiedlichen psychotherapeutischen Richtungen wie der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT, Linehan, 1993), der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT, Beck, 1995), der Emotion Focused Therapy (Greenberg, 2004), aus achtsamkeitsbasierten Ansätzen und aus der Allgemeinen Psychotherapie nach Grawe (2004). Das Ergebnis ist ein emotionsübergreifendes und sowohl für klinische wie nicht-klinische Zielgruppen geeignetes Emotionsregulations-Training.

Die Einsatzgebiete des TEK und seine Wirksamkeit konnten bereits bei Studierenden (Berking, Wupperman, Reichardt, Pejic, Dippel & Znoj, 2008), bei Polizeikräften (Berking, Meier & Wupperman, 2010) und in der Altenpflege (Buruck, Dörfel, Kugler & Brom, 2016) gezeigt werden. Bei all diesen Perso-

nengruppen kam es durch den Einsatz des TEK zu einer signifikanten Steigerung ihrer emotionalen Kompetenzen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe. Zusätzlich konnten bei den Beschäftigten in der Altenpflege eine Verbesserung des psychischen Wohlbefindens und eine Reduzierung von Burn-out sowie der direkte Zusammenhang mit verbesserten Kompetenzen der Emotionsregulation nachgewiesen werden (Buruck et al., 2016; Buruck & Tomaschek, 2018). Für Lehrkräfte sowie Schülerinnen und Schüler existiert eine adaptierte Version des TEK, welche bereits seit Jahren erfolgreich eingesetzt wird (Eckert, Ebert & Sieland, 2013).

Das Training ist theoretisch in das Modell adaptiver Emotionsregulation (Berking, 2015) eingebettet. Dieses Modell betrachtet sieben Kompetenzen, die sich in der aktuellen Forschung und in der klinischen Erfahrung als besonders relevant für die adaptive Regulation aversiver Gefühle erwiesen haben (für eine Übersicht siehe Berking & Schwarz, 2014). Die erfolgreiche Regulation von Emotionen hängt demnach vom Zusammenwirken der sieben Kompetenzen in der konkreten Situation ab.

Die sieben Kompetenzen im Modell der adaptiven Emotionsregulation

1. Bewusstes Wahrnehmen eigener Gefühle

Emotionsentstehung und Emotionsregulation laufen häufig unbewusst und automatisch ab. In manchen Situationen ist es jedoch essentiell, dass Gefühle in den Fokus der bewussten Aufmerksamkeit rücken. Denn nur, wenn die (negative) Emotion bewusst wahrgenommen wird, kann ein konstruktiver Umgang mit ihr gelingen. Sich eines Gefühlszustandes bewusst zu werden, erleichtert den Einsatz von Emotionsregulationsfähigkeiten, die kognitive Ressourcen benötigen. Solche Fähigkeiten sind z.B. das Bewerten, wie unangenehm die Emotion ist, das Benennen einer Emotion (siehe 2. Kompetenz) oder das Erforschen der Gründe für den Gefühlszustand (siehe 3. Kompetenz). Dagegen würde die Unfähigkeit, aufmerksam eigene Gefühle wahrzunehmen, einen kognitiven Problemlöseprozess stark erschweren bzw. sogar unmöglich machen und den unangenehmen Gefühlszustand noch verlängern.

2. Korrektes Erkennen und Benennen eigener Gefühle

Wird einer empfundenen Emotion ein Begriff, z. B. „Ärger“, zugeordnet, kann leichter Wissen über diese Emotion aufgebaut und angewendet werden, und die Emotion selbst kann besser reguliert werden. Das Erkennen einer Emotion hilft dabei, Informationen über den Charakter und den Zweck dieser Emotion abzurufen. Gleichzeitig hilft das Benennen der Emotion, Informationen über effektive Regulationsstrategien zu erinnern. Das Erkennen von „Ärger“ ist z. B. mit der Information verknüpft, dass dieses Gefühl mit einer starken körperlichen Aktivierung einhergeht, die Aggressivität oder Angriffs- bzw. Verteidigungsverhalten erleichtern soll, dass Ärger zu Verhalten führen kann, welches von anderen sanktioniert wird, dass man aber auch durch den Ausdruck von Ärger Ziele erreichen kann bzw. seine Ziele verteidigen kann. Ist der Ärger als solches benannt, können hilfreiche Strategien zum Umgang mit ihm, wie z. B. Ablenkung oder Entspannung, von weniger hilfreichen Strategien, wie z. B. sich der Situation weiter auszusetzen, unterschieden werden.

3. Analyse von Ursachen der eigenen Gefühle

Die Ursachen und aufrechterhaltenden Faktoren des affektiven Zustands zu verstehen, ist wichtig. Dabei sollten relevante und veränderbare Faktoren wie internale oder externale Reize bzw. Situationen ebenso berücksichtigt werden wie Wünsche, Einstellungen, Überzeugungen und Ziele, die eine Person in der jeweiligen Situation hatte. Dadurch wird klar, ob eine Gefühlsveränderung generell möglich ist und welche Ansatzpunkte für eine Veränderung es gibt. Führt die Analyse zu der Erkenntnis, dass ein Zustand momentan nicht geändert werden kann, wird es möglich, vergebliche Regulationsversuche einzustellen (siehe 6. Kompetenz). Gleichzeitig erfährt der unangenehme Zustand durch die Analyse häufig einen Sinn und kann leichter ertragen werden. Angst vor einem Rettungseinsatz kann sich bei angehenden Notfallsanitätern und -sanitäterinnen beispielsweise daraus ergeben, dass die auszubildende Person das Ziel hat, absolut keine Fehler zu machen, um zu zeigen, dass er oder sie viel gelernt hat, und um Anerkennung von der Kollegschaft zu erhalten. Dieses Ziel ist allerdings kaum erreichbar. Ein Ansatzpunkt zur Verringerung der Angst könnte hier sein, die Erwartung an sich selbst realistischer zu gestalten.

4. Effektive emotionale Selbstunterstützung in belastenden Situationen

Adaptive Strategien sind häufig anstrengend (z. B. die Konfrontation mit negativen Gefühlen) oder beinhalten schmerzhafte Erkenntnisse (z. B. das Verstehen von Emotionen). Wenn man sich in belastenden Situationen innerlich mitfühlend selbst unterstützen kann, erleichtert dies, die adaptiven Strategien dennoch aufrecht zu erhalten. Außerdem verhindert Selbstunterstützung die Hinwendung zu alternativen Strategien, die zwar mehr zu spontaner, weniger aber zu nachhaltiger Stimmungsverbesserung beitragen (z. B. Vermeidung). Das Einsetzen adaptiver Strategien kann manchmal nicht erfolgreich sein und damit zu Frustrationen führen. Sich selbst beruhigen und sich selbst Mut zusprechen zu können, hilft, diese negativen Situationen besser aushalten zu können. Dazu gehört auch, die weit verbreitete Tendenz abzulegen, sich selbst abzuwerten.

5. Gezielte Regulation (Modifikation/Veränderung) eigener Gefühle

Diese Kompetenz stellt den Kern adaptiver Emotionsregulation und ein effektives Mittel gegen dysfunktionale, also langfristig schädliche Strategien dar. Die Kompetenzen 1 bis 3 bilden dafür eine Voraussetzung (siehe auch Abbildung 2). Laut Berking (2015) ist das gezielte Verändern aversiver Gefühle wie Schuld, Scham oder Selbstverachtung mit geringem Aufwand und ohne langfristige Schäden der „Königsweg zu einem guten Umgang mit den eigenen Emotionen“ (ebd., S. 15). Verändert werden kann dabei die Qualität, die Intensität und/oder die Dauer eines Gefühlszustandes. Effektiv und adaptiv ist jede Strategie, die in der jeweiligen Situation passend ist und keine langfristigen, ungewollten Auswirkungen zeigt. Wenn man mehrmals die Erfahrung gemacht hat, dass man fähig ist, ungewünschte Emotionen zu verändern, führt das außerdem zu einer „emotionalen Selbstwirksamkeit“ (Berking & Schwarz, 2014, S. 15), die die Angst vor sowie die Vermeidung von kommenden unangenehmen Situationen verhindern kann. Die Bereitschaft, sich zukünftigen, herausfordernden Situationen zu stellen, ermöglicht dabei das Erlernen weiterer Regulationsstrategien und die weitere Stärkung von emotionalen Kompetenzen (siehe 7. Kompetenz).

6. Akzeptieren (Zulassen) und Tolerieren (Aushalten) problematischer Gefühle

Das Verstehen von Ursachen emotionaler Reaktionen kann auch zu dem Ergebnis führen, dass eine Veränderung des Zustandes momentan nicht oder nur mit sehr hohem Aufwand möglich ist. Akzeptanz und Toleranz stellen dann eine bedeutsame Alternative im Umgang mit Gefühlen dar. Die Erkenntnis, dass ein Gefühlszustand momentan eine gewisse Funktion hat und erklärbar ist, kann dazu führen, dass man diesen nicht um jeden Preis vermeiden möchte.

7. Bereitschaft zur Konfrontation mit negativen Gefühlen

Diese Kompetenz ist zum Erlernen und Ausbauen der vorher genannten Kompetenzen notwendig, da dies sowohl die Annäherung an als auch die Konfrontation mit Situationen, die negative Gefühle auslösen, voraussetzt. Bereits erlernte Kompetenzen können so geübt werden. Bei Erfolg kann die im Rahmen der 5. Kompetenz erwähnte emotionale Selbstwirksamkeit entwickelt werden. Darüber hinaus ist es nur durch die Konfrontation mit emotional belastenden Situationen möglich, auch wichtige Ziele zu erreichen und somit die eigenen Bedürfnisse zu befriedigen. Auf das Beispiel aus der Darstellung der 3. Kompetenz bezogen heißt das: Die Person könnte es vermeiden, Handlungen während des Rettungsdiensteinsatzes durchzuführen. Dies würde die Angst zunächst reduzieren. Das Ziel, etwas zu lernen, besser zu werden und Anerkennung von der Kollegschaft oder den Führungskräften zu erhalten, wäre damit allerdings in Gefahr. Durch die Konfrontation mit der angstausslösenden Situation könnte die auszubildende Person erstens das Ziel doch erreichen und zweitens eine effektive Strategie zur Angstreduktion einüben.

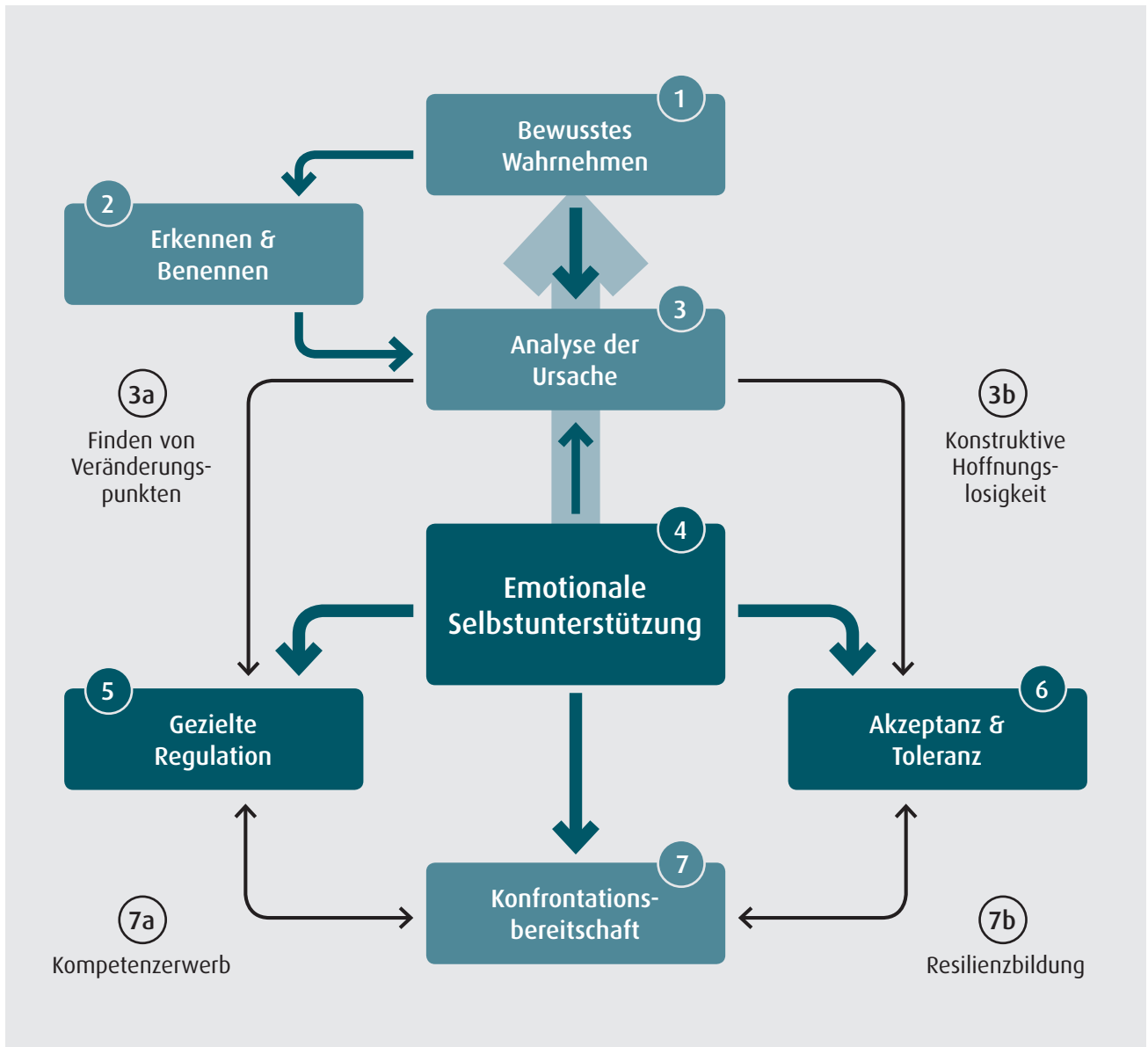


Abbildung 2: Modell adaptiver Emotionsregulation (Berking, 2015, abgedruckt mit Erlaubnis des Verlages)

Für die psychische Gesundheit sind nach dem Modell adaptiver Emotionsregulation besonders die Kompetenzen 5, "Gezielte Regulation", und 6, "Akzeptanz und Toleranz", relevant. Diese beiden Kompetenzen haben sich als wichtig für den Erhalt bzw. die Wiederherstellung der psychischen Gesundheit erwiesen (Berking & Schwarz, 2014). Es zeigten sich in mehreren Studien Zusammenhänge mit psychischer Ge-

sundheit bei gesunden Personen (Berking, Ebert, Cuijpers & Hofmann, 2013). In klinischen Zielgruppen konnten psychopathologische Symptome über den Zeitraum von zwei Wochen bzw. fünf Jahren hinweg vorhergesagt werden (Berking, Wirtz, Svaldi & Hofmann, 2014). Die übrigen Kompetenzen unterstützen die Regulation und Akzeptanz (Berking, 2015).

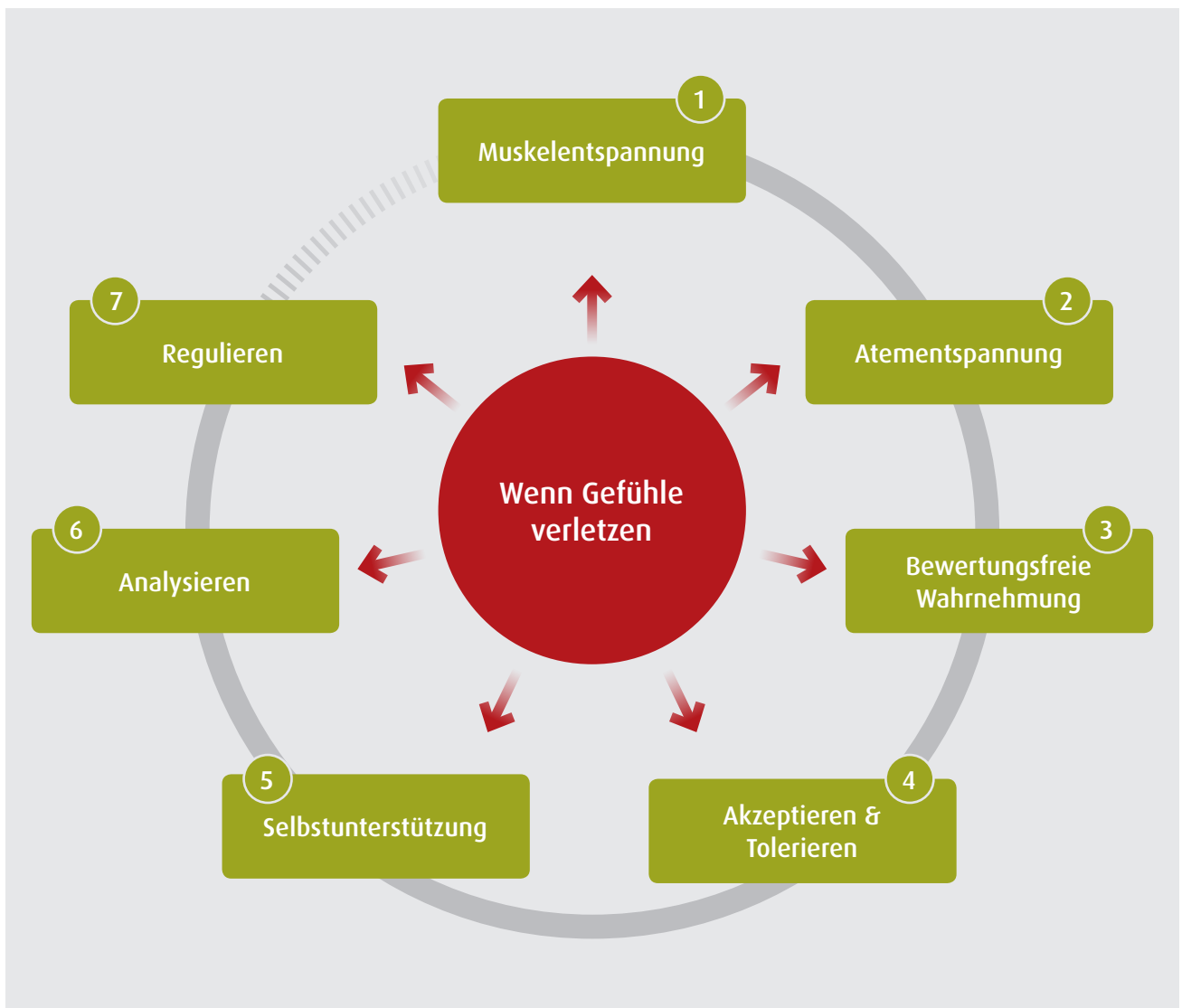


Abbildung 3: Die sieben im TEK vermittelten Basiskompetenzen, integriert zu einer TEK-Sequenz (Berking, 2015, abgedruckt mit Erlaubnis des Verlages)

Im TEK werden daher sieben emotionale Kompetenzen vermittelt und trainiert. Abbildung 3 verdeutlicht, wie in Belastungssituationen die Berücksichtigung dieser Basiskompetenzen sicher gestellt werden soll: Die TEK-Sequenz gleicht einem „Leitfaden“, mit dessen Hilfe alle sieben vermittelten

Kompetenzen in Erinnerung gerufen und berücksichtigt werden können. Mit dem einleitenden Gedanken „Wenn Gefühle verletzt ...“ stellt sie die zentrale Strategie für den Umgang mit belastenden Situationen dar.

3 Vorstellung einer Studie zur Evaluation des Trainings emotionaler Kompetenzen bei Notfallsanitätern und -sanitäterinnen in Ausbildung

Um zu überprüfen, ob ein Training emotionaler Kompetenzen im Rahmen der Notfallsanitäter-Ausbildung effektiv ist, wurde von iga in Zusammenarbeit mit der TU Dresden, KURS-Arbeitsgruppe der Professur für Arbeits- und Organisationspsychologie, eine Studie durchgeführt. Diese wird im Folgenden vorgestellt. Dazu werden zunächst die Fragestellungen und die Hypothesen, die in der Studie untersucht wurden, beschrieben. Danach werden die wissenschaftlichen Untersuchungsmethoden kurz vorgestellt, bevor sich die Ergebnisse und Interpretationen anschließen.

als primärpräventive Maßnahme für Ausbildungsberufe. Hierzu wurden Personen miteinander verglichen, die sich in der Ausbildung zum Notfallsanitäter bzw. zur Notfallsanitäterin befanden. Die Interventionsgruppe (=TEK-Gruppe) bestand aus Auszubildenden, die das Training emotionaler Kompetenzen bereits durchlaufen hatten. Auszubildende, die das TEK zu einem späteren Zeitpunkt absolvierten und daher noch keine entsprechenden Kenntnisse hatten, bildeten die (Warte-)Kontrollgruppe (siehe Kapitel 3.2). Eingangs erfolgte eine deskriptive Analyse zum Ist-Stand der subjektiven psychosozialen Arbeitsmerkmale, der emotionalen Kompetenzen und der Burn-out-Merkmale. Außerdem erfolgte eine Überprüfung hinsichtlich der Zufriedenheit der Auszubildenden mit der Maßnahme sowie des Zusammenhangs von verbesserten emotionalen Kompetenzen und Reduzierung von zwei Burn-out-Dimensionen bei Auszubildenden zum Notfallsanitäter. Daraus ergaben sich folgende Fragestellungen:

3.1 Fragestellungen und Hypothesen

Das Hauptziel der Studie bestand in der Überprüfung der Wirksamkeit des Trainings emotionaler Kompetenzen (TEK)

Tabelle 1: Fragestellungen der Studie

I	Wie werden die psychosozialen Arbeitsanforderungen und Arbeitsressourcen, die eigenen emotionalen Kompetenzen und die eigene emotionale Erschöpfung sowie Zynismus von den Auszubildenden bewertet?	
II	Wie zufrieden waren die Auszubildenden mit der TEK-Maßnahme?	
III	Kann ein Training emotionaler Kompetenzen bei Auszubildenden zum Notfallsanitäter Verbesserungen ihrer emotionalen Kompetenzen und Veränderungen bei der Selbsteinschätzung ihrer emotionalen Erschöpfung und Zynismus erreichen?	
	Hypothese III.1	Auszubildende zum Notfallsanitäter, welche am TEK teilnehmen, berichten im Vergleich zur Kontrollgruppe im Prä-Post-Vergleich eine Verbesserung ihrer emotionalen Kompetenzen.
	Hypothese III.2	Auszubildende zum Notfallsanitäter, welche am TEK teilnehmen, berichten im Vergleich zur Kontrollgruppe im Prä-Post-Vergleich eine Reduzierung der emotionalen Erschöpfung.
	Hypothese III.3	Auszubildende zum Notfallsanitäter, welche am TEK teilnehmen, berichten im Vergleich zur Kontrollgruppe im Prä-Post-Vergleich eine Reduzierung des Zynismus.
IV	Welche Bedeutung haben Kompetenzen der Emotionsregulation für die Veränderung einzelner Burn-out-Merkmale?	
	Hypothese IV.1	Die Erhöhung der emotionalen Kompetenzen steht im direkten Zusammenhang mit der Reduzierung der emotionalen Erschöpfung.
	Hypothese IV.2	Die Erhöhung der emotionalen Kompetenzen steht im direkten Zusammenhang mit der Reduzierung von Zynismus.

3.2 Wissenschaftliche Untersuchungsmethoden

Untersuchungsplan und Stichprobe

Die Fragestellungen wurden mittels einer Prä-Post-Messung an einer Interventionsgruppe und einer Warte-Kontrollgruppe untersucht. Das Training wurde von zwei Trainerinnen durchgeführt, die jeweils einen zertifizierten Weiterbildungskurs absolviert hatten bzw. als TEK-Trainerin zertifiziert sind. Im Rahmen einer Informationsveranstaltung wurden die Teilnehmenden vorab über das Ziel und den Ablauf der Studie, den Datenschutz, die Freiwilligkeit der Studienteilnahme sowie die Relevanz und den Inhalt des TEK aufgeklärt. Für die Leitungen der Rettungsstellen in Sachsen und für Praxisanleitende gab es weitere Informationsveranstaltungen, um die Akzeptanz der Maßnahme im Rettungsdienst zu erhöhen.

planes zum Notfallsanitäter fest eingebunden. Alle, die diese Ausbildung in den Jahren 2014, 2015 und 2016 an der Landesrettungsschule des DRK Bildungswerks gGmbH Sachsen begonnen haben, nahmen daher an der Maßnahme teil. Das waren 107 Personen. In die endgültige statistische Analyse flossen für die Prä-Messung (Zeitpunkt vor dem Training bzw. der Wartezeit) die Daten von insgesamt 90 Auszubildenden ein, davon 50 in der TEK-Gruppe und 40 in der Warte-Kontrollgruppe. Für die Post-Messung (Zeitpunkt nach dem TEK bzw. der Wartezeit) konnten Daten von 75 Personen genutzt werden, davon 46 Personen aus der TEK-Gruppe und 29 aus der Warte-Kontrollgruppe (siehe Abbildung 4). Das Durchschnittsalter der Stichprobe für die Post-Messung lag bei 21,84 Jahren (Altersspanne 16 bis 43 Jahre). 27 Personen waren weiblich, acht Personen machten keine Angaben zum Geschlecht. Alle teilnehmenden Auszubildenden befanden sich während der Durchführung des TEK bzw. der Wartezeit in ihrem ersten Ausbildungsjahr zum Notfallsanitäter.

In Sachsen ist das Training emotionaler Kompetenzen im Lernfeld 1 (Berufliches Selbstverständnis) des Ausbildungs-

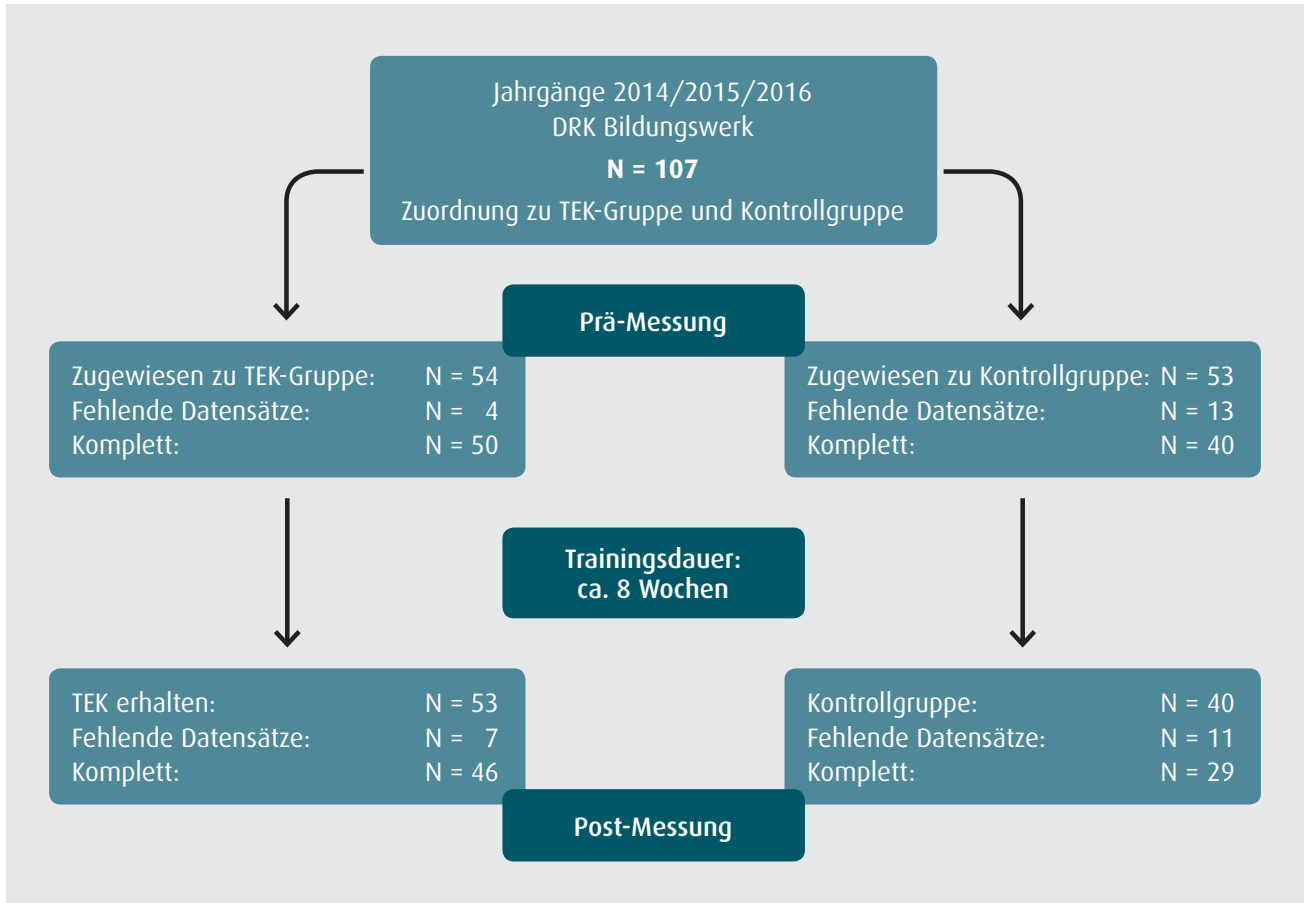


Abbildung 4: Untersuchungsplan/Studiendesign

Einsatz des Trainings emotionaler Kompetenzen

Das hochstandardisierte Training ist für zwölf Sitzungen à 90 Minuten (insgesamt 18 Zeitstunden) und Kleingruppen mit maximal zwölf Personen konzipiert (Berking, 2015). In der vorliegenden Untersuchung wurde es dem Schulalltag angepasst. In Kleingruppen von sieben bis zwölf Auszubildenden fanden jeweils sechs Sitzungen à 180 Minuten statt. Zu Beginn des Trainings stand ein Theorieblock. Er führte in die (neuro-)biologischen Grundlagen von Stress und Emotionen ein und machte mit dem theoretischen Hintergrund des TEK vertraut. Die in Kapitel 2.3 (Abbildung 3, S. 14) geschilderten, aus dem Modell adaptiver Emotionsregulation abgeleiteten sieben Basiskompetenzen wurden vorgestellt:

- 1.+ 2. Muskel- und Atementspannung zur Bewältigung eines dysfunktional erhöhten Erregungsniveaus,
3. bewertungsfreie Wahrnehmung des eigenen Gefühlszustandes,
4. Akzeptanz und Toleranz von negativen, schwer zu beeinflussenden Gefühlen,
5. Selbstunterstützung in belastenden Situationen,
6. Analysieren und
7. Verändern (Regulieren) der eigenen Emotionen.

Sie wurden erst in Langform eingeübt und dann in verkürzter Form kontinuierlich wiederholt. Die Bedeutsamkeit von regelmäßigem selbständigen Üben wurde wiederholt erläutert. Die Integration des Erlernten in den Alltag der Teilnehmenden wurde von Beginn an gefördert, z. B. durch Hausaufgaben und Bereitstellung von Audiomaterial mit angeleiteten Entspannungsübungen. Weitere Informationen zum TEK und dessen Material sind bei Berking (2015) zu finden.

Eingesetzte Fragebögen

Zur Evaluation des Trainings wurden den Auszubildenden vor und nach dem Training verschiedene Fragebögen vorgelegt, die im Folgenden kurz beschrieben werden. Auch bei der in Kapitel 4 beschriebenen Transferstudie kamen diese Verfahren zum Einsatz.

Arbeitsanforderungen und Ressourcen bei der Arbeit wurden mit dem Kopenhagen Psychosozialen Fragebogen (Copenhagen Psychosocial Questionnaire/COPSOQ, Kristensen, Hannerz, Hogh & Borg, 2005; dt. Version: Nübling, Stöbel, Hassel-

horn, Michaelis & Hofmann, 2006) gemessen. Erfragt wurde, bezogen auf die Arbeitstätigkeit, wie hoch die quantitativen (Zeitdruck) und die emotionalen Anforderungen ausgeprägt sind. Auf der Seite der Ressourcen wurde nach den Einflussmöglichkeiten und dem Spielraum bei der eigenen Tätigkeit sowie nach sozialer Unterstützung, Feedback durch Führungskräfte und dem Gemeinschaftssinn im Kollegium gefragt. Die Aussagen werden auf einer fünfstufigen Skala von 1 (*nie/fast nie*) bis 5 (*immer*) beantwortet.

In einem Feedbackbogen am Ende des Trainings sollten die Teilnehmenden ihre Zustimmung zu verschiedenen Themen wie Zufriedenheit mit Rahmenbedingungen, Zielerreichung und allgemeine Zufriedenheit auf einer Antwortskala von 1 (*stimme überhaupt nicht zu*) bis 5 (*stimme voll zu*) einordnen. Der für die Untersuchung entwickelte Fragebogen liegt in Anhang A1 vor.

Um zu erfassen, inwiefern die Teilnehmenden konstruktiv mit eigenen negativen Emotionen umgehen können, wurde der Fragebogen zur Selbsteinschätzung Emotionaler Kompetenzen (SEK-27, Berking & Znoj, 2008) eingesetzt. Der SEK-27 misst die im Modell adaptiver Emotionsregulation (siehe Abbildung 2, S. 13) aufgeführten emotionsbezogenen Fähigkeiten. Die emotionalen Kompetenzen werden anhand von jeweils drei Einzelaussagen abgebildet. Die Sätze beginnen mit den Worten „In der letzten Woche ...“ und werden auf einer fünfstufigen Skala beantwortet (0 = *überhaupt nicht*; 4 = *fast immer*). Die Werte der jeweils drei Einzelaussagen pro Kompetenz werden summiert. Die Summe über alle Subskalen hinweg bildet den Gesamtwert für die emotionalen Kompetenzen. Ein höherer Wert zeigt eine bessere emotionale Kompetenz an. Tabelle 2 (S. 18) zeigt die Subskalen des SEK-27 mit einigen Beispielaussagen.

Burn-out wird definiert durch drei Hauptmerkmale: emotionale Erschöpfung, Zynismus und reduziertes Leistungserleben bezogen auf die eigene Arbeit. In dieser Studie wurden die Merkmale emotionale Erschöpfung und Zynismus mittels der entsprechenden Skalen des Maslach Burnout Inventory – General Survey – Deutsche Version (MBI-GS-D, Büssing & Glaser, 1998) erfasst. Dabei messen die Fragen zur emotionalen Erschöpfung Gefühle von Überforderung sowie erschöpfte emotionale und physische Ressourcen (z. B. „Ich fühle mich emotional leer in meiner Arbeit.“). Die Skala Zynismus misst, inwiefern eine gleichgültige und distanzierte Einstellung zur eigenen Arbeit vorliegt (z. B. „Ich möchte nur meine

Tabelle 2: Subskalen des SEK-27 mit Beispielimens (Berking & Znoj, 2008)

Subskala	Beispielimens
Aufmerksamkeit	In der letzten Woche achtete ich auf meine Gefühle.
Körperwahrnehmung	In der letzten Woche hatte ich eine gute körperliche Wahrnehmung meiner Gefühle.
Klarheit	In der letzten Woche hätte ich klar benennen können, wie ich mich gerade fühle.
Verstehen	In der letzten Woche verstand ich meine emotionalen Reaktionen.
Regulation	In der letzten Woche konnte ich positivere Gefühle gezielt herbeiführen.
Akzeptanz	In der letzten Woche konnte ich auch negative Gefühle annehmen.
Toleranz	In der letzten Woche fühlte ich mich auch intensiven, negativen Gefühlen gewachsen.
Selbstunterstützung	In der letzten Woche versuchte ich, mir in belastenden Situationen selbst Mut zu machen.
Konfrontationsbereitschaft	In der letzten Woche machte ich, was ich mir vorgenommen hatte, auch wenn ich mich dabei unwohl oder ängstlich fühlte.

Arbeit erledigen und ansonsten in Ruhe gelassen werden.“). Die Beurteilung erfolgte auf einer siebenstufigen Skala mit Abstufungen von *nie* (0 Punkte) bis *täglich* (6 Punkte).

Das Wohlbefinden der Personen wurde mit Hilfe des WHO-5-Wohlbefindens-Index, Version II, erfasst (WHO-5, Bech, Olsen, Kjoller & Rasmussen, 2003; dt. Version: Brähler, Mühlhan, Albani & Schmidt, 2007). Der WHO-5 ist ein Selbstbeurteilungsverfahren. Er erfasst verschiedene Aspekte des allgemeinen Wohlbefindens der letzten zwei Wochen und stellt ein valides Instrument zur Erfassung der mentalen Gesundheit dar (Löwe et al., 2004). Zudem kann er als Screeninginstrument für Major Depression (MD) eingesetzt werden. Das Instrument umfasst fünf Items zu Stimmung, Entspannung, Vitalität und Interesse einer Person. Die Items beginnen jeweils mit der Formulierung „In den letzten zwei Wochen ...“, die Einschätzungen erfolgen anhand einer sechsstufigen Skala mit den Polen *zu keinem Zeitpunkt* (0 Punkte) und *die ganze Zeit* (5 Punkte). Ein Beispielimens für die Vitalität ist „In den letzten zwei Wochen habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.“ Das Aufsummieren der fünf Itemwerte ergibt einen Indexwert zwischen 0 und 25. Dabei zeigt ein geringer Punktwert geringes allgemeines Wohlbefinden an, ein Wert größer als 13 ein hohes allgemeines Wohlbefinden. Hinsichtlich der Reliabilität des WHO-5 ergaben Unter-

suchungen von Brähler et al. (2007) eine Split-Half-Reliabilität von $r = .87$, was eine sehr gute Zuverlässigkeit des Instrumentes bedeutet.

Deskriptive und statistische Datenanalyse

Zur Beantwortung der Fragestellungen I und II, also der deskriptiven Beschreibung der Arbeitsanforderungen, Burn-out-Merkmale und emotionalen Kompetenzen einerseits sowie des Feedbacks zur Zufriedenheit mit der Maßnahme andererseits, wurden Mittelwerte berechnet. Außerdem wurden Boxplot-Diagramme erstellt, in denen die Mittelwerte und verschiedene Streuungsmaße sichtbar gemacht und Extremwerte dargestellt werden, bzw. Häufigkeitsdiagramme eingefügt. Fragestellung III zielte auf statistische Unterschiede zwischen der TEK- und der Warte-Kontrollgruppe in der Veränderung der emotionalen Kompetenzen sowie hinsichtlich der Burn-out-Merkmale. Zu ihrer Beantwortung wurde eine statistische Analyse durchgeführt, die Gruppenunterschiede im Verlauf von Prä- zu Post-Messung untersucht (zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung). Zur Beantwortung der Fragestellung IV, die Zusammenhänge zwischen der Veränderung in den emotionalen Kompetenzen und den Burn-out-Merkmalen thematisierte, wurden Zusammenhangsmaße (Korrelationen) berechnet.

3.3 Ergebnisse der Studie

Fragestellung I – Wie werden die psychosozialen Arbeitsanforderungen und -ressourcen, die eigenen emotionalen Kompetenzen und die eigene emotionale Erschöpfung sowie Zynismus von den Auszubildenden bewertet?

Die Fragen nach erlebtem Zeitdruck (quantitative Arbeitsanforderungen) und nach emotionalen Anforderungen, aber auch nach den Ressourcen (Spielraum bei der Tätigkeit und soziale Unterstützung) wurden folgendermaßen beantwortet: Die Auszubildenden schätzten zum Zeitpunkt vor dem TEK ihren Zeitdruck auf der Rettungswache gering bis mittel ein (Mittelwert = 2,70 auf einer Skala von 1 bis 5; entspricht *selten bis manchmal Zeitdruck*). Die emotionalen Anforderungen werden höher eingeschätzt (Mittelwert = 3,41; entspricht *manchmal bis oft emotionale Anforderungen*), wobei es hier große Unterschiede zwischen den Auszubildenden gibt: Das Minimum lag bei 1,33, was der Aussage *nie* entspricht, das Maximum lag bei 5, gleichbedeutend mit *immer*. Einflussmöglichkeiten und Spielräume bei der Arbeit werden eher gering bis mittel eingeschätzt (Mittelwert = 2,60; entspricht *selten bis manchmal Einflussmöglichkeiten*). Dagegen sagen die Auszubildenden bezüglich des Verhältnisses zu Führungskräften und Kollegschaft aus, dass sie *manchmal bis oft Unterstützung* erhalten, die Arbeitsatmosphäre gut ist und sie sich eher selten schikaniert fühlen (Mittelwert = 3,71). Die Ergebnisse sind in Abbildung 5 (S. 20) dargestellt.

Weiterhin wurden die vorherrschende emotionale Erschöpfung und der berichtete Zynismus bei den Auszubildenden analysiert. Wie in Abbildung 6 (S. 20) zu sehen, gaben die Teilnehmenden der Studie an, eine eher geringe emotionale Erschöpfung in Bezug auf ihre Arbeit zu empfinden. Der Mittelwert von 2,56 entspricht der Aussage, dass *ein- bis mehrmals im Monat* emotionale Erschöpfung gefühlt wird. Es zeigte sich jedoch auch, dass es Unterschiede zwischen den Teilnehmenden gibt und dass eine Person sogar eine sehr hohe Erschöpfung angab. Etwa 75 Prozent der Befragten gaben an, *bis zu einmal im Monat* emotionale Erschöpfung zu erleben. Die restlichen 25 Prozent berichteten von emotionaler Erschöpfung, die *öfter als einmal im Monat* erlebt wird, von 13 Prozent sogar *mehr als einmal in der Woche*. Außerdem wurde ein geringer Zynismus von den Auszubildenden berichtet (Mit-

telwert = 1,61; entspricht *einige Male pro Jahr bis zu einmal im Monat* das Erleben einer zynischen Einstellung in Bezug auf die eigene Arbeit). Auch hier zeigen sich kleine Unterschiede zwischen den Befragten, jedoch geben nur rund sechs Prozent an, *einmal in der Woche oder häufiger* Zynismus zu erleben. Eine Person erlebt dies *täglich*.

Bezüglich der emotionalen Kompetenzen, welche die Teilnehmenden vor dem Training selbst berichteten, fällt ebenfalls eine große Varianz auf (siehe Abbildung 7, S. 20). Die Normwerte, mit denen die Ergebnisse dieser Stichprobe verglichen wurden, wurden durch die Arbeitsgruppe von Prof. Matthias Berking ermittelt (<http://www.psyprasoft.de/EmoCheck.html>, Berking & Znoj, 2008). Hierbei sind für die einzelnen Kompetenzen Summenwerte unter 7 als unterdurchschnittlich zu bezeichnen, durchschnittliche Ausprägungen sind durch Summenwerte von 7 bis 9 gekennzeichnet. Wird ein Summenwert von 10 bis 12 erreicht, so ist von sehr hohen Kompetenzen zu sprechen. Für die vorliegenden Mittelwerte in dieser Stichprobe (siehe Abbildung 7) zeigt sich, dass die Kompetenzen im Bereich Aufmerksamkeit im Mittel unterdurchschnittlich ausgeprägt sind. 43 Prozent der Befragten gaben auf dieser Skala geringe Kompetenzen an, 44 Prozent benannten durchschnittliche und nur zwölf Prozent sehr hohe Kompetenzen. Bei allen anderen Skalen schätzten die Auszubildenden ihre Kompetenzen im Mittel als normal im Vergleich zu einer gesunden Normstichprobe ein, zeigten also durchschnittliche emotionale Kompetenzen (siehe Tabelle 3, S. 21).

Wenn auch die emotionalen Kompetenzen insgesamt durchschnittlich gut ausgeprägt waren (siehe Abbildung 7, Gesamtwert der emotionalen Kompetenzen), ist in Tabelle 3 zu erkennen, dass bei einigen Kompetenzen ein Drittel bis ein Viertel der Auszubildenden zum Notfallsanitäter unterdurchschnittliche Werte angab. Dies betrifft die *Aufmerksamkeit* und das bewusste Wahrnehmen eigener Gefühle (= *Körperwahrnehmung*), das Verstehen von Ursachen für jeweilige eigene Gefühle (= *Verstehen*), das Aushalten negativer Gefühle (= *Toleranz*) und die *Konfrontationsbereitschaft*. Insgesamt berichteten 25 Prozent der Befragten unterdurchschnittliche emotionale Kompetenzen (Gesamtwert der Skala emotionaler Kompetenzen, SEK).

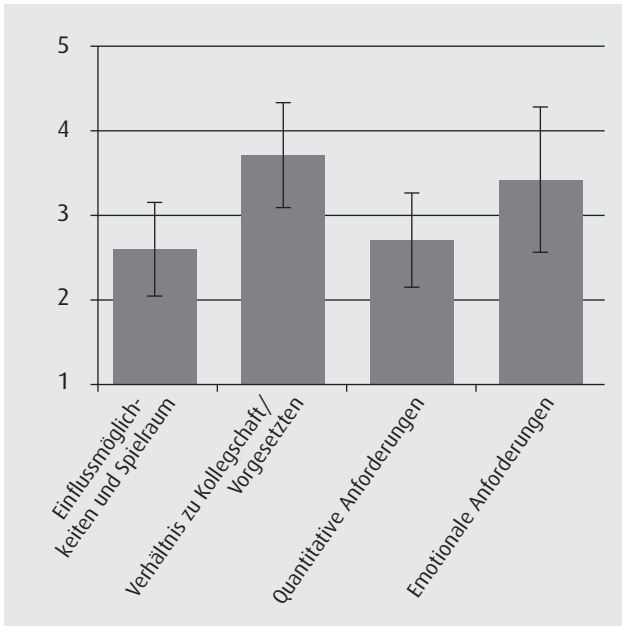


Abbildung 5: Ausprägung der eingeschätzten Arbeitsanforderungen und -ressourcen unter den teilnehmenden Auszubildenden

Anmerkungen. Darstellung der Ergebnisse aus dem Kopenhagen Psychosozialen Fragebogen (COPSOQ); Skalenwerte von 1 (nie/fast nie) bis 5 (immer). Die vertikalen Linien stellen die durchschnittliche Abweichung der Werte vom Mittelwert dar (Streuung oder Standardabweichung).

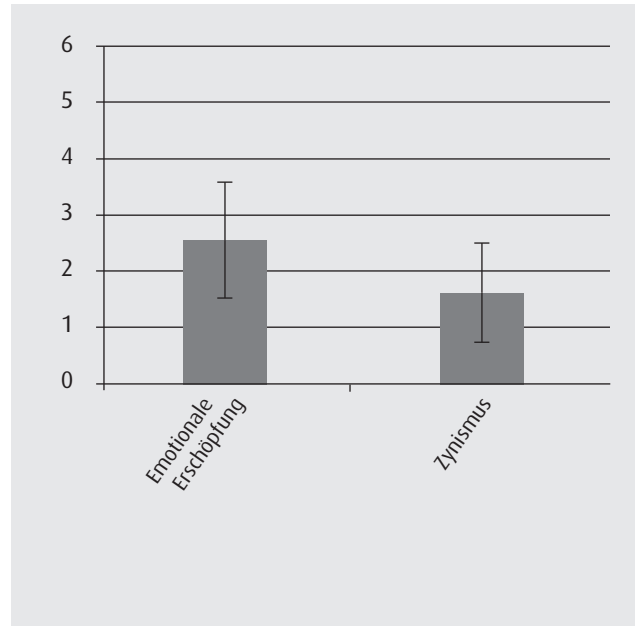


Abbildung 6: Ausprägung von Burn-out-Merkmalen unter den teilnehmenden Auszubildenden

Anmerkungen. Darstellung der Ergebnisse aus dem Maslach Burnout Inventory – General Survey – Deutsche Version (MBI-GS-D); Skalenwerte von 0 (nie) bis 6 (täglich). Die vertikalen Linien stellen die durchschnittliche Abweichung der Werte vom Mittelwert dar (Streuung oder Standardabweichung).

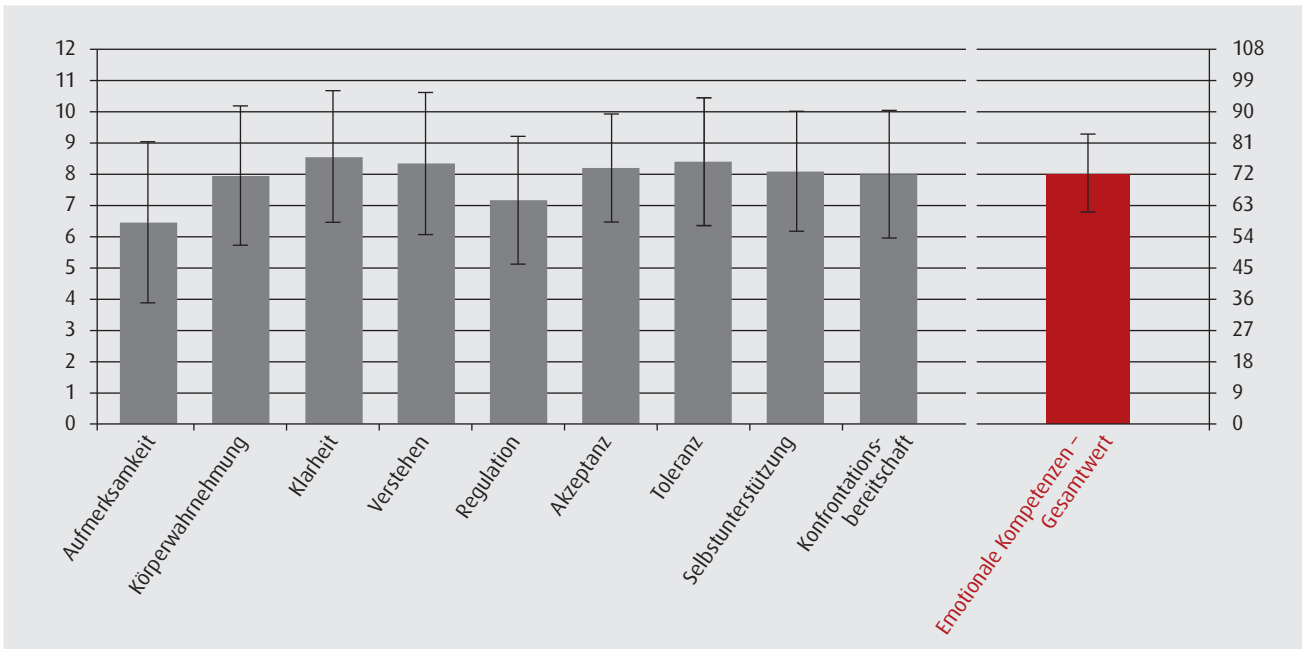


Abbildung 7: Ausprägung der verschiedenen emotionalen Kompetenzen und Gesamtwert (Summenwert) der emotionalen Kompetenzen unter den teilnehmenden Auszubildenden

Anmerkungen. Darstellung der Ergebnisse aus dem Fragebogen zur Selbsteinschätzung Emotionaler Kompetenzen (SEK-27); Werte für die Subskalen und mittlerer Gesamtwert über alle Teilnehmenden; Skalenwerte bzw. Summenwert von 0 (sehr geringe/kaum ausgeprägte emotionale Kompetenzen) bis 12 bzw. 108 (sehr hohe/sehr gut ausgeprägte emotionale Kompetenzen). Die vertikalen Linien stellen die durchschnittliche Abweichung der Werte vom Mittelwert dar (Streuung oder Standardabweichung).

Tabelle 3: Anteil der teilnehmenden Auszubildenden, welche unterdurchschnittliche, durchschnittliche bzw. überdurchschnittliche emotionale Kompetenzen angaben

Emotionale Kompetenz	Unterdurchschnittlich	Durchschnittlich	Überdurchschnittlich
Aufmerksamkeit	43,3 %	44,4 %	12,2 %
Körperwahrnehmung	38,6 %	48,9 %	12,5 %
Klarheit	18,0 %	61,8 %	20,2 %
Verstehen	30,3 %	48,3 %	21,3 %
Regulation	19,1 %	65,2 %	15,7 %
Akzeptanz	5,6 %	51,1 %	43,3 %
Toleranz	23,3 %	58,9 %	17,8 %
Selbstunterstützung	16,9 %	57,3 %	25,8 %
Konfrontationsbereitschaft	26,7 %	48,9 %	24,4 %
Gesamtwert Emotionale Kompetenzen	25,0 %	53,4 %	21,6 %

Fragestellung II – Wie zufrieden waren die Auszubildenden mit der TEK-Maßnahme?

Insgesamt gaben 61 Personen eine Rückmeldung mittels Feedbackbogen. Die Ergebnisse zeigen, dass den Teilnehmenden durch die vorher durchgeführten Informationsveranstaltungen die Zielstellung der Maßnahmen klar war (Mittelwert = 4,44 auf einer Skala von 1 bis 5; entspricht *sehr großer Zustimmung*). Die Auszubildenden meldeten vor allem die fachliche Kompetenz und die Gruppenleitung durch die Trainerinnen als sehr gut zurück (Mittelwert = 4,92; entspricht *nahezu voller Zustimmung*).

Obwohl eine weitere Auseinandersetzung mit der Thematik von einigen Personen nur teilweise als wichtig eingeschätzt wurde (Mittelwert = 2,78), war die allgemeine Zufriedenheit mit der Maßnahme sehr hoch (Mittelwert = 4,19). Vor allem das Erwerben von neuem Wissen im Allgemeinen (Mittelwert = 4,18) und das Kennenlernen neuer Strategien der Emotionsregulation im Speziellen (Mittelwert = 3,85) wurden positiv bewertet. Insgesamt jedoch schätzten die Auszubildenden die Anwendung der neu erworbenen Kompetenzen zur Emotionsregulation nur teilweise als umsetzbar ein (Mittelwert = 3,35). Bereits bei diesen Rückmeldungen wurde deutlich, dass die Inhalte des TEK auch den Personen vermittelt werden müssen, die innerhalb des Rettungsdienstes als

Schnittstellen agieren (Rettungsstellenleitung, Praxisanleitende auf den Wachen; siehe Kapitel 4).

Fragestellung III – Kann ein Training emotionaler Kompetenzen bei Auszubildenden zum Notfallsanitäter Verbesserungen ihrer emotionalen Kompetenzen und Veränderungen bei der Selbsteinschätzung ihrer emotionalen Erschöpfung und Zynismus erreichen?

Bei der Beantwortung der Fragestellung III zur Bedeutung der Kompetenzen der Emotionsregulation zeigte sich für Hypothese III.1, dass die Auszubildenden der TEK-Gruppe im Vergleich zur Warte-Kontrollgruppe eine statistisch bedeutende Erhöhung der Kompetenzen der Emotionsregulation von der Prä- zur Post-Messung berichten. Für den Gesamtwert der emotionalen Kompetenzen und für die Kompetenz *Verstehen der eigenen Emotionen* kann ein Effekt festgestellt werden (siehe Abbildungen 8 und 9, S. 22).

Das bedeutet, dass die Teilnehmenden der TEK-Gruppe bei der Post-Messung höhere Kompetenzen angegeben haben als bei der Prä-Messung, während die Auszubildenden, die das Training noch nicht durchlaufen hatten, keine Verbesserung in den Kompetenzen von der Prä- zur Post-Messung angaben. Somit kann Hypothese III.1 für die Kompetenz

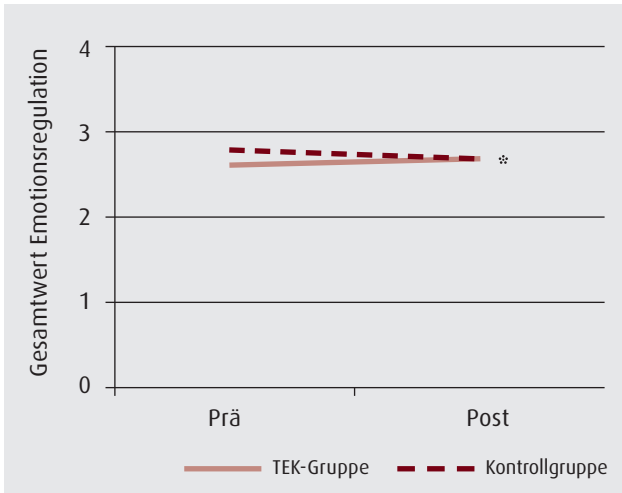


Abbildung 8: Veränderung der emotionalen Kompetenzen insgesamt, Gruppenvergleich der Auszubildenden zwischen TEK- und Kontrollgruppe im Prä-Post-Vergleich

Anmerkungen. Darstellung der Ergebnisse aus dem Fragebogen zur Selbsteinschätzung Emotionaler Kompetenzen (SEK-27); Mittelwertsvergleich über alle Einzelaussagen; Werte von 0 (emotionale Kompetenzen *sehr gering/kaum ausgeprägt*) bis 4 (emotionale Kompetenzen *sehr hoch/sehr gut ausgeprägt*). Angegebenes Signifikanzniveau mit * $p < .05$, das heißt, es besteht ein signifikanter/statistisch bedeutsamer Unterschied zwischen beiden Gruppen im Verlauf. In der TEK-Gruppe stiegen die emotionalen Kompetenzen an, während in der Kontrollgruppe keine Veränderung messbar war (siehe auch Erläuterungen im Text).

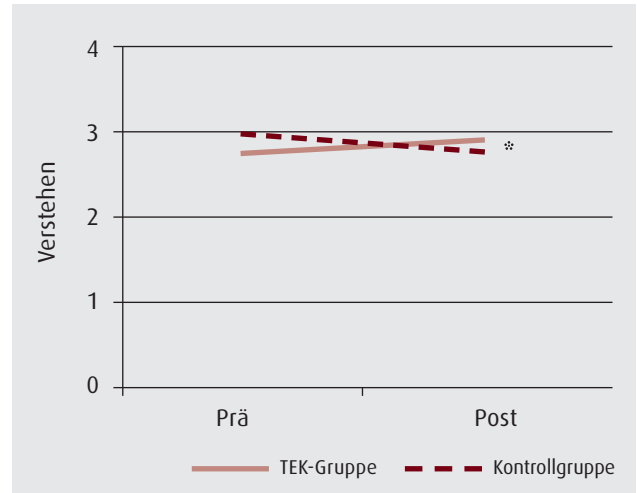


Abbildung 9: Veränderung der emotionalen Kompetenz *Verstehen*, Gruppenvergleich der Auszubildenden zwischen TEK- und Kontrollgruppe im Prä-Post-Vergleich

Anmerkungen. Darstellung der Ergebnisse aus dem Fragebogen zur Selbsteinschätzung Emotionaler Kompetenzen (SEK-27); Mittelwertsvergleich über drei Einzelaussagen der Skala *Verstehen*; Werte von 0 (emotionale Kompetenz *sehr gering/kaum ausgeprägt*) bis 4 (emotionale Kompetenz *sehr hoch/sehr gut ausgeprägt*). Angegebenes Signifikanzniveau mit * $p < .05$, das heißt, es besteht ein signifikanter/statistisch bedeutsamer Unterschied zwischen beiden Gruppen im Verlauf. In der TEK-Gruppe stiegen die emotionalen Kompetenzen an, während in der Kontrollgruppe eine Verringerung zu sehen ist (siehe auch Erläuterungen im Text).

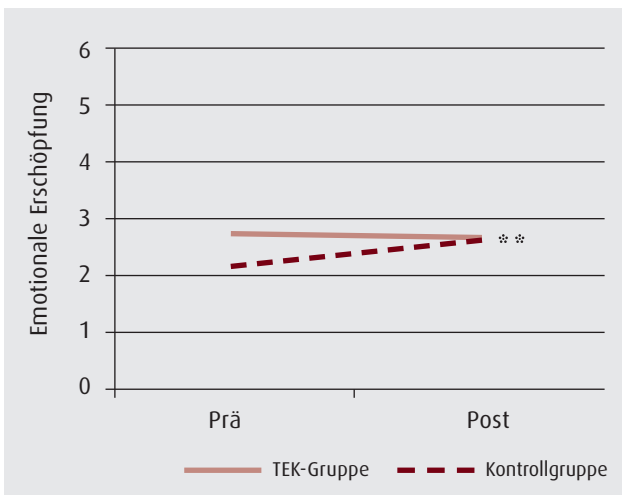


Abbildung 10: Veränderung der emotionalen Erschöpfung bezogen auf die Arbeit, Gruppenvergleich der Auszubildenden zwischen TEK- und Kontrollgruppe im Prä-Post-Vergleich

Anmerkungen. Darstellung der Ergebnisse aus dem Maslach Burnout Inventory – General Survey – Deutsche Version (MBI-GS-D); Mittelwertsvergleich für die Skala Emotionale Erschöpfung; Skalenwerte von 0 (*nie emotionale Erschöpfung*) bis 6 (*täglich emotionale Erschöpfung*). Angegebenes Signifikanzniveau mit ** $p < .01$, das heißt, es besteht ein signifikanter/statistisch bedeutsamer Unterschied zwischen beiden Gruppen im Verlauf. In der TEK-Gruppe gab es keine Veränderung in der emotionalen Erschöpfung, während in der Kontrollgruppe die Erschöpfung anstieg (siehe auch Erläuterungen im Text).

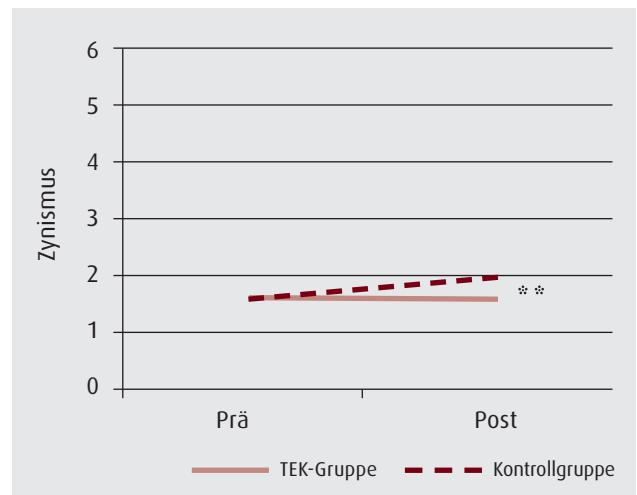


Abbildung 11: Veränderung des Zynismus bezogen auf die Arbeit, Gruppenvergleich der Auszubildenden zwischen TEK- und Kontrollgruppe im Prä-Post-Vergleich

Anmerkungen. Darstellung der Ergebnisse aus dem Maslach Burnout Inventory – General Survey – Deutsche Version (MBI-GS-D); Mittelwertsvergleich für die Skala Zynismus; Skalenwerte von 0 (*nie Zynismus*) bis 6 (*täglich Zynismus*). Angegebenes Signifikanzniveau mit ** $p < .01$, das heißt, es besteht ein signifikanter/statistisch bedeutsamer Unterschied zwischen beiden Gruppen im Verlauf. In der TEK-Gruppe gab es keine Veränderung im Zynismus, in der Kontrollgruppe stieg dieser an (siehe auch Erläuterungen im Text).

Verstehen und den Gesamtwert der Emotionsregulations-Kompetenzen bestätigt werden.

Hypothese III.2 ging von der Annahme aus, dass die TEK-Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe eine signifikante Verbesserung des Burn-out-Merkmals *Emotionale Erschöpfung* berichtet. Im Gruppenvergleich zeigte sich ein mittlerer, statistisch bedeutsamer Effekt. Abbildung 10 zeigt, dass in der Warte-Kontrollgruppe die emotionale Erschöpfung steigt, während diese in der TEK-Gruppe stabil bleibt.

Auch das Burn-out-Merkmal *Zynismus* veränderte sich in der TEK-Gruppe von der Prä- zur Post-Messung nicht, stieg jedoch in der Warte-Kontrollgruppe an (Hypothese III.3; siehe Abbildung 11).

Fragestellung IV – Welche Bedeutung haben Kompetenzen der Emotionsregulation für die Veränderung einzelner Burn-out-Merkmale?

Die Gruppenvergleiche über die Zeit weisen darauf hin, dass in der Interventionsgruppe die emotionale Erschöpfung und der Zynismus nicht ansteigen, in der Warte-Kontrollgruppe hingegen schon. Das könnte auf einen Schutzmechanismus hinweisen, der durch die im TEK vermittelten emotionalen Kompetenzen ausgeübt wird.

Hypothese IV.1 prüfte aus diesem Grund, ob die Erhöhung der emotionalen Kompetenzen in einem Zusammenhang mit der emotionalen Erschöpfung steht. Die durchgeführten Analysen zeigen, dass der Trainingsgewinn im Zulassen eigener problematischer Emotionen (= *Akzeptanz*, $r = -.21^{(*)}$) und im Aushalten der eigenen Emotionen (= *Toleranz*, $r = -.29^{(*)}$) signifikant mit dem Trainingsgewinn bei der emotionalen Erschöpfung korreliert ist. Dies deutet darauf hin, dass die Erhöhung der einzelnen Kompetenzen der Emotionsregulation mit der Reduzierung der emotionalen Erschöpfung einhergeht.

Weiterhin prüfte Hypothese IV.2, ob die Erhöhung der emotionalen Kompetenzen in einem Zusammenhang mit der Reduzierung von Zynismus steht. Die durchgeführten Zusammenhangsanalysen zeigen signifikante Korrelationen zwischen dem Trainingsgewinn bezüglich des Zynismus einerseits und den Trainingsgewinnen bei der Fähigkeit zum Verändern der Emotion (= *Regulation*, $r = -.34^{**}$), beim Aushalten einer eigenen problematischen Emotion (= *Toleranz*, $r = -.35^{**}$) und beim aktiven Auseinandersetzen mit eigenen problemati-

schen Emotionen (= *Konfrontationsbereitschaft*, $r = -.29^{(*)}$) andererseits. Auch der Trainingsgewinn im Gesamtwert der emotionalen Kompetenzen hängt signifikant mit dem Trainingsgewinn bezüglich des Zynismus zusammen ($r = -.28^{(*)}$). Dies deutet darauf hin, dass die Verbesserung in den selbstberichteten Kompetenzen der Emotionsregulation mit einer Reduzierung des Zynismus einhergeht.

3.4 Diskussion der Studie mit Auszubildenden zum Notfallsanitäter – Praktische Implikationen

Das Hauptziel dieser Studie bestand in der Überprüfung der Wirksamkeit des Trainings emotionaler Kompetenzen als primärpräventive Maßnahme für den Ausbildungsberuf des Notfallsanitäters. Die Stärkung dieser individuellen Ressource führte in der Untersuchung gleichzeitig zu einer Reduzierung des Erlebens von Burn-out. Die Studie liefert neue Erkenntnisse zu Zusammenhängen zwischen dem Umgang mit eigenen Emotionen und Burn-out bei einer gesunden Stichprobe in einer Hochrisiko-Berufsgruppe. Insbesondere die aktive Auseinandersetzung mit problematischen Emotionen zeigt sich als effektive Strategie, um frühzeitig Risikozustände zu reduzieren.

In einer ersten Fragestellung wurde untersucht, wie die psychischen Belastungen und Ressourcen, die eigenen emotionalen Kompetenzen, die eigene emotionale Erschöpfung sowie der Zynismus von den Auszubildenden bewertet werden. Bezüglich der psychischen Belastungen ist festzustellen, dass die Auszubildenden nur manchmal Zeitdruck bei der Arbeit empfinden. Dies ist sicherlich auch dem Status eines oder einer Auszubildenden (vor allem im ersten Lehrjahr) geschuldet, der noch von wenigen unterschiedlichen Tätigkeiten und geringerer Verantwortung geprägt ist. Karutz et al. (2013) berichten dagegen bei Rettungspersonal hohe Belastungen durch Dienstzeiten (Schichten), Überstunden oder Zeitdruck, welcher durch ständige Unterbrechungen entsteht.

Bezüglich der emotionalen Belastungen zeigt sich eine hohe Varianz innerhalb der Stichprobe. Die Hälfte der Auszubildenden berichtet von mittleren bis sehr hohen emotionalen Belastungen. Dies unterstreicht die Relevanz eines Trainings zu emotionalen Kompetenzen bereits in der Ausbildung. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen aber auch, dass hohe Ressourcen im Arbeitsalltag vorliegen. Die sozialen Beziehungen im Arbeitskontext werden als gut bis sehr gut eingeschätzt,

was Ergebnissen früherer Untersuchungen mit Beschäftigten im Rettungsdienst (Hering & Beerlage, 2004) entgegensteht. Auch die Arbeitsanforderungen werden von den Auszubildenden im Vergleich zu früheren Studien als weniger belastend eingeschätzt. Im Kapitel 4 wird darauf eingegangen, dass die Verantwortlichen für die Praxisanleitung der Auszubildenden sehr wohl ähnlich hohe quantitative Anforderungen berichten, wie sie in den früheren Studien gefunden wurden. Dies könnte z.B. daran liegen, dass sich Belastungen erst nach Jahren im Beruf zeigen können. Es könnte aber auch sein, dass sich die hohe soziale Unterstützung, die von den Auszubildenden in der vorliegenden Studie berichtet wurde, positiv auf die Wahrnehmung der Arbeitsanforderungen auswirkt. Aus vielen empirischen Studien der letzten Jahrzehnte ist bekannt, dass soziale Unterstützung im Arbeitsleben die Wirkung negativ ausgeprägter Arbeitsanforderungen auf die Gesundheit abpuffern kann (Karasek & Theorell, 1990; Rau & Buyken, 2015).

Die erlebte Kontrolle bzw. vorhandene Spielräume können den Umgang mit hohen Arbeitsanforderungen ebenfalls erleichtern. Dies wird vom Job Demands-Resources-Modell (Bakker & Demerouti, 2007; Bakker, Demerouti & Sanz-Vergele, 2014) vorhergesagt und wurde auch schon im Rettungsdienst gezeigt (Hering et al., 2011). In der hier untersuchten Stichprobe zeigen sich allerdings nur geringe bis mittlere Spielräume, was mit Blick auf den Auszubildendenstatus nicht überrascht. Die Spielräume sollten jedoch mit steigenden Anforderungen ebenfalls erhöht werden, wenn möglich bereits während der Ausbildung. Diese Möglichkeit besteht durchaus: Aus Abbildung 5 (S. 20) geht hervor, dass die hier untersuchte Stichprobe ihren Spielraum teilweise sehr unterschiedlich einschätzte, was sich in den persönlichen Gesprächen mit den Teilnehmenden bestätigte. Die Auszubildenden berichteten darüber hinaus sehr unterschiedliche Ausprägungen von Burn-out: Im Mittel lag eine eher geringe bis durchschnittliche emotionale Erschöpfung vor. 25 Prozent der Teilnehmenden gaben jedoch mittlere bis sehr hohe Werte an (siehe Abbildung 6, S. 20). Das bedeutet, dass die in vergangenen Studien bereits festgestellten Auswirkungen psychosozialer Arbeitsbelastungen (z.B. Hering et al., 2011) auch bei einem Viertel der untersuchten Auszubildenden sichtbar sind. Eine Stärkung personaler Ressourcen, die mit dem Training emotionaler Kompetenzen erreicht werden sollte, kann diese Auswirkungen abpuffern (Buruck et al., 2016; Buruck, Tomaschek & Dörfel, 2017). Die Analyse verschiedener emotionaler Kompetenzen zu Beginn der Untersuchung (Prä-Messung) zeigte einige Defizite in diesen personalen Ressourcen.

Manche dieser Kompetenzen (*Aufmerksamkeit, Bewusstes Wahrnehmen eigener Gefühle, Verstehen von Ursachen für jeweilige eigene Gefühle*) waren bei etwa einem Drittel der Teilnehmenden unterdurchschnittlich ausgeprägt (siehe Tabelle 3, S. 21).

Die zweite Fragestellung prüfte die allgemeine Zufriedenheit der Auszubildenden mit der Maßnahme. Dass Stressmanagement-Trainings geeignet sind, die psychische Gesundheit zu erhöhen, ist gut belegt (Kröll et al., 2017). Die Wirksamkeit der Intervention hängt jedoch unter anderem von der Zufriedenheit mit der Maßnahme ab. Diese war in der vorliegenden Untersuchung sehr hoch. Die Ergebnisse zeigen zugleich, dass auch der Wissenszuwachs, in diesem Falle das Kennenlernen neuer Strategien im Umgang mit den eigenen Emotionen, eine große Rolle spielt. Die weitere Auseinandersetzung mit der Thematik und die Anwendung der neu erworbenen Kompetenzen zur Emotionsregulation in der Praxis wurden von den Auszubildenden als schwierig eingeschätzt. Als mögliche Gründe wurden einerseits die Kommunikation mit den Praxisanleitenden, andererseits auch fehlende Informationen und Akzeptanz des TEK in den Rettungsstellen genannt. Diese Begründungen waren der Ausgangspunkt für das im Kapitel 4 beschriebene Transferprojekt, in dem die Trainingsinhalte für die Praxisanleitenden in kürzerer Form aufbereitet und vermittelt wurden.

Die dritte Fragestellung untersuchte, ob das TEK bei den Auszubildenden eine Erhöhung ihrer emotionalen Kompetenzen erzielt und ob es Veränderungen bei der Selbsteinschätzung der emotionalen Erschöpfung und des Zynismus gibt. Hierzu wurden TEK-Teilnehmende mit Auszubildenden verglichen, die das Training erst zu einem späteren Zeitpunkt durchliefen (Warte-Kontrollgruppe). Die Gruppen wurden vor und nach dem Training verglichen. Bei den Auszubildenden, welche das TEK absolvierten, zeigte sich eine signifikante Erhöhung in den Kompetenzen *Verstehen* und *Toleranz* der eigenen Emotionen sowie der *Selbstunterstützung* in problematischen Situationen.

Das Training wurde von Matthias Berking ursprünglich für Patienten mit psychischen Erkrankungen entwickelt und evaluiert (Berking, 2015). Allerdings kam das TEK bereits 2010 bei Polizeikräften in der Schweiz zum Einsatz und zeigte auch dort seine Wirksamkeit (Berking et al., 2010). Daraufhin wurde die Maßnahme in einer weiteren Hochrisikogruppe – Beschäftigten in der Altenpflege – eingesetzt (Buruck et al., 2016). Es zeigte sich auch hier eine wirksame Verbesserung

für mehrere emotionale Kompetenzen sowie des psychischen Wohlbefindens im Prä-Post-Follow-up-Vergleich nach sechs Monaten.

Umso bemerkenswerter ist es, dass bereits in einer jungen gesunden Stichprobe von Auszubildenden signifikante Effekte für eine wahrgenommene Erhöhung emotionaler Kompetenzen zu finden sind. Sie sind für Auszubildende zum Notfallsanitäter bereits belegt (Wild et al., 2016) und weisen auf die Nützlichkeit dieser Maßnahme hin. Sinnvoll wäre hier allerdings die Möglichkeit von Auffrischkursen im Sinne einer Begleitung im weiteren Verlauf der dreijährigen Ausbildung. Ein Grund für die kleinen signifikanten Effekte könnte sein, dass Auszubildende im ersten Lehrjahr erst wenige Praxis-Erfahrungen haben. Der Einsatz des TEK im Sinne einer Primärprävention wäre in höheren Ausbildungsstufen effektiver.

Weiterhin wurde davon ausgegangen, dass im Vergleich zu den Teilnehmenden in der Kontrollgruppe die TEK-Gruppe eine signifikante Verbesserung der beiden Burn-out-Merkmale *Emotionale Erschöpfung* und *Zynismus* berichtet. Für beide Merkmale zeigten sich mittlere signifikante Effekte, welche auf eine Verringerung der Burn-out-Merkmale in der TEK-Gruppe im Prä-Post-Vergleich hinweisen. Dass durch kognitive und verhaltenstherapeutische Techniken eine starke Evidenz für eine erfolgreiche Reduktion von Burn-out vorliegt, haben Mariné, Ruotsalainen, Serra und Verbeek (2006) in ihrem Review bereits gefunden. Die Kombination solcher Techniken mit Entspannungs- und Achtsamkeitsübungen im TEK bestätigt diese Befunde, wie bereits Regehr et al. (2014) in ihrem Review und der Metaanalyse – vor allem bei medizinischem Personal – belegen. Der flexible Einsatz einer breiten Palette effektiver Strategien der Emotionsregulation im Umgang mit Gefühlen wie Ärger, Angst oder Traurigkeit unterstützt offensichtlich die Auszubildenden im beruflichen Kontext.

Es gilt also, nicht eine spezielle Kompetenz zu beherrschen, sondern nach Situation und Anforderung die passende Kompetenz auszuwählen (siehe Kapitel 4, ausgewählte Fallbeispiele). Insbesondere zynisches Verhalten ist eine erste unbewusste Reaktion auf Überforderung. Diese Form des emotionalen Rückzugs ist im Rettungsdienst sehr häufig zu beobachten und wird durch erfahrene Kolleginnen und Kollegen oft als Strategie an die Auszubildenden weitergegeben.

Da die zukünftigen Notfallsanitäter und -sanitäterinnen vor der Herausforderung stehen, ihre eigenen aber auch die

Emotionen anderer Menschen (Unfallopfer, Beteiligte, Angehörige) zu regulieren, kann durch das TEK ein wirksamer Beitrag geleistet werden. Denn durch die gewählte Form der Emotionsregulation wird unter anderem bestimmt, ob Burn-out-Merkmale auftreten oder nicht (siehe z. B. Ergebnisse zu einer aktuellen Studie bei Buruck et al., 2017). Aus den Ansätzen der Emotionsarbeit wird diese Erkenntnis seit einigen Jahren bereits unterstützt (Nerdinger, 2012). Allerdings werden in diesen Ansätzen lediglich die Strategien *surface acting* (Arbeit an der Darstellung von Gefühlen) und *deep acting* (Arbeit an eigenen Emotionen) untersucht (Hülshager, Lang & Maier, 2010).

In der letzten Fragestellung wurde davon ausgegangen, dass durch die Verbesserung der emotionalen Kompetenzen die ausgewählten Burn-out-Merkmale reduziert werden können. Es zeigten sich signifikante Zusammenhänge der Trainingsgewinne bei den Kompetenzen *Akzeptanz* und *Toleranz* mit *emotionaler Erschöpfung*. Das bedeutet, dass die Erhöhung dieser Kompetenzen in einem Zusammenhang mit der Reduzierung der emotionalen Erschöpfung steht. Aufgrund des Studiendesigns können Ursache und Wirkung in diesem Zusammenhang jedoch nicht bestimmt werden.

Berking (2015) weist in seinem Modell der adaptiven Emotionsregulation darauf hin, dass beiden Kompetenzen eine entscheidende Rolle zukommt. Die Vermeidung problematischer Gefühle wird in diesem Ansatz mit einem höheren Energieaufwand verglichen nach dem Prinzip „Druck erzeugt Gegendruck“. Eine Veränderung einer Emotion ist in vielen Fällen nicht direkt möglich und bedroht oft das individuelle Kontrollerleben. Um die erlebte Kontrolle wieder zu erlangen, greifen viele Menschen auf Strategien wie die Unterdrückung der eigenen Emotion zurück. Langfristig zeigen sich jedoch für solche Strategien gesundheitliche Beeinträchtigungen (Berking et al., 2014; Webb, Miles & Sheeran, 2012).

Zusätzlich verringert sich die Fähigkeit, aversive affektive Zustände zuzulassen oder auszuhalten, und damit erhöht sich das Risiko, immer nur auf wenige, scheinbar erfolgreiche Strategien zuzugreifen. Da bei Personen mit Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) ein Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Störung und Emotionsakzeptanz nachgewiesen ist (Ehring & Quack, 2010; Weiss, Tull, Davis, Dehon, Fulton & Gratz, 2012), kann implizit auch von Primärprävention für PTBS ausgegangen werden: Durch das Training werden die emotionalen Kompetenzen gesteigert, was auch die Emotionsakzeptanz einschließt. Akzeptanzba-

sierte Programme kommen im klinischen Kontext bereits für mehrere Erkrankungen erfolgreich zum Einsatz. Zielgruppenspezifische Programme in der Primärprävention konnten nicht recherchiert werden (für achtsamkeitsbasierte Interventionen in der Primärprävention in verschiedenen Berufsgruppen siehe Hülshager, Alberts, Feinholdt & Lang, 2013; Hülshager, Feinholdt & Nübold, 2015). Hier leistet die Studie einen wichtigen Beitrag.

Die Reduktion des Zynismus zeigt zusätzlich noch signifikante Zusammenhänge mit den Trainingsgewinnen in den emotionalen Kompetenzen *Konfrontationsbereitschaft* und *Regulation*. Im Rettungsdienst kommt Zynismus, wie auch in anderen helfenden Berufen, eine besondere Bedeutung zu, denn es ist eine häufig angewandte Bewältigungsstrategie. Die Arbeit, die man einmal mit positiven Erwartungen begonnen hatte, wird zunehmend zur Quelle von Frust. Typische Folgen sind innere Distanzierung und der Verlust der Wertschätzung für sich, Kollegschaft, Klientel oder Kundenschaft.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass es sinnvoll ist, die Vermittlung personaler Ressourcen in Form von emotionalen Kompetenzen bereits in der Ausbildung des Rettungsdienstes fest zu verankern. Aber auch andere Berufe der Humandienstleistung wie Berufe in der Altenpflege, in der Heilerziehungspflege oder Erzieherinnen und Erzieher können aufgrund ähnlicher beruflicher Anforderungen vom TEK profitieren.

Mit der Einführung der Ausbildung zum Notfallsanitäter, welche im Notfallsanitätergesetz (NotSanG, 2013) geregelt ist, haben sich die Anforderungen an die Praxisanleitung in den Rettungsstellen verändert. Aus diesem Grund ist es wichtig, die Lücke zwischen der theoretischen Ausbildung und den Inhalten des Trainings emotionaler Kompetenzen gegenüber der praktischen Anwendung der Kompetenzen im Arbeitsalltag zu schließen.

4 Transferstudie – Einbindung der Praxisanleiter und Praxisanleiterinnen im Rettungsdienst

Nach dem NotSanG (2013) wird für Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter, welche die praktische Ausbildung an den Lehrrettungswachen übernehmen, eine berufspädagogische Zusatzqualifikation gefordert. Eine der neuen Aufgaben, die mit dem Gesetz entstanden, ist die enge Zusammenarbeit mit der Berufsschule. Die Auswertung der Feedbackbögen der im Kapitel 3 berichteten Studie und der gesetzliche Hintergrund führten dazu, dass die Praxisanleitenden in den Transfer des Trainings emotionaler Kompetenzen eingebunden werden mussten. Obwohl bereits während der Durchführung des Trainings für die Auszubildenden auch Informationsveranstaltungen für die Praxisanleitenden und Leitungen der Rettungswachen durchgeführt wurden, äußerten Auszubildende und Praxisanleitende den Wunsch, dass der Transfer der Maßnahme systematischer angeboten wird.

Ziel dieser Transferstudie war zum einen ein Vergleich zwischen Auszubildenden und Praxisanleitenden im Rettungs-

dienst. Verglichen werden sollten ihre emotionalen Kompetenzen, ihr psychisches Wohlbefinden und Beeinträchtigungen sowie die psychosozialen Arbeitsanforderungen und Ressourcen. Zum anderen erarbeiteten die Praxisanleitenden in einem durch eine TEK-Trainerin moderierten Workshop relevante Fallbeispiele, welche mit emotionalen Kompetenzen verbunden wurden. Somit soll ein Beitrag zur mittelfristigen Sicherung der Trainingsinhalte in die Praxis gesichert werden.

Der eintägige Workshop „Soziale Kompetenz im Rettungsdienst“ wurde im Zeitraum von März 2017 bis Oktober 2017 in der Bildungswerk Sachsen gGmbH des Deutschen Roten Kreuzes viermal im Rahmen der betrieblichen Weiterbildung durchgeführt.

Die Inhalte sind in Tabelle 4 beschrieben. Insgesamt nahmen an den vier Workshopterminen 38 Personen teil.

Tabelle 4: Beschreibung Workshop „Soziale Kompetenz im Rettungsdienst“

Thema	Ziel	Inhalte
Vorstellung TEK für Auszubildende zum Notfallsanitäter	Information zum Projekt, um geübte Inhalte in der Praxis anwenden zu können	Leistungserwartungen der Praxisanleitenden an die eigene Person und an die Auszubildenden thematisieren TEK-Inhalte und Kompetenzen vorstellen Projektverlauf und Ergebnisse zur Zufriedenheit der Auszubildenden vorstellen
Erarbeitung von Fallbeispielen	Erstellen von Themenkarten zur sozialen Interaktion mit Auszubildenden in Notfalleinsätzen	Personengruppen aus Notfällen auswählen Zweierteams bilden (Situation, Problem, mögliche Lösung) Akzeptanz von fehlender Lösung
Vorstellen und Üben von zwei Kompetenzen aus dem TEK	Kennenlernen von alternativen Regulationsstrategien im Umgang mit problematischen Emotionen	Bewertungsfreie Wahrnehmung (Genussübung, Benennen von Gefühlen) Selbstunterstützung (Selbstfürsorge)

Im Workshop wurden unter anderem Fallbeispiele erarbeitet. Einige von ihnen sind in Tabelle 5 aufgeführt. Auf Grundlage der Fallbeispiele werden Themenkarten erstellt (siehe Kapitel 5), die im Sinne des Transfers den Auszubildenden und Praxisanleitenden im Rettungsdienst des Deutschen Roten Kreuzes zur Verfügung gestellt werden sollen.

Sie dienen:

- 1) der gemeinsamen Übung emotionaler Kompetenzen im Notfalleinsatz,
- 2) dem gegenseitigen Austausch und der wechselseitigen Unterstützung der beiden Personengruppen und
- 3) der lernpraktischen Verknüpfung von Notfallsituationen mit dem geeigneten Einsatz emotionaler Kompetenzen.

Tabelle 5: Ausgewählte Fallbeispiele aus den Praxisanleitenden-Workshops (Arbeitsbereich Notfall)

Personengruppe, mit der interagiert wird	1 ↓ Besondere Patientengruppen (Ältere)	2 ↓ Besondere Patientengruppen (Behinderte Menschen)	3 ↓ Notfall-Beteiligte (Ärzte)	4 ↓ Notfall-Beteiligte (Angehörige)
Situation	90-jährige, demente Frau ohne Hörgerät	Vergewaltigung im Behindertenwohnheim	Katheter-Wechsel bei Übergabe im Krankenhaus	Reanimation eines Mannes mit Todesfolge Ehefrau vor Ort: hysterisch, apathisch, abweisend
Problem	Kommunikationsschwierigkeiten Frage nach Alternativen	unübersichtliche Situation Auszubildender wird nicht beachtet	Krankenhauspersonal reagiert genervt und unhöflich Arzt versteht Anliegen des Rettungsdienstes nicht Patient wird ignoriert	Rettungsdienst möchte Situation unter Kontrolle bekommen, Drang zur Hilfestellung Zwiespalt zwischen privater und dienstlicher Bewertung
Emotion(en)	Ungeduld Unsicherheit, Hilflosigkeit Gereiztheit, Angst	Machtlosigkeit Überforderung	Ärger	Ratlosigkeit
Empfohlene emotionale Kompetenz	↓ Bewertungsfreie Wahrnehmung (3. Kompetenz)	↓ Analyse/Regulation (6. und 7. Kompetenz)	↓ Akzeptanz/Toleranz (4. Kompetenz)	↓ Selbstunterstützung (5. Kompetenz)

Weiterhin untersuchte das Transferprojekt im Gruppenvergleich (Auszubildende vs. Praxisanleitende im Rettungsdienst), inwieweit Unterschiede hinsichtlich der selbst eingeschätzten Kompetenzen der Emotionsregulation, dem allgemeinen psychischen Wohlbefinden, bei Burn-out-Merkmalen und hinsichtlich psychosozialer Arbeitsanforderungen und Ressourcen bestehen (siehe Abbildungen 12 bis 15). Von insgesamt 145 Personen konnten 137 komplette Datensätze ausgewertet werden (87 Auszubildende, davon 59 männlich, sowie 50 Praxisanleitende, davon 41 männlich). Diese Daten stammen aus der Evaluationsstudie zum TEK bei Notfallsanitätern und Notfallsanitäterinnen in Ausbildung (siehe 3. Kapitel) sowie den Workshops und einer Online-Befragung mit Praxisanleitenden. Das Durchschnittsalter der Auszubildenden betrug 21,3 Jahre, das der Praxisanleitenden 40,7 Jahre.

Im Gruppenvergleich zeigt sich, dass in fast allen getesteten Merkmalen signifikante Unterschiede bestehen. Eine Ausnahme stellt das Erleben quantitativer Anforderungen (Zeitdruck) dar, wie in Abbildung 15 (S. 31) zu sehen ist. Insgesamt schätzen die Auszubildenden alle erhobenen Kompetenzen der Emotionsregulation und ihr psychisches Wohlbefinden niedriger ein als die Praxisanleitenden (siehe Abbildungen 12 und 14). Dies entspricht den gängigen Forschungsbefunden.

Demnach verfügen ältere Menschen über bessere emotionale Regulationsstrategien, geringere Stresswerte und in der Folge über ein höheres Wohlbefinden (Doerwald, Scheibe, Zacher & Van Yperen, 2016). Offensichtlich haben Menschen im reiferen Lebensalter durch Erfahrungswissen die Möglichkeit, ihre Bewältigungsstrategien im Umgang mit problematischen Emotionen zu verbessern. Emotionale Kompetenzen stellen nur eine Komponente des Wohlbefindens bei Beschäftigten dar, spielen jedoch als personale Ressource eine wichtige Rolle.

Im Gruppenvergleich zeigen Praxisanleitende signifikant höhere Ausprägungen von emotionaler Erschöpfung und Zynismus als Auszubildende (siehe Abbildung 13). Dies steht den gängigen Befunden entgegen, wonach die meisten Studien in Pflegeberufen von höheren Burn-out-Werten bei jüngeren Beschäftigten ausgehen. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte das Geschlecht der Befragten liefern: Bisher vorliegende Studien (Buruck et al., 2016; Johnson, Machowski, Holdsworth, Kern & Zapf, 2017) betrachten überwiegend weibliche Stichproben. Dies ist der Tatsache geschuldet, dass helfende Berufe bzw. die Dienstleistungsbranche eher weiblich dominierte Berufsfelder sind. An der hier berichteten Transferstudie nahmen hingegen mehr Männer als Frauen teil.

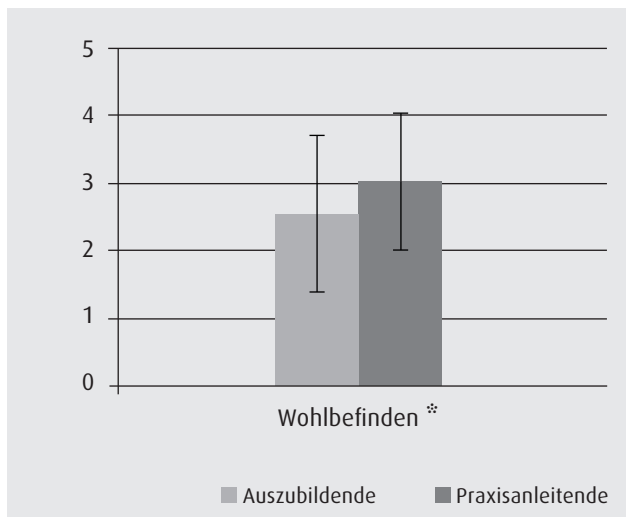


Abbildung 12: Ausprägung des Wohlbefindens bei den Teilnehmenden, Gruppenvergleich zwischen Auszubildenden und Praxisanleitenden

Anmerkungen. Darstellung der Ergebnisse aus dem WHO-5-Wohlbefindens-Index, Version II (WHO-5); Skalenwerte von 0 (zu keinem Zeitpunkt) bis 5 (die ganze Zeit). Die vertikalen Linien stellen die durchschnittliche Abweichung der Werte vom Mittelwert dar (Streubreite oder Standardabweichung). Angegebenes Signifikanzniveau mit * $p < .05$, das heißt, es besteht ein signifikanter/statistisch bedeutsamer Unterschied zwischen beiden Gruppen.

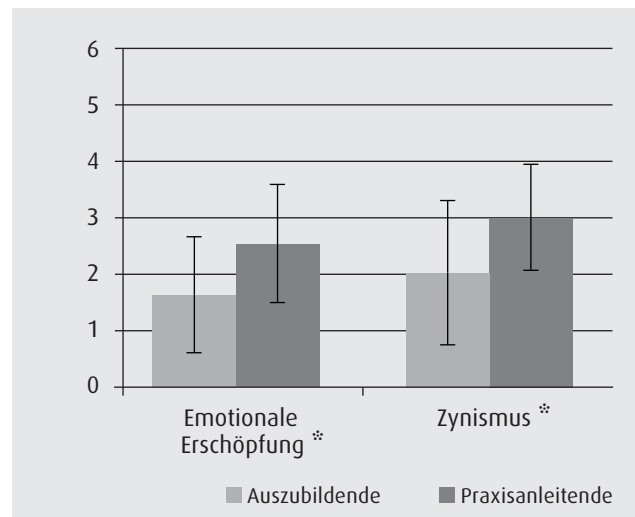


Abbildung 13: Ausprägung der Burn-out-Merkmale bei den Teilnehmenden, Gruppenvergleich zwischen Auszubildenden und Praxisanleitenden

Anmerkungen. Darstellung der Ergebnisse aus dem Maslach Burnout Inventory – General Survey – Deutsche Version (MBI-GS-D); Werte für die Skalen Emotionale Erschöpfung und Zynismus; Skalenwerte von 0 (nie) bis 6 (täglich). Die vertikalen Linien stellen die durchschnittliche Abweichung der Werte vom Mittelwert dar (Streubreite oder Standardabweichung). Angegebenes Signifikanzniveau mit * $p < .05$, das heißt, es bestehen signifikante/statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen beiden Gruppen.

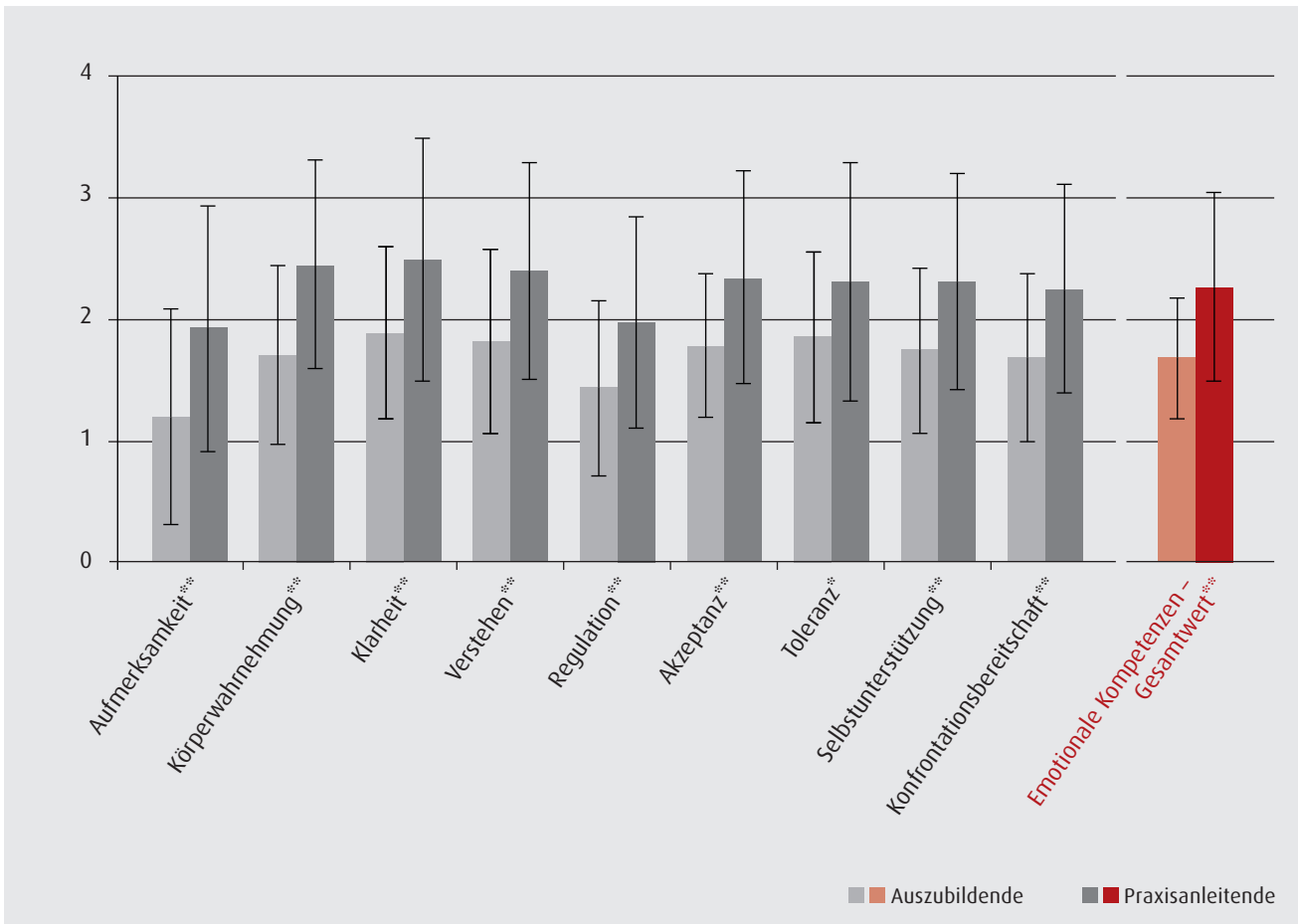


Abbildung 14: Ausprägung der Emotionsregulationskompetenzen bei den Teilnehmenden, Gruppenvergleich zwischen Auszubildenden und Praxisanleitenden

Anmerkungen. Darstellung der Ergebnisse aus dem Fragebogen zur Selbsteinschätzung Emotionaler Kompetenzen (SEK-27); Mittelwerte für die Subskalen und den Gesamtwert; Werte von 0 (*überhaupt nicht*) bis 4 (*fast immer*). Die vertikalen Linien stellen die durchschnittliche Abweichung der Werte vom Mittelwert dar (Streuung oder Standardabweichung). Angegebene Signifikanzniveaus mit * $p < .05$, ** $p < .01$, das heißt, es bestehen signifikante/statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen beiden Gruppen.

Altersbezogene Untersuchungen in Berufen der Humandienstleistung mit vielen Interaktionskontakten liegen bisher nur wenige vor. Gerade das Alter sollte in zukünftigen Untersuchungen jedoch stärker Berücksichtigung finden. Ramos, Jenny und Bauer (2016) fanden zudem, dass neben dem Alter auch zusätzliche Faktoren wie die Beschäftigungsdauer im

Unternehmen Einfluss auf die Ergebnisse haben, was die gefundenen Unterschiede ebenfalls erklären könnte. Weiterhin sind hohe interindividuelle Unterschiede bei den Auszubildenden zu beachten (siehe Kapitel 3.3), die darauf hinweisen, dass einige wenige Personen sehr hohe emotionale Erschöpfung berichteten.

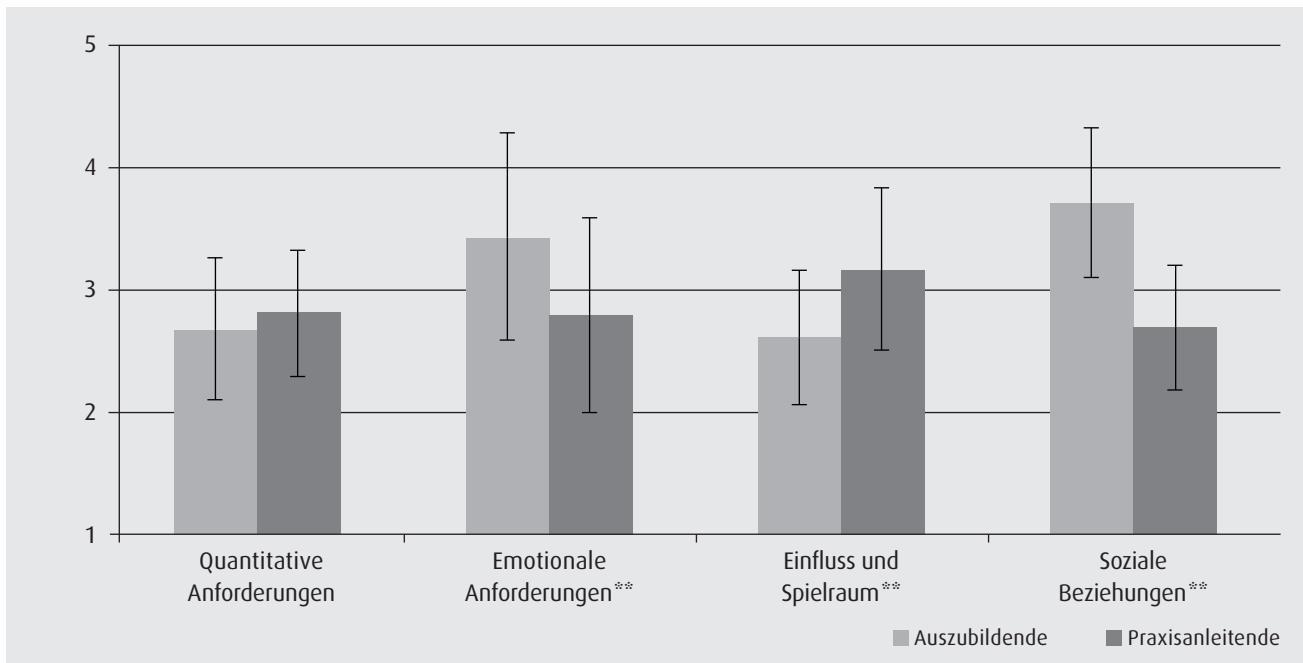


Abbildung 15: Ausprägung der psychosozialen Arbeitsmerkmale bei den Teilnehmenden, Gruppenvergleich zwischen Auszubildenden und Praxisanleitenden

Anmerkungen. Darstellung der Ergebnisse aus dem Kopenhagen Psychosozialen Fragebogen (COPSOQ); Werte für die Skalen Quantitative und Emotionale Anforderungen und Ressourcen (Einfluss und Spielraum und soziale Beziehungen); Skalenwerte von 1 (*nie/fast nie*) bis 5 (*immer*). Die vertikalen Linien stellen die durchschnittliche Abweichung der Werte vom Mittelwert dar (Streuung oder Standardabweichung). Angegebenes Signifikanzniveau mit ** $p < .01$, das heißt, es bestehen signifikante/statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen beiden Gruppen.

Für folgende drei der vier betrachteten psychosozialen Arbeitsmerkmale zeigen sich im Gruppenvergleich statistisch bedeutsame Unterschiede (siehe Abbildung 15):

- 1) Auszubildende berichten über höhere emotionale Anforderungen als Praxisanleitende. Wie Scheibe, Stamov-Roßnagel und Zacher (2015) postulierten, empfinden ältere Menschen bei hohen emotionalen Belastungen weniger negative Emotionen als jüngere, da sie aufgrund ihrer Erfahrungen mit emotionalen Situationen gelernt haben, diese besser zu regulieren.
- 2) Auszubildende berichten über weniger Einfluss und Spielräume bei der Arbeit. Dieser Umstand ist der Tatsache geschuldet, dass zum Erhebungszeitpunkt die Auszubildenden im ersten Lehrjahr waren, in dem sie nur einfache, ausführende Tätigkeiten im Wachalltag und im Notfalleinsatz durchführen dürfen. Entsprechend dem Berufsbildungsgesetz sind eigenständigere Tätigkeiten erst mit fortschreitender theoretischer und praktischer Erfahrung vorgesehen. An dieser Stelle bildet sich jedoch der indirekte Wunsch der Auszubildenden nach mehr Einflussnahme und Spielräumen ab.
- 3) Die Auszubildenden berichten über bessere soziale Beziehungen. Interessant sind an dieser Stelle weitere Untersuchungen zu Wechselwirkungen von Alter und psychosozialen Arbeitsmerkmalen. Ramos et al. (2016) kamen dabei zu dem Ergebnis, dass nicht nur das Alter allein die Beziehung zwischen Arbeitsmerkmalen und Burn-out beeinflusst, sondern vielmehr die Wechselwirkung zwischen Alter und der Beschäftigungsdauer. So wiesen z. B. Arbeitskräfte mit langer Beschäftigungsdauer, unabhängig vom Alter, höhere Burn-out-Werte auf, wenn die Arbeitsanforderungen hoch waren. Hinsichtlich der Ressource *Soziale Beziehungen* stellten Ramos et al. (2016) fest, dass sich fehlende oder kritische soziale Beziehungen am Arbeitsplatz emotional belastend auswirken und zu einem geringeren Arbeitsengagement führen. Das könnte ein Erklärungsansatz für die niedrigere Ausprägung der sozialen Beziehungen bei den Praxisanleitenden sein.

Insgesamt weisen die Unterschiede zwischen den Gruppen darauf hin, dass das Alter und der Berufsstatus (Auszubildende vs. Praxisanleitende) die Emotionsregulation, das Burn-out-Erleben, das Wohlbefinden und verschiedene psychosoziale Arbeitsmerkmale beeinflussen.

5 Fazit und Ausblick

Innerhalb der Initiative Gesundheit und Arbeit wurden bisher der psychischen Arbeitsbelastung und ihren Auswirkungen mehre iga.Reporte gewidmet (iga.Reporte 31-33: Rau, 2015; Paridon, 2016; Scheibner, Hapkemeyer & Banko, 2016). Diese legten den Schwerpunkt auf Gefährdungspotenziale oder psychische Fehlbelastung im Arbeitskontext oder thematisierten das Phänomen der inneren Kündigung. Der vorliegende iga.Report ergänzt diese bedingungsbezogenen Ansätze um den personenbezogenen Ansatz der Emotionsregulation. Der guten externen Validität einer solchen Maßnahme steht gegenüber, dass ihre Wirkung auf das gesamte Berufsfeld kritisch zu betrachten ist. Denn wenn bestimmte Arbeitsbedingungen, welche mit gesundheitlichen Risiken einhergehen, nicht beseitigt werden, ist die langfristige Wirksamkeit einer Stressmanagement-Maßnahme nur auf einen kleinen Personenkreis begrenzt.

Da sich das TEK bereits bei Polizeikräften, Lehrkräften und Beschäftigten in der Altenpflege bewährt hat, empfiehlt sich ein Transfer in die Fort- und Weiterbildung weiterer Berufe der Humandienstleistung (z. B. weitere Gesundheitsberufe). Darüber hinaus ist eine Integration in weitere Berufsausbildungen (wie z. B. in der Physiotherapie, in der Heilerziehungspflege oder für Erzieherinnen und Erzieher) denkbar, da sich das TEK im Rahmen der Ausbildung zum Notfallsanitäter als wirksam erwiesen hat. An dieser Stelle sind die Träger der Aus- und Fortbildung bei den Wohlfahrtsverbänden gefragt.

Um die Verzahnung der Zielgruppen (Auszubildende und Praxisanleitende) langfristig und systematisch zu gewährleisten, sind weitere Kooperationsprojekte geplant, die auf den dargestellten Ergebnissen basieren. Den Praxisanleitenden kommt dabei die Rolle einer Peer-to-Peer-Begleitung zu – also eines gemeinsamen Lernens „auf Augenhöhe“. In dem aufzubauenden Multiplikatorennetzwerk sollen die Praxisanleitenden außerdem fundierte Kenntnisse zum Training emotionaler Kompetenzen und zu den Zusammenhängen von psychosozialen Arbeitsmerkmalen, emotionalen Kompetenzen und Gesundheit erhalten, um langfristig in der beruflichen Praxis emotionale Kompetenzen als personale Ressource stärken und erhalten zu können. Zudem werden anhand erarbeiteter Fallbeispiele Themenkarten erstellt, die

die Kommunikation zwischen Auszubildenden und Praxisanleitenden und die Anwendung des Gelernten unterstützen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die von den Auszubildenden zum Notfallsanitäter berichteten Belastungen sowie die bereits vorliegenden Kompetenzen im Umgang mit emotionalen Arbeitsanforderungen die Notwendigkeit deutlich machen, die im TEK vermittelten Inhalte in die Ausbildungscurricula zu integrieren. Durch die feste Einbindung des TEK in das Lernfeld 1 (Berufliches Selbstverständnis) der Berufsausbildung zum Notfallsanitäter bzw. zur Notfallsanitäterin in Sachsen ist die Akzeptanz eines Trainings emotionaler Kompetenzen sowie die Zufriedenheit mit dem hier eingesetzten Training hoch.

Die langfristige Wirksamkeit der Maßnahme soll in den nächsten Jahren durch drei Schritte unterstützt werden:

1. Aufbau eines Multiplikatoren-Netzwerkes – Training emotionaler Kompetenzen zur langfristigen Sicherung in der theoretischen Ausbildung zum Notfallsanitäter
2. Gestaltung eines gemeinsamen Moduls mit Praxisanleitenden in der Theorieausbildung zum Notfallsanitäter
3. Überprüfung der Wirksamkeit des TEK über den gesamten Ausbildungszeitraum und in den ersten Berufsjahren der Notfallsanitäter und -sanitäterinnen im Rettungsdienst.

Die vorliegende Untersuchung konnte zeigen, dass nicht nur die emotionalen Kompetenzen signifikant erhöht werden, sondern auch ein Ansteigen von emotionaler Erschöpfung und Zynismus verhindert wird. Somit kann festgestellt werden, dass eine feste Verankerung der Vermittlung individueller Ressourcen in Form von emotionalen Kompetenzen bereits in der Ausbildung des Rettungsdienstes sinnvoll ist. Aber auch andere Berufe der Humandienstleistung wie Erzieherinnen und Erzieher oder in der Alten- oder Heilerziehungspflege können aufgrund ähnlicher Anforderungen von dieser Maßnahme profitieren.

Danksagung

Wir danken ganz herzlich Anne Kübart, Magdalena Sattig und Denise Doan für die Unterstützung bei der Durchführung des Trainings, der Datenerhebung sowie bei der Datenaufbereitung und -auswertung im Rahmen ihrer studentischen Abschlussarbeiten. Unser Dank gilt ebenfalls besonders dem Deutschen Roten Kreuz, Landesrettungsschule Sachsen, Bildungswerk Sachsen gGmbH, Herrn Kircheis sowie den Auszubildenden und Praxisanleiterinnen und Praxisanleitern des Rettungsdienstes in Sachsen.

6 Literaturverzeichnis

- Aldao, A., Sheppes, G. & Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation Flexibility. *Cognitive Therapy and Research*, 39(3), 263–278. doi:10.1007/s10608-014-9662-4
- Ângelo, R. P. & Chambel, M. J. (2014). The role of proactive coping in the Job Demands-Resources Model: A cross-section study with firefighters. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 23(2), 203–216. doi:10.1080/1359432x.2012.728701
- Ângelo, R. P. & Chambel, M. J. (2015). The Reciprocal Relationship Between Work Characteristics and Employee Burnout and Engagement: A Longitudinal Study of Firefighters. *Stress and Health*, 31(2), 106–114. doi:10.1002/smi.2532
- Bakker, A. B. & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328. doi:10.1108/02683940710733115
- Bakker, A. B., Demerouti, E. & Sanz-Vergel, A. I. (2014). Burnout and Work Engagement: The JD-R Approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1(1), 389–411. doi:10.1146/annurev-orgpsych-031413-091235
- Bech, P., Olsen, L. R., Kjoller, M. & Rasmussen, N. K. (2003). Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: a comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO-Five well-being scale. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(2), 85–91. doi:10.1002/mpr.145
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Bengel, J. & Heinrichs, M. (2004). Psychische Belastungen des Rettungspersonals. In J. Bengel (Hrsg.), *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst* (S. 25–43). Berlin: Springer.
- Bennett, P., Williams, Y., Page, N., Hood, K. & Woollard, M. (2004). Levels of mental health problems among UK emergency ambulance workers. *Emergency Medicine Journal*, 21(2), 235–236. doi:10.1136/emj.2003.005645
- Bentley, M. A., Mac Crawford, J., Wilkins, J. R., Fernandez, A. R. & Studnek, J. R. (2013). An Assessment of Depression, Anxiety, and Stress among Nationally Certified Ems Professionals. *Pre-hospital Emergency Care*, 17(3), 330–338. doi:10.3109/10903127.2012.761307
- Berking, M. (2015). *Training emotionaler Kompetenzen*. (3. Aufl.). Berlin: Springer.
- Berking, M., Ebert, D., Cuijpers, P. & Hofmann, S. G. (2013). Emotion regulation skills training enhances the efficacy of inpatient cognitive behavioral therapy for major depressive disorder: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(4), 234–245. doi:10.1159/000348448
- Berking, M., Meier, C. & Wupperman, P. (2010). Enhancing emotion-regulation skills in police officers: results of a pilot controlled study. *Behaviour Therapy*, 41(3), 329–339. doi:10.1016/j.beth.2009.08.001
- Berking, M. & Schwarz, J. (2014). Affect Regulation Training. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (Vol. 2, pp. 529–547). New York: Guilford Press.
- Berking, M., Wirtz, C. M., Svaldi, J. & Hofmann, S. G. (2014). Emotion regulation predicts symptoms of depression over five years. *Behaviour Research and Therapy*, 57, 13–20. doi:10.1016/j.brat.2014.03.003
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A. & Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46(11), 1230–1237. doi:10.1016/j.brat.2008.08.005
- Berking, M. & Znoj, H. (2008). Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur standardisierten Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEK-27). *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56(2), 141–153. doi:10.1024/1661-4747.56.2.141
- Böhle, F. (2011). Interaktionsarbeit als wichtige Arbeitstätigkeit im Dienstleistungssektor. *WSI Mitteilungen*, 9, 456–461.

- Brähler, E., Mühlan, H., Albani, C. & Schmidt, S. (2007). Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Versionen des EUROHIS-QOL Lebensqualität-Index und des WHO-5 Wohlbefindens-Index. *Diagnostica*, 53(2), 83–96. doi:10.1026/0012-1924.53.2.83
- Buruck, G., Dörfel, D., Kugler, J. & Brom, S. S. (2016). Enhancing well-being at work: The role of emotion regulation skills as personal resources. *Journal of Occupational Health Psychology*, 21(4), 480–493. doi:10.1037/ocp0000023
- Buruck, G. & Tomaschek, A. (2018). Konstruktiver Umgang mit Emotionen und Verringerung von Burnout – Beispiel einer erfolgreichen Intervention in einer Hochrisikoberufungsgruppe. *Wirtschaftspsychologie*, 20(1), 90–99.
- Buruck, G., Tomaschek, A. & Dörfel, D. (2017, September). *Kompetenzen der Emotionsregulierung als Ressource bei der Bewältigung von psychischen Arbeitsanforderungen und ihre Folgen für psychische Beeinträchtigungen*. Paper presented at the 10. Tagung der Fachgruppe Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie der DGPs. Dresden.
- Büssing, A. & Glaser, J. (1998). *Managerial Stress und Burnout. A Collaborative International Study (CISMS); die deutsche Untersuchung*. (Bericht Nr. 44 aus dem Lehrstuhl für Psychologie). München: TU, Lehrstuhl für Psychologie.
- Clohessy, S. & Ehlers, A. (1999). PTSD symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance service workers. *British Journal of Clinical Psychology*, 38 (Pt 3), 251–265.
- Doerwald, F., Scheibe, S., Zacher, H. & Van Yperen, N. W. (2016). Emotional Competencies Across Adulthood: State of Knowledge and Implications for the Work Context. *Work, Aging and Retirement*, 2(2), 159–216. doi:10.1093/workar/waw013
- Eckert, M., Ebert, D. & Sieland, B. (2013). Wie gehen Lehrkräfte mit Belastungen um? Belastungsregulation als Aufgabe und Ziel für Lehrkräfte und Schüler. In M. Rothland (Hrsg.), *Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf*. 2. Auflage. (S. 191–211). Wiesbaden: Springer.
- Ehring, T. & Quack, D. (2010). Emotion Regulation Difficulties in Trauma Survivors: The Role of Trauma Type and PTSD Symptom Severity. *Behavior Therapy*, 41(4), 587–598.
- Fjeldheim, C. B., Nöthling, J., Pretorius, K., Basson, M., Ganasen, K., Heneke, R., . . . Seedat, S. (2014). Trauma exposure, posttraumatic stress disorder and the effect of explanatory variables in paramedic trainees. *BMC Emergency Medicine*, 14(1). doi:10.1186/1471-227X-14-11
- Gilhooly, K. J., Gilhooly, M. L., Sullivan, M. P., McIntyre, A., Wilson, L., Harding, E., . . . Crutch, S. (2016). A meta-review of stress, coping and interventions in dementia and dementia caregiving. *BMC Geriatrics*, 16(1). doi:10.1186/s12877-016-0280-8
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11(1), 3–16. doi:10.1002/Cpp.388
- Hacker, W. (2016). Vernetzte künstliche Intelligenz/Internet der Dinge am regulierten Arbeitsmarkt: Psychische Arbeitsanforderungen. *Psychologie des Alltagshandelns*, 9(2), 4–21.
- Hering, T. & Beerlage, I. (2004). Arbeitsbedingungen, Belastungen und Burnout im Rettungsdienst. *Notfall & Rettungsmedizin*, 7(6), 415–424.
- Hering, T., Beerlage, I. & Kleiber, D. (2011). Arbeitsanforderungen und Ressourcen im Rettungsdienst. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 19(4), 159–172. doi:10.1026/0943-8149a000051
- Hobfoll, S. E., Johnson, R. J., Ennis, N. & Jackson, A. P. (2003). Resource loss, resource gain, and emotional outcomes among inner city women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(3), 632–643. doi:10.1037/0022-3514.84.3.632
- Hülshager, U. R., Alberts, H. J. E. M., Feinholdt, A. & Lang, J. W. B. (2013). Benefits of Mindfulness at Work: The Role of Mindfulness in Emotion Regulation, Emotional Exhaustion, and Job Satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 98(2), 310–325. doi:10.1037/a0031313
- Hülshager, U. R., Feinholdt, A. & Nübold, A. (2015). A low-dose mindfulness intervention and recovery from work: Effects on psychological detachment, sleep quality, and sleep duration. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 88(3), 464–489. doi:10.1111/joop.12115

- Hülshager, U. R., Lang, J. W. B. & Maier, G. W. (2010). Emotional Labor, Strain, and Performance: Testing Reciprocal Relationships in a Longitudinal Panel Study. *Journal of Occupational Health Psychology, 15*(4), 505–521. doi:10.1037/a0021003
- Johnson, S. J., Machowski, S., Holdsworth, L., Kern, M. & Zapf, D. (2017). Age, emotion regulation strategies, burnout, and engagement in the service sector: Advantages of older workers. *Journal of Work and Organizational Psychology, 33*(3), 205–216.
- Karasek, R. A. & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.
- Karutz, H., Overhagen, M. & Stum, J. (2013). Psychische Belastungen im Wachalltag von Rettungsdienstmitarbeitern und Feuerwehrleuten. *Prävention und Gesundheitsförderung, 8*(3), 204–211. doi:10.1007/s11553-012-0373-y
- Kirkpatrick, D. L. (1998). *Evaluating training programs*. San Francisco: Berrett-Koehler.
- Kivimäki, M., Nyberg, S. T., Batty, G. D., Fransson, E. I., Heikkilä, K., Alfredsson, L., ... Theorell, T. for the IPD-Work Consortium (2012). Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *Lancet, 380*(9852), 1491–1497. doi:10.1016/S0140-6736(12)60994-5
- Kristensen, T. S., Hannerz, H., Høgh, A. & Borg, V. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire – a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health, 31*(6), 438–449.
- Kröll, C., Doebler, P. & Nüesch, S. (2017). Meta-analytic evidence of the effectiveness of stress management at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 26*(5), 677–693.
- Lang, J., Ochsmann, E., Kraus, T. & Lang, J. W. B. (2012). Psychosocial work stressors as antecedents of musculoskeletal problems: A systematic review and meta-analysis of stability-adjusted longitudinal studies. *Social science & medicine, 75*(7), 1163–1174. doi:10.1016/j.socscimed.2012.04.015
- Linehan, M. M. (1993). Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse. *NIDA Research Monograph, 137*, 201–216.
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Gräfe, K., Kroenke, K., Quenter, A., Zipfel, S. ... Herzog, W. (2004). Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. *Journal of Affective Disorders, 78*(2), 131–140. doi:10.1016/S0165-0327(02)00237-9
- Mariné, A., Ruotsalainen, J., Serra, C. & Verbeek, J. (2006). Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4), CD002892. doi:10.1002/14651858.CD002892.pub2
- Nerdinger, F. W. (2012). Emotionsarbeit im Dienstleistungsbe- reich. *Report Psychologie, 37*, 8–18.
- NotSanG (2013). *Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters (Notfallsanitätergesetz – NotSanG) vom 22. Mai 2013 (BGBl. I S. 1348), das durch Artikel 1h des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) geändert worden ist*. Zugriff am 10.08.2018 unter <https://www.gesetze-im-internet.de/notsang/NotSanG.pdf>
- Nübling, M., Stöbel, U., Hasselhorn, H.-M., Michaelis, M. & Hofmann, F. (2006). Measuring psychological stress and strain at work: Evaluation of the COPSOQ Questionnaire in Germany. *GMS Psycho-Social-Medicine, 3*, Doc05.
- Nyberg, S. T., Fransson, E. I., Heikkilä, K., Alfredsson, L., Casini, A., Clays, E., ... Kivimäki, M. for the IPD-Work Consortium (2013). Job Strain and Cardiovascular Disease Risk Factors: Meta-Analysis of Individual-Participant Data from 47,000 Men and Women. *PLoS ONE, 8*(6). doi:10.1371/journal.pone.0067323
- Paridon, H. (2016). *iga.Report 32. Psychische Belastung in der Arbeitswelt*. Dresden: iga. Zugriff am 10.08.2018 unter <https://www.iga-info.de/veroeffentlichungen/igareporte/igareport-32/>
- Pieper, C., Schröer, S., Bräunig, D. & Kohstall, T. (2015). *iga.Report 28. Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention*. Dresden: iga. Zugriff am 15.01.2018 unter <https://www.iga-info.de/veroeffentlichungen/igareporte/igareport-28/>

<http://www.psyprasoft.de>

Ramos, R., Jenny, G. & Bauer, G. (2016). Age-related effects of job characteristics on burnout and work engagement. *Occupational Medicine*, 66(3), 230–237. doi:10.1093/occmed/kqv172

Rau, R. (2015). iga.Report 31. *Risikobereiche für psychische Belastung*. Dresden: iga. Zugriff am 10.08.2018 unter <https://www.iga-info.de/veroeffentlichungen/igareporte/igareport-31/>

Rau, R. & Buyken, D. (2015). Der aktuelle Kenntnisstand über Erkrankungsrisiken durch psychische Arbeitsbelastungen. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O*, 59(3), 113–129. doi:10.1026/0932-4089/a000186

Regehr, C., Glancy, D., Pitts, A. & LeBlanc, V. R. (2014). Interventions to Reduce the Consequences of Stress in Physicians A Review and Meta-Analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(5), 353–359. doi:10.1097/Nmd.0000000000000130

Scheibe, S., Stamov-Roßnagel, C. & Zacher, H. (2015). Links between emotional job demands and occupational well-being: Age differences depend on type of demand. *Work, Aging & Retirement*, 1, 254–265. doi:10.1093/workar/wav007

Scheibner, N., Hapkemeyer, J. & Banko, L. (2016). iga.Report 33. *Engagement erhalten – Innere Kündigung vermeiden*. Dresden: iga. Zugriff am 10.08.2018 unter <https://www.iga-info.de/veroeffentlichungen/igareporte/igareport-33/>

Stansfeld, S. A., Shipley, M. J., Head, J. & Fuhrer, R. (2012). Repeated Job Strain and the Risk of Depression: Longitudinal Analyses From the Whitehall II Study. *American Journal of Public Health*, 102(12), 2360–2366. doi:10.2105/AJPH.2011.300589

Sterud, T., Hem, E., Lau, B. & Ekeberg, Ø. (2011). A comparison of general and ambulance specific stressors: predictors of job satisfaction and health problems in a nationwide one-year follow-up study of Norwegian ambulance personnel. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 6(10). doi:10.1186/1745-6673-6-10

Tuckey, M. R. & Hayward, R. (2011). Global and Occupation-Specific Emotional Resources as Buffers against the Emotional Demands of Fire-Fighting. *Applied Psychology: An International Review*, 60(1), 1–23. doi:10.1111/j.1464-0597.2010.00424.x

Webb, T. L., Miles, E. & Sheeran, P. (2012). Dealing with feeling: a meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. *Psychological Bulletin*, 138(4), 775–808. doi:10.1037/a0027600

Weiss, N. H., Tull, M. T., Davis, L. T., Dehon, E. E., Fulton, J. J. & Gratz, K. L. (2012). Examining the association between emotion regulation difficulties and probable posttraumatic stress disorder within a sample of African Americans. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(1), 5–14. doi:10.1080/16506073.2011.621970

Wild, J., Smith, K. V., Thompson, E., Béar, F., Lommen, M. J. J. & Ehlers, A. (2016). A prospective study of pre-trauma risk factors for post-traumatic stress disorder and depression. *Psychological Medicine*, 46, 2571–2582. doi:10.1017/S0033291716000532

7 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aussagen des Job Demands-Resources-Modells (eigene Darstellung nach Bakker, Demerouti & Sanz-Vergel, 2014)	5
Abbildung 2: Modell adaptiver Emotionsregulation (Berking, 2015)	11
Abbildung 3: Die sieben im TEK vermittelten Basiskompetenzen, integriert zu einer TEK-Sequenz (Berking, 2015).....	12
Abbildung 4: Untersuchungsplan/Studiendesign.....	15
Abbildung 5: Ausprägung der eingeschätzten Arbeitsanforderungen und -ressourcen unter den teilnehmenden Auszubildenden.....	19
Abbildung 6: Ausprägung von Burn-out-Merkmalen unter den teilnehmenden Auszubildenden.....	20
Abbildung 7: Ausprägung der verschiedenen emotionalen Kompetenzen und Gesamtwert (Summenwert) der emotionalen Kompetenzen bei den teilnehmenden Auszubildenden.....	21
Abbildung 8: Veränderung der emotionalen Kompetenzen insgesamt, Gruppenvergleich der Auszubildenden zwischen TEK- und Kontrollgruppe im Prä-Post-Vergleich	24
Abbildung 9: Veränderung der emotionalen Kompetenz <i>Verstehen</i> , Gruppenvergleich der Auszubildenden zwischen TEK- und Kontrollgruppe im Prä-Post-Vergleich.....	25
Abbildung 10: Veränderung der emotionalen Erschöpfung bezogen auf die Arbeit, Gruppenvergleich der Auszubildenden zwischen TEK- und Kontrollgruppe im Prä-Post-Vergleich.....	25
Abbildung 11: Veränderung des Zynismus bezogen auf die Arbeit, Gruppenvergleich der Auszubildenden zwischen TEK- und Kontrollgruppe im Prä-Post-Vergleich.....	26
Abbildung 12: Ausprägung des Wohlbefindens bei den Teilnehmenden, Gruppenvergleich zwischen Auszubildenden und Praxisanleitenden.....	35
Abbildung 13: Ausprägung der Burn-out-Merkmale bei den Teilnehmenden, Gruppenvergleich zwischen Auszubildenden und Praxisanleitenden.....	36
Abbildung 14: Ausprägung der Emotionsregulationskompetenzen bei den Teilnehmenden, Gruppenvergleich zwischen Auszubildenden und Praxisanleitenden.....	37
Abbildung 15: Ausprägung der psychosozialen Arbeitsmerkmale bei den Teilnehmenden, Gruppenvergleich zwischen Auszubildenden und Praxisanleitenden.....	38

8 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Fragestellungen der Studie.....	13
Tabelle 2: Subskalen des SEK-27 mit Beispielimens (Berking & Znoj, 2008).....	16
Tabelle 3: Anteil der teilnehmenden Auszubildenden, welche unterdurchschnittliche, durchschnittliche bzw. überdurchschnittliche emotionale Kompetenzen angaben	22
Tabelle 4: Beschreibung Workshop „Soziale Kompetenz im Rettungsdienst“	32
Tabelle 5: Ausgewählte Fallbeispiele aus den Praxisanleitenden-Workshops (Arbeitsbereich Notfall)	34

Anhang

A1 Feedbackbogen

.....

T2

Heutiges Datum:

Liebe(r) Teilnehmer(in),

Sie haben während der vergangenen Wochen am **Training emotionaler Kompetenzen** teilgenommen. Im Folgenden möchten wir Sie um eine Einschätzung des Trainings bitten und Ihnen einige Fragen stellen.

Als erstes möchten wir Sie nochmals bitten, Ihren Teilnehmer-Code zu erstellen.

Teilnehmercode:

A. Teilnahme					
Wie häufig haben Sie am Training emotionaler Kompetenzen teilgenommen? Tragen Sie bitte die Anzahl der Trainingstage ein! Tage (beachten Sie Ausfälle durch Krankheit)					
Welche Trainerin hatte Ihre Gruppe? <input type="checkbox"/> Fr. Buruck <input type="checkbox"/> Fr. Dörfel					
B. Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen					
Wie beurteilen Sie folgende Aspekte des Trainings?	stimme vollkommen zu	stimme eher zu	teilweise	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Die Zielstellung war mir klar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Häufigkeit der Trainingstage fand ich angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Dauer der Trainingseinheiten fand ich angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Inhaltsvermittlung fand ich verständlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Tempo der Inhaltsvermittlung war angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die eingesetzten Methoden und Arbeitsmaterialien fand ich angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Anzahl der Teilnehmer war optimal. <i>Wenn nicht:</i> <input type="checkbox"/> Gruppe zu groß <input type="checkbox"/> Gruppe zu klein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigene Diskussionsbeiträge wurden aufmerksam angehört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich empfand die Trainer fachlich kompetent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Trainer haben die Gruppe gut geleitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Trainer haben sich angemessen auf die Situation eingestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Zielerreichung					
Wie sehr hat Ihnen das Training emotionaler Kompetenzen in Bezug auf folgende Bereiche genutzt?	stimme vollkommen zu	stimme eher zu	teilweise	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Ich habe neues Wissen erworben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe neue Strategien zur Emotionsregulierung erworben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2 Datentabellen

Tabelle A1: Vergleiche zwischen TEK- und Kontrollgruppe für die Werte der Prä- und Post-Messungen

		TEK-Gruppe (N = 45-46)				Kontrollgruppe (N = 29)				Zeit x Gruppe		
		Prä		Post		Prä		Post				
Variablen		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	$F^{(1,75-76)}$	p	η^2_p
Emotionale Kompetenzen	Aufmerksamkeit	2,18	,96	2,33	,82	2,28	,80	2,26	,72	0,85	.36	.01
	Körperwahrnehmung	2,74	,78	2,78	,71	2,78	,69	2,64	,69	1,46	.23	.02
	Klarheit	2,84	,76	2,82	,74	3,07	,59	2,91	,75	1,11	.30	.02
	Verstehen	2,75	,80	2,87	,85	2,97	,71	2,75	,64	4,09*	.05	.05
	Regulation	2,35	,70	2,53	,69	2,53	,70	2,47	,75	2,54	.15	.03
	Akzeptanz	2,70	,62	2,79	,67	2,94	,55	2,90	,48	0,82	.37	.01
	Toleranz	2,73	,77	2,88	,66	3,01	,57	2,85	,56	3,62(*)	.06	.05
	Selbstunterstützung	2,59	,65	2,76	,65	2,85	,66	2,69	,90	3,18(*)	.08	.04
	Konfrontations- bereitschaft	2,64	,72	2,74	,73	2,82	,64	2,77	,68	0,66	.42	.01
	Emotionale Kompetenzen Gesamtwert	2,61	,47	2,72	,55	2,80	,45	2,69	,52	4,90*	.03	.06
Burn-out- Merkmale	Emotionale Erschöpfung	2,75	1,04	2,68	1,10	2,18	1,00	2,63	1,48	7,36**	.00	.09
	Zynismus	1,59	,80	1,60	,66	1,60	,94	1,96	1,29	7,61**	.00	.09

Anmerkungen. TEK = Training Emotionaler Kompetenzen, N = Stichprobengröße, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, F = empirischer F-Wert, p = Signifikanzniveau mit (*) p < 1, * p < .05, ** p < .01, η^2_p = Effektstärke mit $\eta^2_p \sim .01/.06/.14$ als Anzeige kleiner/mittlerer/großer Effekte.

Tabelle A2: Mittelwerte und Standardabweichungen in den emotionalen Kompetenzen, Wohlbefinden, Burn-out und Arbeitsmerkmalen im Gruppenvergleich

Variablen		Auszubildende (N = 95)		Praxisanleitende (N = 50)		$t_{(70-143)}$	p -Wert
		M	SD	M	SD		
Emotionsregulationskompetenzen	Aufmerksamkeit	2,20	0,89	2,92	1,01	-4,44 ^a	.000**
	Körperwahrnehmung	2,70	0,74	3,45	0,86	-5,47 ^a	.000**
	Klarheit	2,89	0,71	3,49	1,00	-3,71 ^a	.000**
	Verstehen	2,81	0,76	3,39	0,89	-4,06 ^a	.000**
	Regulation	2,43	0,72	2,97	0,87	-4,05 ^a	.000**
	Akzeptanz	2,78	0,59	3,34	0,87	-4,06 ^a	.000**
	Toleranz	2,85	0,71	3,30	0,98	-2,88 ^a	.005*
	Selbstunterstützung	2,74	0,68	3,31	0,89	-4,32 ^a	.000**
	Konfrontations- bereitschaft	2,68	0,69	3,25	0,86	-4,29 ^a	.000**
	Emotionale Kompetenzen Gesamtwert	2,68	0,50	3,27	0,78	-4,91^a	.000**
Wohl- befinden	WHO-5	2,55	1,16	3,03	1,02	-2,46 ^a	.015*
Burn-out	Emotionale Erschöpfung	2,55	1,06	3,01	1,29	-2,33 ^a	.022*
	Zynismus	1,65	0,94	2,04	1,04	-2,28 ^a	.024*

Anmerkungen. N = Stichprobengröße, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, t = empirischer t-Wert, p = Signifikanzniveau mit * p < .05, ** p < .01, ^a = T-Test für unabhängige Stichproben, WHO-5 = Well Being Index

Zitiervorschlag:

Buruck, G. & Dörfel, D. (2018). *iga.Report 37. Emotionsregulation in der Arbeit am Beispiel Rettungsdienst*. Dresden: iga.

IMPRESSUM



Herausgegeben von

Initiative Gesundheit und Arbeit (iga)
Internet: www.iga-info.de
E-Mail: projektteam@iga-info.de

iga ist eine Kooperation von

- BKK Dachverband e. V. (BKK DV)
Mauerstraße 85, 10117 Berlin
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV)
Glinkastraße 40, 10117 Berlin
- AOK-Bundesverband GbR (AOK-BV)
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
- Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Askanischer Platz 1, 10963 Berlin

Autorinnen

Gabriele Buruck, Denise Dörfel

unter Mitarbeit von
Anne Gehrke und Frauke Jahn

Verlegende Stelle

Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen
Unfallversicherung (IAG)
iga.Geschäftsstelle
Königsbrücker Landstraße 2, 01109 Dresden

Satz

büro quer kommunikationsdesign, Dresden

Druck

Union Druckerei Dresden GmbH
Hermann-Mende-Straße 7, 01099 Dresden

Bild

Adobe Stock, chalabala

iga.Report 37

1. Auflage November 2018

ISSN: 1612-1988 (Printausgabe)

ISSN: 1612-1996 (Internetausgabe)

© BKK DV, DGUV, AOK-BV, vdek

iga.Reporte können in kleiner Stückzahl kostenlos
über projektteam@iga-info.de bezogen werden.

.....