

Sabine Wernbacher

Simulationstraining als
Lehr- und Lernmethode

*Die Förderung der kommunikativen Kompetenz in
der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung*

Simulation as a teaching and learning tool

*The promotion of communicative competence in
nursing care*

Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades
eines Master of Science

im Rahmen des Universitätslehrganges

8. Masterupgrade für AbsolventInnen des Universitätslehrganges für
Lehrer und Lehrerinnen der Gesundheits- und Krankenpflege

Mag. Dr. Ulrike Sixt

Karl-Franzens-Universität Graz
und UNI for LIFE

Wien, November 2018

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen inländischen oder ausländischen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht. Die vorliegende Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.

08.11.2018

Unterschrift

Abstract

Theorie- und konzeptgeleitete Kommunikation zählt zu den pflegerischen Kernkompetenzen. Um die kommunikative Kompetenz zu fördern braucht es einerseits wissenschaftlich fundiertes theoretisches Wissen über Kommunikation andererseits auch Unterrichtsmethoden, die mit einer hohen Eigenaktivität der Lernenden und mit großem Praxisbezug einhergehen. Es ist notwendig eine Brücke zwischen Theorie und Praxis zu schaffen. Die Wichtigkeit und Notwendigkeit von Simulationstraining in der Pflegeausbildung ist vielfach bestätigt und dafür eine geeignete Methode. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich damit, wie Simulationstraining gestaltet sein muss, um kommunikative Kompetenz zu fördern. Als Basis für vorliegende Arbeit dienen wissenschaftliche Konzepte von Kommunikation und die Auseinandersetzung mit dem Kompetenzbegriff in der Pflege. Lerntheoretische Grundlagen von Simulationstraining werden anhand des Behaviorismus, des Kognitivismus und des Konstruktivismus beschrieben. Simulationstraining zur Förderung der kommunikativen Kompetenz braucht eine gute Vorbereitung, in der Lernziele und Kompetenzen bestimmt und erreicht werden sollen. Sind das Rollenskript sowie das Lernszenario auf die zu erreichenden Lernziele abgestimmt, können im Rahmen des Trainings mit Simulationspatienten/innen die kommunikativen Fähigkeiten trainiert werden. Die Elemente des Simulationstrainings beziehen sich auf das Prebriefing, die Besprechung des Lernszenarios sowie der Lernzeile inklusive dem Aufbau einer Vertrauensbasis, wodurch effizientes Lernen garantiert wird. Danach erfolgt die Simulation, die in einem möglichst realitätsnahen Setting stattfindet. Das wichtigste Element stellt das Debriefing beziehungsweise die Nachbesprechung dar, in dem der/die Moderator/in die Teilnehmern/innen zur Selbstreflexion der Simulationssituation mit wertschätzendem Feedback unterstützt.

Abstract

Communication guided by theory and concept is one of the core competences of nursing. In order to promote communicative competence, on the one hand evidence-based theoretical knowledge about communication is required, and on the other hand teaching methods that are accompanied by a high level of activity on the part of the learners and a high degree of practical relevance. It is necessary to create a bridge between theory and practice. The importance of simulation is often confirmed and the use of simulation is a suitable method for this purpose. This paper deals with how simulation must be designed in order to promote communicative competence. Scientific concepts of communication and the confrontation with the concept of competence in nursing serve as the basis for this thesis. Learning theories of simulation are described on the basis of behaviorism, cognitivism and constructivism. Simulation to promote communicative competence requires good preparation in which learning goals and competences are to be determined and achieved. If the role script and the learning scenario are adapted to the learning objectives to be achieved, the communicative skills can be trained with simulated patients within the framework of the training. The elements of the simulation refer to the prebriefing, the discussion of the learning scenario as well as the learning line including the development of a basis of trust, whereby efficient learning is guaranteed. This is followed by the simulation, which takes place in as realistic a setting as possible. The most important element is the debriefing, in which the facilitator supports the participants in self-reflection on the simulation situation with appreciative feedback.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	1
Abbildungsverzeichnis	3
1 Einleitung.....	4
2 Kommunikation in der Pflege	8
2.1 Wissenschaftliche Konzepte von Kommunikation	8
2.1.1 Der personenzentrierte Ansatz von Carl Rogers.....	8
2.1.1.1 Die Echtheit oder Kongruenz	9
2.1.1.2 Die positive Wertschätzung	10
2.1.1.3 Empathisches Verstehen.....	11
2.1.2 Die menschliche Kommunikation nach Paul Watzlawick	12
2.1.3 Das Kommunikationsmodell von Schulz von Thun	15
2.2 Kommunikative Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Pflege.....	17
2.2.1 Empathiefähigkeit	17
2.2.2 Empathisches Zuhören	19
2.2.3 Aktives Zuhören	19
2.2.4 Konkretisieren	20
2.2.5 Fragen stellen	20
2.2.6 Informationen vermitteln.....	21
3 Der Kompetenzbegriff in der Pflege	22
3.1 Definition Kompetenz	22
3.2 Kommunikative Kompetenz.....	24
4 Kompetenzerwerb in der Gesundheits- und Krankenpflege	28
4.1 Stufen der Pflegekompetenz nach Benner	28
4.2 Kompetenzentwicklung in Lern und Handlungsdimensionen	29
4.3 Lernpyramide nach Miller	30
5 Lerntheorien	33
5.1 Behaviorismus.....	34
5.1.1 Klassisches Konditionieren	35
5.1.2 Operantes Konditionieren	35

5.2	Kognitivismus	37
5.2.1	Lernen am Modell	37
5.3	Konstruktivismus	39
6	Simulationstraining.....	42
6.1	Geschichte der Simulation.....	43
6.2	Arten von Simulatoren	44
6.3	Simulationstraining mit Simulationspatienten/innen.....	46
6.3.1	Feedback von Simulationspatienten/innen.....	50
6.4	Elemente des Simulationstrainings.....	52
6.4.1	Das Prebriefing oder die Vorbesprechung	52
6.4.2	Die Simulation	54
6.4.3	Das Debriefing/Nachbesprechung und Feedback.....	55
6.4.3.1	Feedback.....	58
6.5	Lernförderndes Umfeld.....	59
6.6	Anforderung an den/die Moderator/in	60
7	Simulationstraining- Lernen von kommunikativer Kompetenz	65
8	Didaktische Überlegungen zum Simulationstraining	68
8.1	Szenarien für den Einsatz von Simulationspatienten/innen	69
8.2	Training mit Simulationspatienten/innen an verschiedenen Institutionen.....	71
8.3	Standards of Best Practice INACSL/Simulationsdesign	72
9	Zusammenfassung und Ausblick.....	74
	Literaturverzeichnis	78

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die vier Seiten einer Nachricht	16
Abbildung 2: Die vier Basiskompetenzen	23
Abbildung 3: Das Modell der kommunikativen Kompetenz	25
Abbildung 4: Die Lernpyramide nach Miller	31
Abbildung 5: Aspekte von Rollencharakteren bei Simulationspatienten/innen	70

1 Einleitung

Theorie- und konzeptgeleitete Gesprächsführung und Kommunikation zählen zu den pflegerischen Kernkompetenzen (vgl. Bundeskanzleramt Österreich 2016, S. 4). Im Curriculum für den Bachelorstudiengang „Gesundheits- und Krankenpflege vom FH Campus Wien ist angeführt, dass neben fachlichen Kompetenzen auch sozialkommunikative Kompetenzen erworben werden sollen (vgl. Fachhochschule Campus Wien 2017, S. 6). Auch in der Pflegeassistentenausbildung nehmen kommunikative Inhalte mit 260 Unterrichtseinheiten einen hohen Stellenwert ein (vgl. Pfabigan/Rottenhofer 2017, S. 6). Um kommunikative Fähigkeiten und Kompetenzen zu fördern, braucht es mehr als nur theoretisches Wissen über Kommunikation. Lernen ist sehr individuell, und das Erarbeiten von Handlungskompetenzen erfordert Prozesse, die mit einer hohen Eigenaktivität der Lernenden und mit großem Praxisbezug stattfinden sollten. Unter Einfluss eines gemäßigt-konstruktivistischen Verständnisses ist selbstgesteuertes Lernen in den Vordergrund gerückt (vgl. Schroeder 2008, S. 31). Wissen und auch erstes Üben reicht nicht für den Transfer auf die Handlungsebene aus, für die Verknüpfung mit der Praxis sind praxisnahe echte Situationen notwendig. Dies kann im Rahmen von Simulationstrainings stattfinden. Hier können kommunikative Kompetenzen gezielt trainiert und eingeübt werden (vgl. Metzenin/Diviani/Loos/Matt/Rohrbach/Scura/Watzek 2015, S. 439).

In der Pflegeassistentenausbildung und in der Pflegefachassistentenausbildung gibt es den Lernbereich Training und Transfer, der eine Brückenfunktion zwischen Theorie und Praxis einnimmt, indem kognitives Wissen mit Praxissituationen verknüpft und gefestigt wird. Dieser Bereich dient dem situationsorientierten Kompetenzerwerb. Hier sind sowohl das Fertigkeitentraining als auch das Simulationstraining angesiedelt (vgl. Pfabigan/Rottenhofer 2017, S. 6)

Der Einsatz von Simulation in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung verspricht vielfachen Nutzen. Es unterstützt dabei Auszubildende auf die klinische Praxis vorzubereiten. In einer geschützten Lernumgebung können Skills trainiert und Abläufe eingeübt werden. Somit trägt das

Simulationstraining dazu bei, die Patientenversorgung zu verbessern (vgl. SimNAT Pflege 2018, o.S.). Der Lernerfolg für die Auszubildenden durch das Simulationstraining hängt stark von der effizienten Planung und Durchführung des Trainings ab. Das Gestalten von wichtigen und realistischen Szenarien, das Schaffen einer lernfördernden und auch angenehmen und sicheren Lernumgebung und das Leiten einer effektiven Nachbesprechung gehören zu den Aufgaben eines Simulationstrainers/einer Simulationstrainerin (vgl. Universitätsspital Zürich 2018, o.S.). In englischsprachigen und skandinavischen Ländern ist simulationsbasiertes Lernen seit vielen Jahren in der Pflegeausbildung integriert, in der deutschen Pflegebildung aktuell noch verhältnismäßig wenig (vgl. Loewenhardt/Wendorff/Bücker/Keogh 2014, S. 64).

Auf Basis dieser vorangegangenen Überlegungen ergibt sich die Fragestellung, wie ein Simulationstraining gestaltet sein muss, um kommunikative Fähigkeiten zu fördern. Es ist dabei von Interesse, wie ein solches Simulationstraining strukturiert und aufgebaut sein muss, welche Bedingungen ein derart wirksames Simulationstraining braucht bzw. welches Umfeld sich lernfördernd zeigt.

Die Beantwortung der Forschungsfrage erfolgt anhand aktueller, wissenschaftlicher Literatur zur Thematik und einer kritischen Auseinandersetzung damit. Eine systematische Literaturrecherche erfolgt in Bibliotheken, zum Beispiel an der Universitätsbibliothek am AKH Wien bzw. der Bibliothek des Rudolfinerhaus Wien, sowie in den Datenbanken Pubmed, Google Scholar und medpilot. Als Suchkriterien werden Begriffe wie Simulationstraining, kommunikative Fähigkeiten/Kompetenzen in der Pflege, Skillslab, Simulationspatienten/innen und praktisches Lernen eingegeben. Die Begriffe werden unterschiedlich miteinander kombiniert. Die Recherche erfolgt in Bezug auf deutschsprachige und englischsprachige Literatur.

Ziel der Arbeit ist es, auf Basis der Ergebnisse herauszufinden, wie ein Simulationstraining gestaltet sein muss um einen bestmöglichen Lernerfolg im Hinblick auf kommunikative Kompetenzen zu erzielen.

Darüber hinaus ist es der Autorin auch ein Anliegen Simulationstraining an der Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege am Allgemeinen

Krankenhaus der Stadt Wien, die seit September 2018 auch ein FH-Studienstandort ist, zu integrieren.

Im September 2018 hat an der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege, in der die Autorin unterrichtet, ein Bachelorstudiengang „Gesundheits- und Krankenpflege“ gestartet. Bei Betrachtung des Curriculums dieses Studienganges finden sich Qualifikationsziele und Kompetenzen im sozio-kommunikativen Bereich. Zum Beispiel sollen die Absolventinnen und Absolventen des Studienganges über einen professionellen Umgang, der sich unter anderem durch Kongruenz, Empathie und Wertschätzung auszeichnet, verfügen, sie können differenziert, klar verständlich und zielgerichtet kommunizieren und Grundsätze der theorie- und konzeptgeleiteten professionellen Kommunikation und Beratung anwenden. Die Absolventinnen und Absolventen müssen auch in der Lage sein Informationen zielgruppenorientiert aufzubereiten und anspruchsvolle Informations- und Kommunikationsaufgaben situationsbezogen zu bewältigen (vgl. Fachhochschule Campus Wien 2017, S. 20f.). Um diese Kompetenzen zu erreichen stellt die Simulation eine geeignete Methode dar.

Die vorliegende Arbeit ist in einzelne Kapitel unterteilt. Im zweiten Kapitel werden drei wichtige wissenschaftliche Konzepte von Kommunikation erläutert und deren Relevanz für die Pflege beschrieben. Dazu gehören der personenzentrierte Ansatz von Carl Rogers, die menschliche Kommunikation von Paul Watzlawick und das Kommunikationsmodell von Schulz von Thun. Weiters fasst die Autorin wichtige kommunikative Fähigkeiten und Gesprächstechniken wie Empathiefähigkeit, Aktives Zuhören, Konkretisieren, Fragen stellen und Informationen vermitteln zusammen und beschreibt diese. Dies ist notwendig um kommunikative Kompetenzen herauszuarbeiten.

Das dritte und vierte Kapitel beschäftigt sich mit dem Kompetenzbegriff in der Pflege, im speziellen mit kommunikativer Kompetenz und mit dem Kompetenzerwerb in der Pflege. Es werden verschiedene Kompetenzbegriffe unterschiedlicher Autoren miteinander verglichen und die Kompetenzentwicklung in der Pflege herausgearbeitet.

Im fünften Kapitel werden grundlegende Lerntheorien beschrieben, da diese die Basis eines effizienten Simulationstrainings darstellen (vgl. Erlam/Smythe/Wright-St Claire 2017, S. 779). Dabei wird vom Behaviorismus als Bildungsphilosophie und als früheste theoretische Grundlage ausgegangen. Sowohl in der klassischen als auch in der operanten Konditionierung erscheint es hier bedeutsam, dass innerpsychische Vorgänge weitgehend ausgeklammert werden. Danach werden Grundsätze des Kognitivismus beschrieben. Lernen wird im Kognitivismus als individueller, aktiver und kognitiv gesteuerter Informationsverarbeitungsprozess gesehen. Den Abschluss von Kapitel fünf bildet der Konstruktivismus, der die größte Rolle beim Simulationstraining spielt, da hier davon ausgegangen wird, dass Wissen und Erkenntnisse nur durch unser eigenes Handeln aufgebaut werden.

Danach wird in Kapitel sechs Grundlegendes zum Simulationstraining dargelegt. Anhand von aktueller Literatur und aktuellen Studien werden verschiedene Arten der Simulation beschrieben, der Ablauf und die Rahmenbedingungen herausgearbeitet und dabei immer der Blick auf kommunikative Kompetenzen gelenkt. Um die Forschungsfrage beantworten zu können wird auch auf ein lernförderndes Umfeld eingegangen. Kapitel sieben und acht beschäftigen sich mit der konkreten Umsetzung und mit didaktischen Überlegungen zur Verbesserung der kommunikativen Kompetenz durch das Simulationstraining mit Simulationspatienten/innen.

2 Kommunikation in der Pflege

In vorliegender Arbeit geht es um die Förderung kommunikativer Kompetenzen. Befasst man sich mit dem Aspekt der Kommunikation auf theoretischer Ebene so zeigt sich, dass es ein sehr komplexes und umfangreiches Thema ist und es gibt zahlreiche Modelle und Ansätze, die sich auf einer strukturierten Ebene mit Kommunikation auseinandersetzen (vgl. Weinert/Mayer/Zoyer 2015, S. 137).

Zum bewussten Kommunizieren in der Pflege und zur Vermeidung von Störungen in der Kommunikation ist es vorerst notwendig unterschiedliche Modelle und Konzepte kennenzulernen. *„Für den Pflegeprozess ist eine reflektierte und wissenschaftlich fundierte Kommunikation die Grundlage, eine nicht gelingende Kommunikation kann den Behandlungserfolg oder die berufliche Akzeptanz gefährden“* (Elzer/Sciborski 2007, S. 38). Aus diesem Grund werden im nachfolgenden Kapitel drei grundlegende Theorien und Modelle für Kommunikation beschrieben.

2.1 Wissenschaftliche Konzepte von Kommunikation

Die hier in dieser Arbeit dargestellten Theorien befassen sich mit den Grundlagen der interpersonellen Kommunikation und sind für die Pflege aus Sicht der Autorin wichtig, um möglichst viel über das Wesen menschlicher Kommunikation zu erfahren und viele Mechanismen zu kennen. Nur so kann es gelingen, Situationen und Sachlagen richtig zu erfassen und zu analysieren (vgl. Matolczyk 2009, S. 8).

2.1.1 Der personenzentrierte Ansatz von Carl Rogers

Carl Ransom Rogers wurde 1902 in einem Vorort von Chicago, USA geboren. Er studierte klinische Psychologie in New York und entwickelte in den 1940er Jahren die nicht direktive Beratung und im Weiteren die klientenzentrierte Gesprächsführung (vgl. Elzer/Sciborski 2007, S. 81). Er gilt als einer der Begründer der humanistischen Psychologie. Begriffe wie personenzentrierte

Pflege und personenzentrierte Gesprächsführung sind feste Bestandteile in der Pflege. Rogers war unter anderem der Meinung, dass bei Menschen, die sich an ihn wandten und Rat suchten, der Schlüssel zur Lösung ihrer Probleme in ihnen selbst lag. Er ging davon aus, dass jeder Mensch eine Fülle an Ressourcen besitzt um sich selbst zu begreifen und um Lösungen zu finden. Jede auch noch so kleine Lenkung, die von außen stattfindet, stört die eigenständige Entwicklung. Ein wichtiges Merkmal dieses Ansatzes ist es, dass dem Ratsuchenden keine fertigen Lösungen oder Ratschläge angeboten werden, sondern dass Menschen in ihrem eigenen Lösungsprozess unterstützt werden. Dies ist notwendig um sie zu befähigen auch mit künftigen Problemen selbst besser fertig zu werden. Aus diesem Grund spricht Rogers von klientenzentrierter oder personenzentrierter Gesprächsführung. Rogers stellt nicht das Problem in den Mittelpunkt seiner Aufmerksamkeit, sondern im Zentrum steht der Mensch, als Individuum (vgl. Stefanoni/Alig 2009, S. 30). Carl Rogers (vgl. ebd. 2006, S. 74) spricht von drei Bedingungen oder Grundhaltungen, die die psychische Entfaltung eines Menschen fördern und so Beratung wirksam werden lassen. Diese sind Echtheit, empathisches Verstehen und positive Wertschätzung.

Diese Grundhaltungen sind aus Sicht der Autorin ein wesentlicher Grundpfeiler der kommunikativen Kompetenz in der Pflege. Dies findet sich auch im FH Curriculum wieder *„AbsolventInnen verfügen über einen professionellen Umgang mit unterschiedlichen Zielgruppen, der sich u.a. durch Kongruenz, Eigeninitiative, Empathie und Wertschätzung auszeichnet...“*(Fachhochschule Campus Wien 2017, S. 6).

2.1.1.1 Die Echtheit oder Kongruenz

Kongruenz bedeutet, dass Pflegepersonen ganz sie selbst sind, dass *„die Gefühle, die der Therapeut hat, ihm bekannt sind, seinem Bewusstsein zugänglich sein müssen, und daß er in der Lage ist, diese Gefühle zu leben, sie zu sein, fähig, sie mitzuteilen, wenn es zweckmäßig erscheint“* (Rogers 2006, S. 74). Kongruenz setzt eine reife Persönlichkeit voraus, denn es geht um Wahrhaftigkeit. Dies bezieht sich auf das Denken und Fühlen der Pflegeperson,

und auch die verbale und nonverbale Kommunikation. Echtheit der Pflegeperson fördert das Vertrauen des/der Patienten/innen (vgl. Elzer/Sciborski 2007, S. 84). Pflegepersonen zeigen wenig Kongruenz wenn sie kaum etwas von sich zeigen, verbale und nonverbale Kommunikation nicht stimmig ist oder sie sich selbst nicht wahrnehmen und etwas vormachen (vgl. Wingchen 2014, S. 61).

2.1.1.2 Die positive Wertschätzung

„Es bedeutet ein entgegenkommendes, positives Gefühl, ohne Vorbehalte, ohne Bewertungen (Rogers 2006, S. 75). Dies bedeutet, dass der/die Patient/in jegliches Gefühl äußern darf und die Pflegeperson sie/ihn so akzeptiert wie er ist. Diese Art der Wertschätzung baut Ängste ab, abgelehnt oder kritisiert zu werden. Es bedeutet allerdings nicht, dass die Pflegeperson diese Werte auch teilen oder billigen muss, inhaltlich muss keine Übereinstimmung vorhanden sein (vgl. Elzer/Sciborski 2007, S. 84).

Weinberger (vgl. ebd. 2013, S. 59f.) beschreibt, dass es entscheidend ist, dass die eigene Bewertung des Verhaltens einer Person nichts an dem Wert dieser Person verändert. Es geht darum den Anderen so zu akzeptieren wie er ist, ohne dies an Bedingungen zu knüpfen. Diese Fähigkeit zu schulen ist von immenser Wichtigkeit und kann im Rahmen eines Rollenspiels geübt werden. Ein wesentlicher Punkt wäre dann, sich nach einem Rollenspiel Rückmeldung darüber zu geben, wie sich die jeweilige Person von dem/der Berater/in angenommen gefühlt hat. Im Simulationstraining wird das im Rahmen des sogenannten Debriefings, der Nachbesprechung, erfolgen.

Wingchen (vgl. ebd. 2014, S. 49f) beschreibt die positive Wertschätzung als Synonym für „Akzeptieren“ oder „emotionale Wärme“. Es bedeutet zunächst für Pflegepersonen echtes Interesse an der Person zu zeigen, aber auch einfache Formen der Höflichkeit zu wahren wie zum Beispiel Patienten/innen mit dem Namen anzusprechen beziehungsweise sich selbst vorzustellen. Hierfür erscheint die Selbstreflexion der Pflegeperson ein geeignetes Instrument zu sein um diese Fähigkeit zu schulen und zu trainieren.

2.1.1.3 Empathisches Verstehen

Empathisches Verstehen bedeutet *„den inneren Bezugsrahmen des anderen möglichst exakt wahrzunehmen, mit all seinen emotionalen Komponenten und Bedeutungen, gerade so, als ob man die andere Person wäre, jedoch ohne jemals die „Als-ob“ Position aufzugeben“ (Rogers 1959, S. 37).*

„Wenn der Therapeut die Gefühle und persönlichen Sinngebungen erfaßt, die der Klient in jedem Augenblick erfährt, wenn er diese von „innen“, so wie sie den Klienten erscheinen, wahrnehmen kann, und wenn es ihm gelingt, etwas von seinem Verständnis dem Klienten mitzueilen, dann ist dies dritte Bedingung erfüllt“ (Rogers 2006, S. 75).

Empathie im Sinne von Carl Rogers bedeutet also die Wahrnehmungswelt des Anderen zu betreten, als vertrauensvolle/r Begleiter/in, und eine Zeitlang in der Gefühlswelt des/der Patienten/in zu sein, ohne Urteile zu fällen. In gewisser Hinsicht bedeutet das, sein eigenes Selbst zur Seite zu legen, allerdings mit dem Wissen, auch gut wieder in die eigene Welt zurückgehen zu können. Es ist eine *„komplexe, anfordernde, starke und dennoch feinfühlig und sanfte Art zu sein (way of being)“ (Rogers/Schmid 1995, S. 194).*

Die Pflegeperson bemüht sich, die Erfahrung und Gefühle des/der Patienten/in wahrzunehmen und rückzumelden. Dieses Verbalisieren, das Aussprechen der hinter einer inhaltlichen Aussage stehenden gefühlsmäßigen Bedeutung, wird auch als Spiegeln bezeichnet. Empathisches Verstehen ermöglicht dem/der Patienten/in eine verstärkte Auseinandersetzung mit der eigenen Erfahrung und trägt zur Selbstakzeptanz bei, alleine die Tatsache, dass jemand da ist der zuhört ist eine sehr positive Erfahrung für Menschen (vgl. Wingchen 2014, S. 33f.).

Diese anteilnehmende Haltung eignet sich in vielen verschiedenen Gesprächssituationen zwischen Pflegepersonen und Patienten/innen wie zum Beispiel für Gespräche in denen Patienten/innen Ängste äußern, vor Therapien oder Operationen, auch bei Beratungsgesprächen oder

Informationsgesprächen. Hier stellt die personzentrierte Haltung einen wesentlichen Grundpfeiler dar (vgl. Elzer/Sciborski 2007, S. 85).

Bamberger (vgl. ebd. 2013, S. 640f.) beschreibt allerdings, dass für eine gelingende Kommunikation und für ein gutes Gespräch Gesprächstechniken alleine nicht ausreichen, sondern dass es um eine Haltung der Eingelassenheit geht, darum, ob die Pflegeperson sich auf den Patienten einlassen möchte. Alle Menschen sind zuwendungsbedürftig, und Menschen im Krankenhaus brauchen Verständnis, Zuwendung, Unterstützung, Klärung und auch Ermutigung. All dies kann die Pflegeperson durch ein gutes Gespräch vermitteln und so den Patienten ermöglichen, wieder zu sich selbst zu kommen und damit auch seine eigenen Stärken zu spüren.

2.1.2 Die menschliche Kommunikation nach Paul Watzlawick

Der österreichische Psychotherapeut und Sozialpsychologe Paul Watzlawick hat in den 1960er Jahren gemeinsam mit einem Forscherteam in Kalifornien die menschliche Kommunikation beforscht. Watzlawick stellte fest, dass Störungen in der Kommunikation die Regel sind, hauptsächlich dadurch begründet, weil jede Person sich auf ihre individuelle Wahrnehmung verlässt und diese für wahr hält. Die sprachlichen Äußerungen des Anderen werden nach eigenem Stil interpretiert und ausgelegt. Auch die Körpersprache wird meist fehlinterpretiert. Dadurch kommt es zu Missverständnissen. Von besonderer Bedeutung für die damalige Zeit war die Entdeckung des Beziehungsaspektes, der bei jeder Kommunikation eine Rolle spielt. Watzlawick versteht Kommunikation als ein offenes System, das er anhand von fünf Axiomen oder Grundeigenschaften menschlicher Kommunikation beschreibt (vgl. Elzer/Sciborski 2007, S. 104f.).

Das erste Axiom beschreibt die **Unmöglichkeit nicht zu kommunizieren**. *„Es muss ferner daran erinnert werden, dass das Material jeglicher Kommunikation keineswegs nur Worte sind, sondern auch alle paralinguistischen Phänomene (wie z.B. Tonfall, Schnelligkeit oder Langsamkeit der Sprache, Pausen, Lachen oder Seufzen) Körperhaltung, Ausdrucksbewegungen (Körpersprache) usw. innerhalb eines bestimmten Kontextes umfaßt - kurz, Verhalten jeder Art“*

(Watzlawick/Beavin/Jackson 2017, S. 58). Für Watzlawick bedeutet Kommunikation Verhalten, und da Verhalten kein Gegenteil hat, da man sich nicht nicht verhalten kann, kann man auch nicht nicht kommunizieren. Jedes Verhalten hat Mitteilungscharakter und sendet somit eine Botschaft (vgl. Elzer/Sciborski 2007, S. 106f.).

Im zweiten Axiom sagt Watzlawick, dass jede Kommunikation einen **Inhalts- und Beziehungsaspekt** beinhaltet. In jedem Gespräch und auch in der Weitergabe von Informationen wird gleichzeitig mit dem Sachinhalt der Nachricht auch die Beziehung zum Gegenüber definiert. Der Beziehungsaspekt, damit ist gemeint wie die beiden Gesprächspartner/innen miteinander umgehen, ob sie sich sympathisch sind oder nicht und wie sie zueinander stehen entscheidet darüber, wie der Inhalt aufgenommen wird (vgl. Elzer/Sciborski 2007, S. 106f.; Watzlawick/Beavin/Jackson 2017, S. 61ff). Dies bedeutet der Inhaltsaspekt liefert sachliche Informationen, über den wir einen Eindruck darüber erhalten, wie es dem anderen geht und wie er sich momentan fühlt. Der Inhalt wird in der Regel verbal vermittelt, der Beziehungsaspekt nonverbal. Im Normalfall ergänzen sich beide Ebenen, wenn sie sich widersprechen, nennt Watzlawick dies „Doublebind“. Dies kann zu Störungen in der Kommunikation und zu Missverständnissen führen (vgl. Wingchen 2014, S. 21f.).

Die Interpunktion von Ereignisfolgen ist Inhalt des dritten Axioms. Die Kommunikation zwischen Sender und Empfänger wird in verschiedenen Ereignisfolgen und Verhaltenssequenzen strukturiert und eigenes Verhalten wird jeweils als Reaktion auf das des Gegenübers interpretiert. Dieses Axiom geht davon aus, dass oft nicht erkennbar ist, wo der Anfang eines Konfliktes ist, wo liegt der Anfangsreiz und wo die Reaktion darauf? Dies kann zu Missverständnissen führen, sowohl in persönlichen Beziehungen als auch zwischen Patient und Pflegeperson (vgl. Elzer/Sciborski 2007, S. 109f.; Watzlawick/Beavin/Jackson 2017, S. 61ff.).

Digitale und analoge Kommunikation werden mit dem vierten Axiom beschrieben. Digitale Kommunikation bedeutet, dass der Inhaltsaspekt einer

Nachricht verbal mitgeteilt wird, unter analog wird der Beziehungsaspekt verstanden, der meist nonverbal, mittels Bilder und Körpersprache mitgeteilt wird (vgl. Watzlawick/Beavin/Jackson 2017, S. 70ff; Weinert/Mayer/Zojer 2015, S. 137f). Also digitale Anteile einer Nachricht sind die Anteile, die Inhalte (Worte) transportieren. Als analog gilt alles, was darüber hinaus vermittelt wird wie Mimik, Gestik, Körpersprache, Sprachmelodie oder auch der Klang der Stimme (vgl. Matzolyck 2009, S. 33).

Das letzte und fünfte Axiom zeigt auf, dass Interaktionen entweder **symmetrisch oder komplementär** sind. Während bei der symmetrischen Kommunikation zwei Gesprächspartner auf gleicher Ebene kommunizieren spricht man bei komplementärer Kommunikation von Unterschieden der Personen nach Status, Rollen und Disziplinen (vgl. Weinert/Mayer/Zojer 2015, S. 137f). Dabei nimmt eine Person die überlegene, die andere Person die untergeordnete Rolle ein. So kommt es zu einem Ungleichgewicht. Wesentlich dabei ist es, dass sich beide Verhaltensweisen gegenseitig bedingen, dies bedeutet, dass sich beide in einer Art verhalten, die das Verhalten des Anderen bedingt (vgl. Matzolyck 2009, S. 35f.) Watzlawick et al. (vgl. ebd. 2017, S. 69) betonen allerdings, dass es nicht darum geht die beiden Interaktionsformen als gut oder schlecht zu bewerten, da beide je nach Kontext eine Berechtigung haben. Die Muster können aber übertrieben werden, und dies ist notwendig zu erkennen. Speziell für Pflegende ist es wichtig immer wieder zu überprüfen, welche Rolle sie einnehmen und ob die Rolle eine Berechtigung hat.

Die Bedeutung der Axiome für die Kommunikation zwischen Pflegeperson und Patient/in stellt sich wie folgt dar: Das Wissen darum, dass Kommunikation immer stattfindet (Axiom 1) und das die Körpersprache des/der Patienten/in aussagekräftig ist, ist wichtig, um die nonverbalen Signale aufnehmen und eventuell ansprechen zu können. Natürlich gilt dies auch umgekehrt. Einer Pflegeperson muss bewusst sein, dass sie ständig beobachtet wird und ihr Verhalten, jede Gestik, Mimik oder Bewegung vom Patienten aufgenommen und interpretiert wird. Für die Praxis ist es auch notwendig zu wissen, dass jede Kommunikation einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt hat, wobei der zweite wesentlicher ist als der Erste. Für eine Pflegeperson ist es daher wichtig

sich der Beziehung zum Patienten/in bewusst zu sein (Axiom 2). Das dritte Axiom, das die Interpunktion von Ereignisfolgen beschreibt, ist für die Analyse von Gesprächen im Sinne einer Metakommunikation wichtig. Die Unterscheidung zwischen digitaler und analoger Kommunikation (Axiom 4) ist vor allem im Umgang mit Patienten/innen notwendig, die der Sprache nicht mächtig sind. Hier kann analoge Kommunikation verwendet werden. Das vierte und letzte Axiom, das die symmetrische und komplementäre Interaktion beschreibt, ist ebenfalls wichtig für Pflegepersonen, da es immer wieder notwendig ist, die eigene Rolle zu hinterfragen (vgl. Matzolyck 2009, S. 35f.).

Aus Sicht der Autorin lässt sich vor allem das erste Axiom gut im Simulationstraining mit Simulationspatienten/innen üben. Hier kann gezielt darauf geachtet werden, dass die Lernenden nonverbales Verhalten erkennen. Das Feedback des/der Simulationspatienten/in kann umgekehrt Rückmeldung geben über das eigene nonverbale Verhalten und die Wirkung auf den/die Patienten/in. Die anderen Axiome können in erster Linie zur Selbstreflexion beziehungsweise für das Feedback herangezogen werden.

2.1.3 Das Kommunikationsmodell von Schulz von Thun

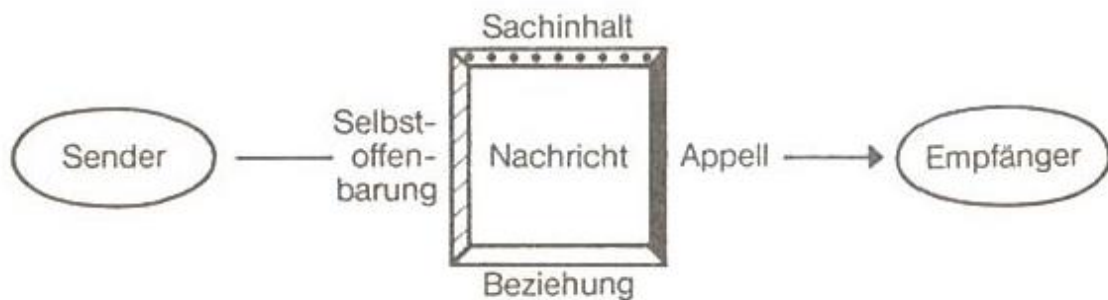
Das Nachrichtenquadrat oder Vierseitenmodell von Friedemann Schulz von Thun ist ein Modell aus der Kommunikationspsychologie. Es steht in der Tradition der personzentrierten Gesprächsführung von Carl Rogers und bezieht Ansätze aus der Psychologie mit ein, u.a. auch die Erkenntnisse von Paul Watzlawick. Schulz von Thun wollte ein Modell entwickeln, um praktische Kommunikationsprobleme analysieren zu können (vgl. Schulz von Thun 1996, S. 13).

Ausgehend von diesem klassischen Sender-Empfänger-Modell sagt Schulz von Thun, dass eine Nachricht aus vier Seiten bestehe, aus dem Sachinhalt, der Beziehung, der Selbstoffenbarung und dem Appell. Dies stellt eine Weiterentwicklung und Verfeinerung des zweiten Axioms von Paul Watzlawick dar, das besagt, dass jede Nachricht eine Inhalts- und Beziehungsebene hat.

Die Inhaltsebene ist hier der Sachinhalt, die Beziehungsebene drückt sich über die Selbstoffenbarung, Beziehung und Appell aus (vgl. ebd. S. 14f.).

Die nachfolgende Abbildung stellt diese vier Seiten einer Nachricht bildlich dar:

Abbildung 1: Die vier Seiten einer Nachricht



(Quelle: Schulz von Thun 1996, S. 30)

Im **Sachinhalt** einer Nachricht geht es in der Regel um Informationsweitergabe. Mit jeder Nachricht schickt der Sender aber auch etwas über sich selbst mit, diesen Aspekt nennt Schulz von Thun die **Selbstoffenbarung**. Auch die Ebene der **Beziehung** wird in der Kommunikation ausgedrückt. Oft zeigt sich dies durch Formulierungen oder anderen nichtsprachlichen Begleitsignalen. Diese Seite der Nachricht ist besonders sensibel. Die vierte Ebene beschreibt den **Appell**. Jede Art der Kommunikation hat diesen Anteil, der Sender möchte etwas bewirken beim Empfänger (vgl. Schulz von Thun 1996, S. 26f.; Elzer/Sciborski 2007, S. 117f.)

Dies bedeutet, dass ein und dieselbe Nachricht, mit all seinen verbalen und nonverbalen Anteilen, viele Botschaften gleichzeitig enthält. Weiters enthalten Nachrichten implizite oder explizite, kongruente oder inkongruente Botschaften. Sie enthalten auch eine Qualifizierung durch den Kontext, durch die Art der Formulierung, durch Mimik und Gestik beziehungsweise durch den Tonfall. Explizite Botschaften sind Botschaften, die ausdrücklich formuliert sind, implizit bedeutet, dass es in der Nachricht enthalten ist, ohne ausgesprochen zu sein. Die Hauptbotschaft in einer Nachricht sind laut Schulz von Thun die impliziten

Nachrichten. Implizite Botschaften werden oft nonverbal vermittelt, das heißt über die Sprache, Mimik, Gestik oder Tonlage. Das gleichzeitige Vorhandensein von verbalen und nonverbalen Anteilen in einer Nachricht eröffnet die Möglichkeit, dass sich beide ergänzen oder aber auch widersprechen. Eine Nachricht heißt dann kongruent, wenn sich alle Kanäle gegenseitig ergänzen und unterstützen, wenn alle Signale in dieselbe Richtung weisen und stimmig sind. Wenn sich verbale und nonverbale Botschaften widersprechen sind sie inkongruent (vgl. Schulz von Thun 1996, S.26f.; Elzer/Sciborski 2007, S.117f.).

Die gleichen vier Seiten des Nachrichtenquadrates finden sich auch auf der Perspektive des Empfängers. Schulz von Thun spricht von den vier Ohren des Empfängers. Dieser entschlüsselt die einzelnen Seiten der Nachricht. Dabei spielt die Persönlichkeit des Empfängers eine Rolle und aus den einzelnen Seiten einer Nachricht wird unterschiedliches hineininterpretiert. Dadurch kommt es zu Missverständnissen und Kommunikationsstörungen (vgl. Elzer/Sciborski 2007, S.117f.)

2.2 Kommunikative Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Pflege

Eine gelungene und professionelle Gesprächsführung in der Pflege setzt den bewussten Einsatz von unterschiedlichen, der jeweiligen Situation angepassten, Fähigkeiten und Fertigkeiten voraus (vgl. Elzer/Sciborski 2007, S. 12). Diese Fertigkeiten werden im folgenden Kapitel näher beschrieben.

2.2.1 Empathiefähigkeit

Empathie ist ein häufig verwendeter Begriff, der nicht nur in der Pflege, sondern auch in vielen anderen Bereichen wie Politik, Wirtschaft und im sozialen Miteinander Verwendung findet. Empathie zählt zu den sogenannten „Soft Skills“ und stellt eine wichtige soziale Kompetenz dar. Das besondere an Empathie ist, dass sie frei von Urteilen ist (vgl. Kirchberger/Skazlic 2011, S. 5).

Die Fähigkeit Mitgefühl zu entwickeln und Zuwendung zu geben kennzeichnet eine besondere Qualität der Beziehung zwischen Pflegeperson und Patient/in. Empathiefähigkeit ist eine wichtige Kompetenz in der Pflege, aber eine unsichtbare und nicht messbare Leistung. Sie bedeutet „Da Sein“, Leiden auszuhalten, Gefühle zulassen zu können und sich emotional auf andere einzustellen (vgl. Olbrich 2010, S. 113f).

Empathiefähigkeit gehört zur sozial-kommunikativen Kompetenz und ist eine wesentliche Voraussetzung für die Beziehung zwischen Pflegeperson und Patient/in. Um Empathie im Pflegealltag zu gewährleisten ist es notwendig empathisches Verstehen schon in der Pflegeausbildung zu fördern und zu stärken. Scheu (vgl. ebd. 2010, S. 23ff.) beschreibt ein Stufenmodell zum Trainieren von empathischem Verstehen. Basis bietet die Reflexion empathischer Haltungen und die Entwicklung der Wahrnehmungsfähigkeit. Dies kann mittels erfahrungsbezogenen Lernens aber auch mit einem szenischen Spiel erreicht werden. Weitere Dimensionen des Modells sind die Förderung der Perspektivenübernahme durch Bearbeitung von Fallgeschichten, erfahrungsbezogenes Lernen oder wieder mit Rollenspielen. Daneben muss der Prozess des empathischen Verstehens gefördert werden und der Theorie-Praxis-Theorie-Transfer eingeleitet werden. Dies gelingt durch Praxisbegleitungen, Reflexionen und Erfahrungsaustausch. Das Szenische Spiel oder Rollenspiel ist in jeder Dimension als eine wichtige Methode erwähnt und aus Sicht der Autorin, kann für alle Dimensionen auch Simulationstraining einen Effekt erzielen, mit dem Vorteil der noch größeren Realitätsnähe. Für die Reflexion empathischer Haltungen ist vor allem das sogenannte Debriefing, die Nachbesprechung im Rahmen eines Simulationstrainings, das geeignete Setting.

Kirchberger/Skazlic (vgl. ebd. 2011, S. 203f.) betonen, dass das Erlernen empathischer Eigenschaften einen sehr komplexen Prozess darstellt. Die Autorinnen haben aber auch nachgewiesen, dass durch ein intensives theorie- und praxisgeleitetes Training mit theoretischen Vorträgen, Übungen, Rollenspielen und Videosequenzen das Empathievermögen gesteigert werden kann.

2.2.2 Empathisches Zuhören

Um das emotionale Empfinden eines/r Patienten/in aufzunehmen, stehen mehrere Kommunikationskanäle zur Verfügung. Akustisch ist es wichtig auf den emotionalen Inhalt zu achten, auf eventuelle wiederkehrende Worte, auf einen sogenannten roten Faden. Auch Tonfall, Sprechtempo und Sprechpausen werden registriert. Gleichzeitig ist es notwendig die Mimik und Gestik zu beobachten, stimmt das verbale und nonverbale Verhalten überein? Wirkt der/die Patient/in kongruent? Empathisches Zuhören bedeutet alle Signale des/der Patienten/in aufzunehmen, vollkommen präsent zu sein. Eine Gesprächsmethode des empathischen Zuhörens ist es das Gesagte mit eigenen Worten zu wiederholen, dies wird paraphrasieren oder Aktives Zuhören oder Spiegeln genannt (vgl. Weinberger 2013, S. 51f.).

2.2.3 Aktives Zuhören

Weinberger (vgl. 2013, S. 51) bezeichnet Aktives Zuhören als einen Aspekt des empathischen Zuhörens. Es stellt eine Gesprächsmethode dar, die einen Anfang bildet, um in die subjektive Wirklichkeit des/der Klienten/in zu kommen und ist somit ein geeigneter Beginn für ein Gespräch. Um das Empfinden des/der Patienten/in aufzunehmen müssen mehrere Kommunikationskanäle aktiv sein. Akustisch ist es wichtig auf den Inhalt zu hören, vor allem auf den emotionalen Inhalt, aber auch auf Sprechpausen, Sprechtempo und auch auf eventuelle sich wiederholende Worte. Visuell kann man Mimik und Gestik beobachten, um herauszufinden, ob der/die Patient/in kongruent ist, dies bedeutet ob verbale und nonverbale Sprache übereinstimmen.

Engel (vgl. 2011, S. 89f) versteht unter Aktivem Zuhören das Wahrnehmen verbaler und nonverbaler Aussagen. Es ist eine spezielle Art des Zuhörens indem man dem Gesprächspartner deutlich zeigt, dass man Anteil nimmt. Um dies zu signalisieren ist es notwendig einerseits verbal zu reagieren, andererseits auch Pausen zuzulassen und Schweigen auszuhalten. Als verbale Techniken im Rahmen des Aktiven Zuhörens werden paraphrasieren und verbalisieren genannt. Paraphrasieren bedeutet die Wiederholung

beziehungsweise die Zusammenfassung des Gesagten mit eigenen Worten. Dadurch wird dem/der Patienten/in signalisiert, dass er/sie verstanden wurde. Oder es kann auch zur Klärung von Missverständnissen beitragen. Es ist ein Beitrag um eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen. Verbalisieren bedeutet die Erfassung und das Ansprechen der emotionalen Inhalte eines Gespräches. Damit wird vermittelt, dass die Gefühle des/der Patienten/in gerechtfertigt sind. Er ist wichtig auch vage Gefühlsregungen anzusprechen.

Stefanoni/Alig (vgl. ebd. 2009, S. 26f.) weisen darauf hin, dass Aktives Zuhören dem/der Patienten/in erleichtert, der Pflegeperson zu vertrauen und sie/er dann auch über unangenehme Dinge sprechen kann.

2.2.4 Konkretisieren

Um Problemsituationen erfassen zu können ist es notwendig, die Situation so konkret als möglich darzustellen und die Verhaltensebene und die Gefühlsebene getrennt darzulegen. Auch verschwommene Aussagen werden in nachvollziehbare und klare Aussagen umgewandelt (vgl. Engel 2011, S. 92).

2.2.5 Fragen stellen

Richtige Fragen zu stellen ist notwendig um einerseits notwendige Informationen zu erhalten aber auch um Gespräche zu strukturieren und zu leiten. Mit der Art und Weise wie Fragen gestellt werden nehmen Pflegende Einfluss auf den Gesprächsverlauf. Es gibt eine Reihe von Fragetypen, die in einem Gespräch zwischen Pflegeperson und Patient/in zum Einsatz kommen. Hier gibt es „Offene Fragen“, die ausführliche Antworten erlauben und gut geeignet sind als Einstieg in ein Gespräch. Dazu gehören „Hypothetische Fragen“, die wertvoll sind, um positive Erlebnisvorstellungen zu ermöglichen. Außerdem werden dadurch alternative Verhaltensweisen miteingeschlossen in die Überlegungen, was vor allem in Beratungsgesprächen sinnvoll ist. Auch „Explorierende“ oder „Zirkuläre Fragen“ sind sogenannte offene Fragen und erlauben ein Weiterführen des Gespräches (vgl. Engel 2011, S. 93f.; Stefanoni/Alig 2009, S. 27f.).

2.2.6 Informationen vermitteln

Informationen vermitteln zu können gehört ebenfalls zu den kommunikativen Kompetenzen in der Pflege. Hier ist es wichtig, dass die Informationen nicht zu viele Details beinhalten, um den Blick auf das Wesentliche zu behalten und es ist notwendig eine klare, prägnante Alltagssprache zu wählen um den/die Patienten nicht mit Fachsprache zu verwirren (vgl. Engel 2011, S. 95).

3 Der Kompetenzbegriff in der Pflege

Die Definition des Kompetenzbegriffes ist Bestandteil einer Vielzahl von Fachliteratur und wird sehr unterschiedlich und kontrovers diskutiert. Es existiert eine ganze Reihe an unterschiedlichen Bedeutungen und Kategorien. Kompetenz gilt als eigene Forschungsdomäne, denn Kompetenz, als Ausdruck menschlichen Seins, Denken und Handeln berührt nahezu alle Wissenschaftsgebiete (vgl. Olbrich 2009, S. 37). Eine Herleitung und Analyse des Begriffes in ausführlicher Form ist nicht Gegenstand dieser Arbeit, allerdings ist eine begriffliche Annäherung an die Frage was unter dem Begriff der Kompetenz, im speziellen der kommunikativen Kompetenz, zu verstehen ist, notwendig, um die Forschungsfrage beantworten zu können.

3.1 Definition Kompetenz

Im Pschyrembel wird Kompetenz wie folgt definiert: *„Wissen, Können, Fertigkeiten oder Zuständigkeiten eines Menschen in einem bestimmten Bereich sowie die Fähigkeit des Menschen, etwas bestimmtes zu tun“* (Schulte-Steinicke 2018, o.S.).

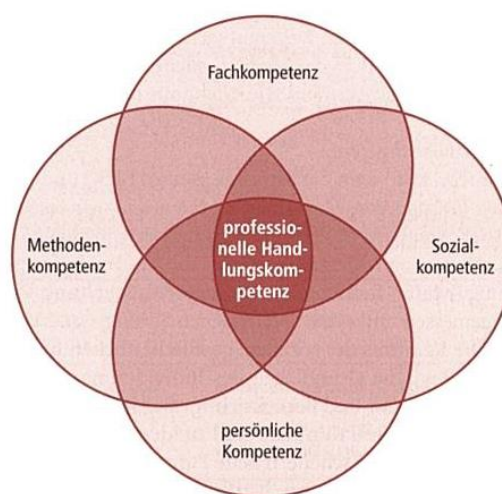
Die International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (kurz INACSL) definiert Kompetenz als standardisierte Anforderung an eine Person, um eine bestimmte Rolle richtig zu erfüllen. Dies umfasst eine Kombination aus konkretem und messbarem Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die für die Patientensicherheit und die Qualität der Patientenversorgung absolut notwendig sind (vgl. Meakim/Boese/Decker/Franklin/Gloe/Lioce/Sando/Borum 2011, S. 4). Olbrich zeigt die Komplexität der Pflege und des pflegerischen Handelns mit folgender Definition: *„Pflegekompetenz umfasst nicht nur einzelne Komponenten beruflichen Handelns, sondern ist der Ausdruck einzelner Komponenten der Person in ihrer Gesamtheit. Sie gestalten sich in einem Zusammenwirken mit dem Patienten, einschließlich des Umfeldes beider Personen. Sie kann als transaktionales und relationales Konstrukt definiert werden. Sie ist gekennzeichnet durch Dynamik, Prozess und Offenheit“* (Olbrich 2010, S. 131).

Weiters versteht Olbrich (ebd. 2010, S. 131) unter Pflegekompetenz „...die Stärke der Person, in komplexen, nicht vorhersagbaren Situationen selbstorganisiert zu handeln.“ Hierfür erscheint die Methode der Simulation geeignet, da in der Simulation komplexe Situationen nachgestellt werden, und die Teilnehmer/innen somit in einem geschützten Rahmen diese Kompetenzen erlernen können.

Auch für Elzer/Sciborski (vgl. ebd. 2007, S. 42) bedeutet Kompetenz das Zusammenwirken von verschiedenen Fähigkeiten zu einer professionellen Handlungskompetenz. Die sprachliche Herkunft des Begriffes leitet sich vom lateinischen Verb „competere“ ab, das „zusammentreffen“ bedeutet und von dem Substantiv „competentia“, das Eignung bedeutet. Die vier Basiskompetenzen sind die Fachkompetenz, Methodenkompetenz, Sozialkompetenz und persönliche Kompetenz. Hervorzuheben ist hier, dass persönliche, soziale und kommunikative Kompetenzen anthropologische und persönliche Fähigkeiten darstellen, die schon vor der beruflichen Sozialisation entwickelt werden, aber durch die berufliche Sozialisation weiterentwickelt werden müssen. Folgende Abbildung 2 veranschaulicht das Modell der vier Basiskompetenzen.

Abbildung 2: Die vier Basiskompetenzen

Abbildung 2-6: Das Modell der vier Basiskompetenzen.



(Quelle: Elzer/Sciborski 2007, S. 43)

Rappsilber (vgl. ebd. 2011, S. 15) unterscheidet zwischen Personaler Kompetenz, Sozial-kommunikativer Kompetenz, Fach- und Methodenkompetenz und Handlungskompetenz. Der Begriff der sozial-kommunikativen Kompetenz wird unterschiedlich diskutiert und als Globalkonstrukt verwendet, der Auslegungsspielraum ist groß. Es werden eine Vielzahl von sozialen Eigenschaften, Fertigkeiten, Fähigkeiten und auch Schlüsselqualifikationen wie Kommunikationsfähigkeit, Empathie, Konfliktfähigkeit und Teamfähigkeit darunter verstanden (vgl. Rappsilber 2011, S. 18).

In Abgrenzung zu den Begriffen Fähigkeiten und Skills stellt Benner an den Begriff der Kompetenz eine höhere Fähigkeit der Pflege, denn sie verbindet Kompetenz mit pflegerischen Urteilen und Handeln, hingegen Fähigkeiten werden als psychomotorische Basisfunktionen beschrieben. Unter kompetentem Handeln versteht Benner das angewandte pflegerische Können in realen Praxissituationen (vgl. Benner 2017, S. 35).

3.2 Kommunikative Kompetenz

Elzer/Sciborski (vgl. ebd. 2007, S. 43) verstehen unter kommunikativer Kompetenz eine professionelle Form der Kommunikation und Interaktion, um sich in unterschiedlichen Situationen adäquat zu verhalten. Es geht um die *„Fähigkeiten, professionelles Fachwissen mit kommunikativen Methoden in einer sozial definierten Situation unmittelbar anzuwenden“* (Elzer/Sciborski 2007, S. 41f.).

Professionelles Fachwissen ist aus Sicht der Autorin das Wissen darüber, wie Kommunikation funktioniert. Hierzu eignet sich aus Sicht der Autorin das im vorigen Kapitel beschriebene Modell von Schulz von Thun sehr gut. Auch das Wissen um die Axiome von Paul Watzlawick sind notwendig, um ein Gespräch professionell zu führen. Kommunikative Methoden sind die kommunikativen Fertigkeiten und Fähigkeiten, die im Kapitel 2.2. dargestellt sind. Die von Carl Rogers beschriebene Grundhaltung mit positiver Wertschätzung, Kongruenz

und Empathie bilden aus Sicht der Autorin die Grundlage und Basis der kommunikativen Kompetenz in der Pflege.

Die kommunikative Kompetenz wird als Verbindungsebene zwischen den vier Basiskompetenzen verstanden, um letztendlich zu einer professionellen Handlungskompetenz zu kommen. Die folgende Abbildung 3 soll die zentrale Position der kommunikativen Kompetenz veranschaulichen (vgl. Elzer/Sciborski 2007, S. 41-42).

Abbildung 3: Das Modell der kommunikativen Kompetenz

Abbildung 2-7: Das Model der kommunikativen Kompetenzen.

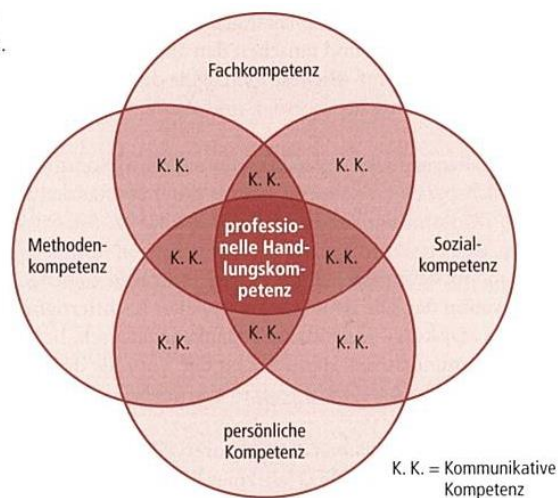
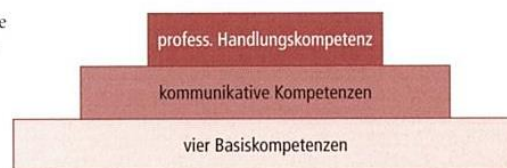


Abbildung 2-8: Kommunikative Kompetenzen als Verbindungsebene.



(Quelle: Elzer/Sciborski 2007, S. 47)

Kommunikative Kompetenzen stellen eine Mischung aus anthropologischen und aus persönlichen psychosozialen Fähigkeiten dar, die einerseits vor der beruflichen Sozialisation entwickelt wurden, andererseits aber auch in der beruflichen Ausbildung weiterentwickelt werden müssen (vgl. Elzer/Sciborski 2007, S. 50).

Die Erfahrung der Autorin zeigt, dass diese Vermittlung kommunikativer Fähigkeiten in der Ausbildung oft vernachlässigt wird, da sie als persönliche Begabung gesehen werden. Herzig-Walch (vgl. ebd. 2010, S. 517ff.) bestätigt dies und weist darauf hin, dass es wichtig ist diese Fähigkeiten weiterzuentwickeln und zu trainieren. Neben Grundlagen der Kommunikation und Gesprächstechniken müssen situationsbezogenes Wahrnehmen, Einschätzung und Bewerten geübt werden.

Elzer/Sciborski (vgl. ebd. 2010, S. 50f.) beschreiben drei unterschiedliche Niveaus kommunikativer Kompetenzen. Das nichtprofessionelle Niveau, in dem es um Alltagskommunikation geht, das semi- oder paraprofessionelle Niveau, damit sind allgemeine Kenntnisse der Kommunikation gemeint, auch Gesprächsführungstechniken, und zuletzt das professionelle Niveau. Hier geht es um fundierte Theoriekenntnisse über Kommunikation und auch praktische Anleitung oder Supervision.

Im Curriculum für den FH- Bachelorstudiengang Gesundheits- und Krankenpflege vom FH Campus Wien ist angeführt, dass neben fachlichen Kompetenzen auch sozialkommunikative Kompetenzen erworben werden sollen. Die Absolventen sollen über einen professionellen Umgang, der durch Kongruenz, Eigeninitiative, Empathie und Wertschätzung gekennzeichnet ist, verfügen. Weiters können die Absolventen/innen Grundsätze der theorie- und konzeptgeleiteten professionellen Kommunikation und Beratung anwenden, sie können differenziert, klar, verständlich und zielgerichtet kommunizieren, Kommunikationsbarrieren erkennen und adäquate Hilfestellungen initiieren. Sie sind in der Lage ihre eigene verbale und nonverbale Kommunikation auf die unterschiedlichen Zielgruppen auszurichten und eine gelungene Interaktion zu gewährleisten und sie können Informationen professionell aufbereiten und weitergeben. Prinzipiell sind sozialkommunikative Kompetenzen integrative Bestandteile des vorgelegten Curriculums die in allen Modulen erworben werden können. Im Modul Kommunikation und im Modul Beratung werden spezielle Inhalte dazu vermittelt, die die Basis darstellen, um oben genannte Kompetenzen zu erreichen. Die Lehrveranstaltungen zum Modul Kommunikation und Beratung sind als integrierte Lehrveranstaltung mit

überwiegend aktiven Methoden beschrieben (vgl. Fachhochschule Campus Wien 2017, S. 20f.). Simulationstraining als Unterrichtsmethode wird im Curriculum nicht beschrieben, könnte aber aus Sicht der Autorin in den Übungen einfließen.

4 Kompetenzerwerb in der Gesundheits- und Krankenpflege

Im vorangegangenen Kapitel wurde der Begriff der Pflegekompetenz und im speziellen der Begriff kommunikative Kompetenz geklärt. Nachfolgendes Kapitel beschäftigt sich mit der Frage wie Kompetenz entwickelt wird (vgl. Olbrich 2010, S. 175).

4.1 Stufen der Pflegekompetenz nach Benner

Der Mathematiker Stuart Dreyfuss und der Philosoph Hubert Dreyfus haben auf der Grundlage von Untersuchungen an Schachspielern und Piloten ein Modell des Kompetenzerwerbs entwickelt, indem ein Lernender beim Erwerben und Vertiefen einer Fertigkeit fünf Stufen durchläuft. Er beginnt als Anfänger, wird zum fortgeschrittenen Anfänger, geht weiter als Kompetent, dann Erfahren und endet in der Expertenstufe (vgl. Benner 2017, S. 67ff.) Patricia Benner hat dieses Modell auf den Kompetenzerwerb in der Pflege umgelegt. Sie beschreibt die fünf Stufen des Kompetenzerwerbs in der Pflege wie folgt. Auf der ersten Stufe ist der/die Lernende **Anfänger/in** und handelt ausschließlich nach Regeln.

Anfänger/innen verfügen über keinerlei Erfahrungen mit den Situationen, in denen sie agieren sollen. Sie können größere Zusammenhänge nicht erkennen. Hier wird der Unterschied deutlich zwischen einer Kompetenzebene, die durch schulisch vermittelbare Grundsätze und Theorien erreicht werden kann und die Ebene, auf der die Fähigkeit zu kontextabhängigen Beurteilen und Handeln erworben wird, was nur in realen Situationen möglich ist. Die zweite Stufe wird als **Fortgeschrittene/r Anfänger/in** bezeichnet. Hier kommt zum theoretischen Wissen bereits praktische Erfahrung hinzu, und die/der Lernende kann in konkreten Situationen reagieren. Es werden aber noch Hilfestellungen beim Setzen von Prioritäten gebraucht, da noch mit allgemeinen Richtlinien gearbeitet wird. In Stufe drei wird der/die Lernende zur **Kompetent Pflegenden**. Diese arbeiten noch nicht so schnell wie erfahrene Pflegenden, haben aber das Gefühl, dass sie den meisten Situationen gewachsen sind. Die

erlernten Handlungsanweisungen können an die jeweilige Situation angepasst werden und die/der Lernende kann Verantwortung für ihr/sein Tun übernehmen. Auf dieser Stufe können Lernende davon profitieren, frei erfunden Problemlagen, in denen Entscheidungen getroffen werden müssen, durchzuspielen, um Übung im Planen und in der Koordination zu erhalten. Stufe vier wird als **Erfahrene Pflegende** bezeichnet. Auf dieser Stufe können Lernende Situationen als Ganzes erfassen und situativ handeln. Aufgrund ihrer ganzheitlichen Auffassung fällt es ihnen leicht, Entscheidungen zu treffen. Sie erkennen sofort die Problematik einer Situation und sind in der Lage adäquat zu reagieren, Prioritäten zu setzen, unwichtige Möglichkeiten auszuschließen und zum Kern des Problems vorzudringen. Wer sich auf dieser Stufe befindet, lernt am besten durch Fallbeispiele, die sich möglichst vielschichtig darstellen und realen Praxissituationen ähnlich sind. In der fünften Stufe, **die/der Pflegeexpertin/Pflegeexperte**, ist die Pflegeperson mit ihrem Erfahrungsschatz in der Lage jede Situation intuitiv zu erfassen, ohne viel Zeit mit der Betrachtung von Alternativen zu verlieren (vgl. Benner 2017, S. 57ff). Der Einfluss von Benner auf die moderne Pflege ist hoch, ihre Publikationen beeinflussen die Lehrpläne in Pflegeausbildungen weltweit.

4.2 Kompetenzentwicklung in Lern- und Handlungsdimensionen

*„Kompetenz ist lehr- und lernbar, das Wesentliche dazu ist die Selbstreflexion“
(Olbrich, 2010, S. 175).*

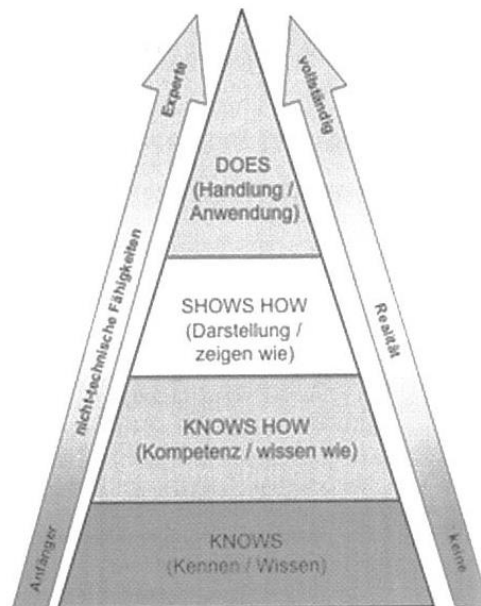
Auf die Frage, wie Kompetenz entwickelt und gefördert werden kann, bezieht sich Olbrich (vgl. ebd. 2010, S. 175ff) auf die Dimensionen des pflegerischen Handelns. Sie geht von der Grundannahme aus, dass Wissen allein noch nicht automatisch zu Können führt. Um eine umfassende Kompetenz zu entwickeln muss einerseits der Lehrstoff didaktisch effektiv vermittelt werden aber es müssen auch wesentliche Elemente der lernenden Person selbst hinzukommen auf eine Weise, die es ermöglicht, das eigene Lernen und Handeln zu reflektieren und bewerten. Das Wissen wird erst über das Handeln zum

Können. Aus diesem Grund ist es notwendig, das Handeln zu reflektieren und es zu bewerten und dies muss schon in der Ausbildung trainiert werden. Nur dann ist gewährleistet, dass Pflegepersonen ihr berufliches Handeln später auch reflektieren können (vgl. Olbrich 2010, S. 175f). Olbrich gliedert den Kompetenzerwerb durch Lernprozesse in vier Dimensionen. **Das Regelgeleitete Handeln** bildet die erste Dimension. Hier werden Fähigkeiten und Fertigkeiten gelernt, die für den Beruf wichtig erscheinen. Das Lernen orientiert sich an Vorgaben der Lehrbücher und erfolgt im kognitiven und pragmatischen Bereich. Die zweite Dimension bildet das **situativ-beurteilende Handeln**. Hier kommt Wissen schon gezielt zur Anwendung. Erreicht wird diese Dimension durch konditionales Lernen. So wird die Fähigkeit zur Abschätzung und Beurteilung einer Situation gefördert. Es geht darum, wann und wo das erworbene Wissen und die entwickelten Fertigkeiten eingesetzt werden können. Neue didaktische Entwicklungen zum konditionalen Lernen finden sich im Rahmen des Einsatzes von Simulationspatienten/innen. Der Dimension des **reflektierenden Handelns** liegen reflektierende Lernprozesse zugrunde. Hier wird metakognitiv das eigene Handeln reflektiert und beurteilt. Zur professionellen Kompetenz in der Pflege gehört die systematische Reflexion auf verschiedenen Ebenen. Pflegepersonen müssen sich reflektieren können über das Angebrachtsein der Pflegemaßnahme, über das Befinden des/der Patienten/in, über die optimale Zusammenarbeit und über die eigene Einstellung zur Pflegehandlung. Dies kann nur über das tatsächliche Tun erlernt werden. Diesbezügliche Lernprozesse müssen in der Ausbildung, sowohl in der Theorie als auch in der Praxis, strukturiert integriert werden, nur dann kann sich diese Kompetenz entwickeln. Der Dimension des **aktiv ethischen Handelns** liegen sehr komplexe Lernprozesse zugrunde (vgl. Olbrich 2010, S. 175f).

4.3 Lernpyramide nach Miller

Die 1990 von Miller vorgestellte Lernpyramide wird häufig im Zusammenhang mit Simulation herangezogen, um verschiedene Kompetenzniveaus zu beschreiben, pflegerisches Handeln zu messen und das stufenweise Erlernen der klinischen Kompetenz aufzeigt.

Abbildung 4: Die Lernpyramide nach Miller



(Quelle: Russo/Nickel 2013, S. 122)

Die Basis dieser Pyramide bildet das Wissen oder „Knows“, das laut Miller (vgl. Miller 1990, S. 63) zweifellos wichtig und auch gut messbar ist, aber alleine als Kompetenz nicht ausreicht. Allerdings bildet es den Grundstock jedes Handelns. Wichtig für Auszubildende ist auch zu wissen, wie man dieses Wissen einsetzt. Sie müssen die Fähigkeit entwickeln, Informationen aus einer Vielzahl von Quellen zu beschaffen, zu analysieren und interpretieren und schließlich Erkenntnisse daraus ziehen. Dies symbolisiert die zweite Ebene der Pyramide, das „knows how“. Aber selbst dies zeigt immer noch nicht, ob die Auszubildenden auch wissen, wie sie ihr Wissen am Patienten anwenden können. Dies wäre die nächste Stufe, das „shows how“. Die letzte Stufe in der Pyramide zeigt sich dann im praktischen Feld, in der echten Situation (vgl. Miller 1990, S. 63).

Die Unterscheidung zwischen den unterschiedlich zu erreichenden Kompetenzniveaus ist notwendig, um die Art des Simulators auszuwählen. Zum Erreichen der ersten Stufe ist keine besondere Realitätsnähe notwendig. Für die zweite Stufe (knows how) können sich Auszubildende konkrete Techniken und Arbeitsschritte mithilfe von Low Fidelity Simulatoren aneignen. Hier ist die

Einbettung des Simulators in eine reale Situation noch nicht ausschlaggebend. Zum Erreichen der dritten Kompetenzstufe (shows how) ist das Simulieren einer nahezu echten klinischen Situation notwendig. Hier müssen High Fidelity Simulatoren oder Simulationspatienten/innen eingesetzt werden (vgl. Russo/Nickel 2013, S. 122). Auch Mörzinger (vgl. 2018, S. 79f.) beschreibt, dass zur Erreichung der Handlungskompetenz auf Ebene zwei, dem „knows how“ sogenanntes Skills Training ausreichend ist. Um die dritte Kompetenzstufe zu erreichen ist Simulationstraining zielführend, da es auf einem dynamischen Ablauf beruht, auf die Realität ausgerichtet ist und somit auf klinische Herausforderungen fokussiert.

Erlam/Smythe/Wright-St Claire beschreiben in ihrem Paper die Wichtigkeit der Integration der drei Lerntheorien Behaviorismus, Kognitivismus und Konstruktivismus als Grundlage für effektives Simulationstraining mit maximalen Lerngewinn (vgl. ebd. 2017, S. 779-787). Aus diesem Grund hält die Autorin es für wichtig, die Grundlagen dieser Lerntheorien im folgenden Kapitel genauer zu beschreiben.

5 Lerntheorien

Lerntheorien beschreiben Vorstellungen und Ideen davon, wie Lernen abläuft und welche Variablen beteiligt sind. Je nach Lerntheorie ergeben sich unterschiedliche Folgen für die Lehre und Didaktik. Aus diesem Grund ist es notwendig, sich mit diesem theoretischen Hintergrund auseinanderzusetzen (vgl. Lehner 2009, S. 96).

Im alltäglichen Sprachgebrauch wird unter Lernen die aktive Aneignung von Wissen durch Instruktion oder Schulung verstanden. Aus lernpsychologischer Sicht muss dies allerdings erweitert werden. Hier wird Lernen als Erfahrungsprozess verstanden, der zu einer permanenten Änderung des Verhaltens führt (vgl. Bodenmann/Perrez/Schär/Tepp 2004, S. 14). *„Lernen ist eine aus Erfahrung resultierende, relativ überdauernde Veränderung im Verhalten oder in den mentalen Prozessen eines Organismus. Bei der Veränderung kann es sich dabei um den Erwerb, die Konsolidierung, die Abschwächung oder die Veränderung von Wissen, Fertigkeiten oder Mustern im Verhalten, Denken oder Fühlen handeln“* (Gazzaniga/Heatherton/Halpern 2017, S. 315). Lernen ist wichtig, wir erhalten dadurch grundlegende Fähigkeiten wie Gehen, aber auch komplexe Fähigkeiten wie das Steuern eines Flugzeuges (vgl. ebd. S. 315).

Eine weitere Definition von Lernen beschreibt Hobmair (ebd. 2016, S. 79) *„der Erwerb neuer bzw. die Änderung bestehender Verhaltens- und Erlebnisweisen als Folge von Erfahrung und Übung.“* Es wird also nur dann von Lernen gesprochen, wenn der Erwerb neuer oder die Änderung bestehender Verhaltensweisen durch die Auseinandersetzung mit bestimmten Umweltsituationen zustande kommt. Lernen umfasst zusätzlich noch den Prozess der Verarbeitung von Informationen (vgl. ebd. 2016, S. 79).

In neuen Ansätzen der Lernpsychologie beinhaltet der Begriff Lernen auch den Aufbau und die Veränderung der kognitiven Strukturen aufgrund von Erfahrungen. Dies zeigt sich aufgrund eines Lernprozesses in einer Änderung der Wissensstruktur. Der Lernprozess selbst ist nicht beobachtbar, beobachtbar

ist das Verhalten vorher und nachher, daraus schließt man den dazwischen liegenden Lernprozess (vgl. Hobmair 2016, S. 80).

Lerntheorien beschreiben und erklären den Vorgang des Lernens. Um den Einfluss der Simulationen auf das Lernen zu maximieren müssen mindestens drei pädagogische Grundlagen berücksichtigt werden, der Behaviorismus, der Kognitivismus und der Konstruktivismus (vgl. Erlam/Smythe/St Clair 2017, S. 779-787).

Im folgenden Kapitel werden diese drei Theoriesysteme in der Reihenfolge ihres Entstehens beschrieben, da sie für schulisches Lernen und damit auch für Lernen mit Simulation bedeutsam sind.

5.1 Behaviorismus

Behaviorismus als Bildungsphilosophie ist die früheste theoretische Grundlage, die in der Bildungsforschung identifiziert wurde. Die Grundlage des Blickwinkels moderner Psychologie auf das Lernen findet man maßgeblich in den Arbeiten von John Watson (1878-1958). Er gilt als Gründer des Behaviorismus nachdem er die Arbeiten von Iwan Pawlow gelesen hatte, der Experimente mit Hunden durchführte und dafür auch den Nobelpreis erhielt. Behavioristen erforschen das beobachtbare Verhalten von Organismen. Intrapsychische Prozesse werden als Inhalte einer Black Box definiert, über die keine wissenschaftlichen Aussagen möglich sind. Das Ziel von Watson war beobachtbares Verhalten, er zerlegte alles Verhalten in Reiz und Reaktion. Skinner (1904-1990) griff dieses Konzept auf und entwickelte es weiter. Der Behaviorismus geht davon aus, dass alles Verhalten erlernt ist und wieder verlernt werden kann. Verantwortlich für die Weitergabe von Wissen ist der/die Lehrer/in, der/die Lernende ist passive/r Empfänger/in. Auf Skinner gehen die sogenannten Konditionierungstheorien zurück, die im Anschluss noch genauer beschrieben werden, da sie auch im Simulationstraining eine Rolle spielen (vgl. Gerrig 2016, S. 203; Bodenmann et al 2004, S. 17).

5.1.1 Klassisches Konditionieren

Der Begründer des klassischen Konditionierens ist der russische Physiologe Iwan Petrowitsch Pawlow. Er experimentierte mit Hunden und stellte fest, dass ein ursprünglich neutraler Reiz eine Signalfunktion übernimmt und dann eine physiologische Reaktion auslöst. Aus dieser Beobachtung leitete er das Gesetz der Kontiguität ab. Dies besagt, dass für das Gelingen einer Konditionierung der neutrale Reiz mehrmals miteinander, zeitlich kurz nacheinander und räumlich beieinander liegen muss, nur in Ausnahmefällen erfolgt eine Konditionierung schon aufgrund einer einzigen Verknüpfung. Als klassisches Konditionieren wird demzufolge der Prozess der wiederholten Koppelung eines neutralen Reizes mit einem unbedingten Reiz bezeichnet. Dabei wird der ursprünglich neutrale Reiz zu einem bedingten Reiz, der eine bedingte Reaktion auslöst. Als Ergebnis dieses Lernprozesses zeigt sich neues Verhalten. Die heutigen Lerntheoretiker gehen davon aus, dass beim Menschen nicht so sehr die objektiven Reizgegebenheiten wichtig sind, sondern im Vordergrund die subjektive Interpretation steht. Auch bei der klassischen Konditionierung interpretiert der/die Lernende aktiv seine/ihre Situation, auch seine bisherigen Erfahrungen und Kenntnisse spielen eine wichtige Rolle (vgl. Hobmair 2016, S. 151f).

5.1.2 Operantes Konditionieren

Vertreter des operanten Konditionierens haben sich damit auseinandergesetzt, wie sich die Konsequenz des Verhaltens auf das Verhalten selbst auswirkt. Edward Thorndike (1874-1949), Professor für Psychologie an der Columbia University hat sich mit pädagogischer Psychologie befasst und herausgefunden, dass ein zufällig erfolgreiches Verhalten beibehalten wird, während erfolglose Verhaltensweisen abnehmen. Dies wird als Lernen am Erfolg bezeichnet, oder auch Lernen durch Versuch und Irrtum. Während bei der klassischen Konditionierung die Reiz- Reaktions- Verbindungen untersucht werden, trat in der Theorie von Thorndike der Zusammenhang zwischen Verhalten und seinen Konsequenzen in den Vordergrund. Burrhus Frederic Skinner begann vor über 60 Jahren dieses Wissen genauer zu untersuchen und

weiterzuentwickeln und durch diese Arbeiten gewannen die behavioristischen Lerntheorien zunehmend an Bedeutung. Er begründete das Lernen durch Verstärkung. Positive Verstärkung ist der Prozess, der dazu führt, dass ein Verhalten vermehrt auftritt, wenn dadurch angenehme Konsequenzen herbeigeführt werden. Wird ein Verstärker bewusst eingesetzt, spricht man von Lob oder Belohnung (vgl. Hobmair 2016, S. 159f.; Bodenmann et al 2004, S. 94f.).

Behavioristisches Lernen wird häufig als sogenanntes Alltagslernen bezeichnet und geschieht zumeist unbewusst. Bestimmte Reize lösen eine gewisse Reaktion aus. Diese Verknüpfung von Reiz und Reaktion wird beim Konditionieren genutzt, indem bestimmte Verhaltensweisen immer wieder geübt werden, bis das gewünschte Resultat erreicht wird. Eine zusätzliche Verstärkung wird durch eine Belohnung gesetzt. Der behavioristische Kernsatz über Lernen lautet demzufolge, dass Verstärkung des Verhaltens durch die Umwelt Lernen bewirkt. Die dazu passende pädagogische Intervention ist, gewünschtes Verhalten durch Lob zu verstärken und nicht erwünschtes Verhalten zu löschen (vgl. Meyer 2013, S. 59).

Behavioristische Methoden, die in der Simulation eingesetzt werden sind unter anderem routinemäßiges Lernen, die Möglichkeit der Wiederholungen von Handlungen und das modulare Lernen. Konditionierungstheorien des Lernens, die sich aus dem Behaviorismus ergeben sind ebenfalls hilfreich bei der Maximierung des Simulationsdesigns. Wenn ein Verhalten auf Konditionierung positiv verstärkt wird ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass es wieder eingesetzt wird. Kritisch anzumerken ist, dass sich der Behaviorismus weder mit der Kreativität und der Autonomie der Lernenden auseinandersetzt und auch innere Vorgänge nicht berücksichtigt. Es ist ein reduktionistischer Ansatz, der es notwendig macht auch andere Lerntheorien in das Simulationsdesign miteinzubeziehen, die sich mehr auf die Fähigkeiten der Lernenden konzentrieren Situationen zu lösen und kritisch zu bewerten (vgl. Erlam/Smythe/St Clair 2017, S. 779-787).

5.2 Kognitivismus

Im Behaviorismus wurden, wie im vorangegangenen Kapitel beschrieben, innerpsychische Vorgänge weitgehend ausgeklammert und beobachtbares Verhalten untersucht. In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts belegten immer mehr Forschungsprozesse, dass Lernprozesse nicht so einfach waren wie die Behavioristen behauptet hatten. Lernen im Kognitivismus wird als individueller, aktiver und kognitiv gesteuerter Informationsverarbeitungsprozess gesehen und verstanden (vgl. Meyer 2013, S. 59; Bandura 1979, S. 8). Diese Lerntheorie stellt ebenso einen wichtigen Pfeiler des Lernens mit Simulation dar, hier spielt vor allem das Lernen am Modell, das Lernen durch Beobachtung eine große Rolle. Nach einer kurzen Erklärung der Funktionen werden die Lernenden aufgefordert das neue Wissen auszuprobieren. Begriffe werden zu Begriffsketten zusammengesetzt und ermöglichen die Lösung von Problemen (vgl. Meyer 2013, S. 59).

5.2.1 Lernen am Modell

Menschen erlernen eine Vielzahl von Verhaltensweisen durch Beobachtung von Personen, die als Vorbild gelten. Diese Vorbilder nennt man in der Psychologie Modell. Lernen am Modell beschreibt einen Prozess, indem die Person, die beobachtet, bestimmte Verhaltensweisen übernimmt, die sie bei der anderen Person gesehen hat. Dadurch kommt es zu einer Verhaltensänderung. Ob Menschen ein bestimmtes Verhalten beachten, um es zu lernen hängt von verschiedenen Faktoren ab, wesentlich ist unter anderem auch die Motivation. Nur, wer sich vom Beobachten und Durchführen einer Verhaltensweise einen Vorteil verspricht wird dies auch tun. Innerhalb der Psychologie gibt es verschiedene Theorien des Modelllernens, als besonders bedeutsam hat sich die **sozial-kognitive Theorie** von Albert Bandura erwiesen (vgl. Hobmair 2016, S. 178f.; Bodenmann et al 2004, S. 230f.). Bandura beschreibt in seinem Grundlagenwerk, dass Menschen nicht nur auf äußere Einflüsse reagieren, sondern dass sie die Reize, die auf sie einwirken selbst auswählen und umformen, er spricht von einem Selbstregulierungsprozess. Dies bedeutet, dass Menschen selbst die treibende Kraft für ihre Veränderung sind. Durch das

Beobachten Anderer macht man sich eine Vorstellung davon, wie dieses Verhalten ausgeführt werden kann und dies gilt dann als Handlungsrichtlinie (vgl. Bandura 1979, S. 10f.).

Lernen am Modell stellt die sozialen Situationen ins Zentrum des Lernens. Verhalten kann laut Bandura durch verschiedene Möglichkeiten gelernt werden, eine davon ist durch alleiniges Beobachten. Ob und welches Verhalten tatsächlich gelernt wird hängt vom Verhaltensrepertoire und von der Motivation der Person ab. Bandura unterteilte den Vorgang des Modelllernens in die Phase der Aneignung und in die Phase der Ausführung. In der Aneignungsphase wählt der Beobachter die für ihn wichtigen Bestandteile des Verhaltens aus und beobachtet sehr exakt. Das Gesehene wird solange gespeichert, bis ein Nutzen vom Zeigen der erlernten Verhaltensweise erkennbar ist. Es wird in Form von bildlichen oder sprachlichen Symbolen im Gehirn gespeichert, deshalb spricht Bandura von symbolischer Repräsentation. Um beobachtetes Verhalten zu zeigen, muss man das Gespeicherte in angemessene Handlungen und Verhaltensweisen umsetzen. Dies geschieht in der Ausführungsphase. Die Kodierungen, die im Gedächtnis gespeichert sind und für ein spezielles Verhalten benötigt werden, werden ausgewählt und organisiert. Dieser Vorgang muss mehrmals geübt werden, damit er Erfolg bringt. Als Bedingungen für Modelllernen werden verschiedene Merkmale genannt. So werden eher Modelle gewählt, die gewinnende Eigenschaften besitzen, Menschen mit hohem Ansehen oder Menschen, die sympathisch sind eignen sich sehr gut als Modell, da sie eher beachtet werden. Die Persönlichkeitsmerkmale des/der Beobachters/in spielen ebenso eine Rolle wie die Beziehung zwischen Beobachter/in und Modell. Eine positive emotionale Beziehung, die sich in Wertschätzung, Verstehen und Echtheit zeigt begünstigt die Nachahmungsbereitschaft ebenso wie die Abhängigkeit des/der Beobachters/in vom Modell. Ein weiteres wesentliches Kriterium ist die emotionale Befindlichkeit des/der Beobachters/in. Diese wirkt sich auf die Wahrnehmung aus. Befindet sich der/die Beobachter/in in einem mittleren Erregungszustand wirkt sich das positiv auf die Wahrnehmungsleistung aus. Fühlt sich der/die Beobachter/in hingegen bedroht und hat Angst wirkt es sich negativ aus. Ebenso wie beim operanten Konditionieren gibt es auch in der

sozial-kognitiven Theorie den Grundsatz, dass die Konsequenzen von Handlungen wesentlich das Verhalten bestimmen. Bandura spricht hier von Bekräftigungen, die als förderlicher Faktor gelten, aber im Gegensatz zum Konditionieren nicht als notwendige Bedingung (vgl. Hobmair 2016, S. 178f.; Bodenmann et al 2004, S. 230f.; Bandura 1979, S. 31f.). Im Rahmen der Simulation ist der Kognitivismus der Grund dafür, warum auch Zuschauer einen Lerngewinn haben.

5.3 Konstruktivismus

Der Konstruktivismus wird der Erkenntnistheorie zugeordnet. Er beruht auf der Annahme, dass alles Wissen und jede Erkenntnis nur in den Köpfen von Menschen existiert und dass das denkende Subjekt Wissen nur auf der Grundlage eigener Erfahrung konstruieren kann. Das bedeutet es gibt keine objektive Realität, Wissen wird als Konstrukt gesehen, das vom Lernenden selbst durch Interpretation entsteht. Bei dieser Lerntheorie steuert der Lernende das Lernen selbst. Der Wissenserwerb erfolgt konstruktiv in Abhängigkeit von Vorwissen, Wahrnehmung, Handlungskontext und Affektlage. Er kann nicht vorausgeplant werden, ist individuell und kann nur gelenkt werden. Wissen ist somit dynamisch und entsteht aus Problemlösungssituationen (vgl. Olbrich, 2009, S. 68). Vertreter des Konstruktivismus findet man in verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen, die alle von einigen wichtigen Grundannahmen ausgehen, diese allerdings unterschiedlich gewichten. Die Grundannahmen, die aus Sicht der Autorin wesentlich sind für Simulationstraining werden in Folge beschrieben: Jedes Lebewesen steht zwar in ständigem Austausch mit seiner Umwelt, ein direkter Austausch von Wissen findet allerdings nicht statt, da Wissen nicht übertragen wird, sondern es muss vom Lernenden selbst neu geschaffen werden (vgl. Roth 1987, S. 235 zit.n. Oelke/Meyer 2014, S. 115).

Die Konstruktivisten gehen weiters davon aus, dass Wissen und Erkenntnisse nicht unmittelbar mit Hilfe unsere Wahrnehmung aufgebaut werden, sondern nur durch eigenes Handeln (vgl. Oelke/Meyer 2014, S. 116f.). Die Lernenden stehen als Individuum im Mittelpunkt, der/die Lehrer/in wird als Coach gesehen,

der/die unterstützt, aber nicht beeinflussen kann, was genau gelernt wird (vgl. Meyer, 2013, S. 60f.).

In der Durchsicht der Literatur über Skills Training und Simulationstraining stößt man überall auf das Konzept des Cognitive Apprenticeship, das aus diesem Grund infolge näher beschrieben wird.

Cognitive Apprenticeship ist ein konstruktivistischer Ansatz für praktisches Lernen, und damit auch als Konzept für Simulationstraining geeignet (vgl. Meyer, 2013, S. 60f.). Es basiert auf den Forschungen von Collins, Brown und Newman die in einer Studie festgestellt haben, dass schulische Wissensvermittlung ungeeignet ist für berufliche Ausbildung. Es werden der berufspädagogische Ansatz und die traditionellen Handwerkslehre miteinander kombiniert. Daraus entwickelten sie ein phasenbezogenes Instruktionsmodell für die praktischen Anteile einer Ausbildung. Hier versucht man die Vorteile einer praktischen Lehre auch für die theoretische Ausbildung sichtbar zu machen. Der/die Lehrer/In nimmt eine Art Vorbildfunktion ein, wird zum Modell. Zusätzlich zu diesem behavioristischen Ansatz bietet Cognitive Apprenticeship einen unmittelbaren Leitfaden zur Gestaltung von Lernsituationen an, der vom/von dem/der Lehrer/in bewusst eingesetzt werden kann. Lernpsychologisch liegt der Schwerpunkt dabei auf der Verknüpfung von theoretischen und praktischen Inhalten, sowie es das Konzept der handlungsorientierten Kompetenzentwicklung auch vorsieht (vgl. Schewior-Popp 2014, S. 170f.). Lernen am Modell in der kognitiven Berufslehre erfolgt in insgesamt sechs Schritten der Anleitung. Im ersten Schritt, dem Modeling, erläutert der/die Lehrer/in die Denkweise und die einzelnen Schritte bei der Lösung einer Aufgabe, indem sie/er die kognitiven Prozesse ausspricht und die Schritte begründet. Die Lernenden hören zu, beobachten und entwickeln so ein eigenes Modell vom Weg der Problemlösung. Daraus kann der/die Schüler/in eigene Vorgehensweisen ableiten. Im zweiten Schritt, dem Coaching, übernimmt der/die Lehrer/in die Rolle eines Coaches, unterstützt die Lernenden bei der Bearbeitung einer Aufgabe, beobachtet und steht für Feedback zur Verfügung. Die Lernenden analysieren die Aufgabe und versuchen Lösungen zu finden. Schritt drei nennt sich Scaffolding und Fading. Hier macht der/die

Lehrer/in eventuelle lösungsorientierte Vorschläge, zeigt Teilschritte nochmal vor und zieht sich als Instruktor immer mehr zurück. Articulation nennt sich Schritt vier, hier fordert der/die Lehrer/in die Lernenden zu einer Beschreibung und Erläuterung der Aufgabenbewältigung auf und kommentiert beziehungsweise bewertet die Beschreibungen. Die Lernenden beschreiben und argumentieren ihre Lösungen und denken über mögliche Lösungsvarianten nach. Der Schritt fünf wird Reflection genannt. Die Lernenden reflektieren mit anderen Lernenden ihre Lösungen, der/die Lehrer/in hilft den Reflexionsprozess zu strukturieren. Als letzte und sechste Phase wird die Exploration genannt, in der der/die Lehrer/in Hilfen zur Verfügung stellt für das weitere selbstständige Arbeiten. Die Lernenden haben nun die volle Verantwortung für ihr Lernen, suchen Wege das eigene Handeln zu verbessern sowie zu trainieren und gehen selbstkritisch damit um (vgl. Schewior-Popp 2014, S. 170f.).

6 Simulationstraining

Laut Waxmann (vgl. ebd. 2010, S. 29) ist Simulation eine Lehr- und Lernmethode, bei der Situationen aus der beruflichen Praxis möglichst realitätsnah imitiert werden, es handelt sich um eine geschaffene reale Welt.

Es ist das Nachbilden von möglichst realitätsnahen Situationen und kann mit einer Theatervorstellung verglichen werden. Es gibt einen Ort, an dem Simulation stattfindet, dies ist die Bühne, und einen zweiten Raum, von dem aus die Zuschauer beobachten. Beim Simulationstraining mit einem Mannequin, das sind lebensgroße Übungspuppen, gibt es auch noch einen dritten Raum, indem die Lehrpersonen die Technik bedienen. Die essentielle Aufgabe der Instruktorin bzw. des Instructors besteht darin eine realitätsnahe Sequenz zu gestalten, damit ein hoher Lernerfolg erreicht werden kann. Ziel des Simulationstrainings ist es, den Auszubildenden einen sanften Übergang von Theorie und Praxis zu ermöglichen (vgl. Mircic 2017, o.S.).

Weiters betont Gaba (vgl. ebd. 2004, S. 2), dass simulationsbasiertes Lernen keine Technologie ist, sondern eine Methode, die echte Erfahrungen durch geführte Erlebnisse ersetzt, um die Auszubildenden in einer interaktiven Art und Weise wesentliche Aspekte der realen Welt erfahren lässt.

Alanazi, Nicholson und Thomas (vgl. ebd. 2017, S. 1f.) definieren Simulation als „...*an exercise that mimics realistic functions in a simulated environment.*“ Simulationstraining bietet eine leistungsstarke Lernerfahrung indem die Auszubildenden die Möglichkeit erhalten, theoretisches Wissen in die Praxis umzusetzen. Sie können Fähigkeiten üben und in der Theorie erworbenes Wissen in der Praxis anwenden ohne Angst haben zu müssen, dass Patienten/innen zu Schaden kommen.

Um Simulationstraining in der Pflegeausbildung als effektive Lernmethode zu nutzen ist es notwendig, dass Lehrende über umfangreiche Kompetenzen in der Planung und in der Anwendung von Simulationsszenarien verfügen. Effektives Simulationslernen ist nicht so sehr abhängig von Räumlichkeiten

oder technischem Zubehör sondern von der didaktischen Vor- und Nachbereitung des/der Lehrers/in (vgl. Siebert/Frey/Beeh/Stiefvater/Bürkle/Schumann 2018, S. 64).

Auch Meyer/Rall/Baschnegger/Lazarovici/Urban (vgl. ebd. 2016, S. 943) betonen, dass der Erfolg der Simulation einerseits mit der Relevanz der Szenarien aber hauptsächlich von der Kompetenz der Instruktoren abhängt. Dies bedeutet dass der Instruktor neben seiner fachlichen Kompetenz vor allem eine hohe soziale und methodische Kompetenz haben muss.

6.1 Geschichte der Simulation

Die Simulation in Bezug auf Fertigkeiten für einen Beruf gibt es schon seit 1915. Damals wurden erste Versuche mit Flugsimulatoren angestellt, diese wurden speziell für die Luftfahrt rasch weiterentwickelt und ausgereift. Die Aus- und Fortbildung von Piloten und Pilotinnen mit hochmodernen, rechnergesteuerten Simulatoren ist in der heutigen Zeit nicht mehr wegzudenken. Anfangs waren die Ziele des Simulationstrainings beschränkt auf technische Fertigkeiten, mittlerweile wurde es auf komplexe Faktoren, Kommunikation und auch Teamwork erweitert (vgl. Thomeczek 2013, S. VII). Auch in der Medizin gibt es eine lange Tradition im modellhaften Lernen, Patientensimulatoren, wie sie heute verwendet werden, haben ihre Ursprünge in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts. 1961 wurde von Dr. Stephen Abrahamson, einem Ingenieur, Donald Carter, ebenfalls Ingenieur und Dr. Judson Denson, einem Arzt der „SimOne“ entwickelt. Dieser Simulator bestand aus einem Torso, der auf einem Tisch lag und erstaunlich echt aussah. Geübt werden konnte die endotracheale Intubation. Durch die technischen Innovationen Ende des 20. Jahrhunderts gab es auch die Möglichkeit echte Simulationspuppen, wie sie heute zu finden sind, zu entwickeln. Zu dieser Zeit kam es auch zu einem Wandel in der pädagogischen und ethischen Haltung. Früher lernten Mediziner die notwendigen Fertigkeiten durch Beobachtung und Anleitung von erfahrenen Kollegen/innen. Diese Herangehensweise wurde zunehmend kritisiert, da sie weder aus ethischen Gründen noch aus Aspekten der Patientensicherheit heraus vertretbar war. Simulation als Lehrmethode hat

somit auch eine entscheidende ethische Komponente erhalten in der Medizin. Angehende Ärzte/innen können Fertigkeiten zuerst an Simulationspuppen trainieren bevor sie diese bei einem/r Patienten/in anwenden (vgl. St.Pierre/Breuer 2013, S. 324f.).

Die 2002 gegründete International Nursing Association für Clinical Simulation & Learning (INASCL) beschreibt die Anfänge der Simulation in der amerikanischen Pflegeausbildung in den 70er Jahren. Die INASCL fördert Forschungen zum Thema Simulation in der Pflegeausbildung und einmal monatlich erscheint das elektronische Journal „Clinical simulation in nursing“. Während Simulationstraining international schon seit vielen Jahren etabliert befindet sich der deutschsprachige Raum noch am Anfang der Entwicklung und es gibt verhältnismäßig wenige Ausbildungsstätten, die Simulationstraining einsetzen (vgl. Loewenhardt/Wendorff/Büker/Keogh 2014, S. 64).

Das Lernen mit Simulationspatienten/innen wurde 1963 von Dr. Howard Barrows in South Carolina aus einer damaligen zeitlichen Notlage heraus entwickelt. Er instruiertes seine Frau eine Patientin mit starken neurologischen Symptomen zu spielen, die von seinen Studenten/innen untersucht wurde. Er beobachtete und gab im Anschluss Feedback. Damit war eine neue Lehrform entwickelt (vgl. Frei-Blatter/Ochsner-Oberarzbacher 2008, S. 113).

6.2 Arten von Simulatoren

Die Möglichkeiten, die Simulatoren der heutigen Zeit bieten sind vielfältig und sie lassen sich nach ihrem technischen Können unterscheiden. Der Begriff „Fidelity“ kann übersetzt werden mit Genauigkeit oder Wiedergabetreue und beschreibt inwieweit der Simulator die Realität wiedergeben kann. *High Fidelity Simulatoren* sind computergesteuerte lebensgroße Übungspuppen, die programmierbar sind. Sie können physiologische Reaktionen auf die Handlungen der Anwender/innen zeigen. Sie sind in der Lage Vitalzeichen wie Puls, Atemfrequenz und Herztöne zu simulieren und während einer Simulation zu verändern. Hiermit können komplexe Pflegesituationen in Form von

Szenarien dargestellt werden. *Low Fidelity Simulatoren* sind statische Puppen oder Modelle, die nahezu unbeweglich sind. Auch einzelne Arme aus Gummi zählen zu den Low Fidelity Simulatoren. Sie werden auch klassische Skills- und Tasktrainer genannt. Damit können grundsätzlich einfache und klar definierte Abläufe trainiert werden wie zum Beispiel intravenöse Injektionen oder das Setzen einer Magensonde. Sie sind geeignet zum Erwerb technischer Fähigkeiten (vgl. Russo/Nickel 2013, S. 122; Loewenhardt/Wendorff/Büker/Keogh 2014, S. 65).

Grundsätzlich gilt „*Je höher die angestrebte Kompetenzstufe, desto notwendiger ist Realitätsnähe*“ (Russo/Nickel 2013, S. 123).

Meyer (vgl. ebd. 2013, S. 56) weist darauf hin, dass Simulatoren zwar faszinierend seien mit all den Möglichkeiten die sie bieten, allerdings soll ein Simulator kein Selbstzweck sein. Ausschließlich das Beherrschen der Technik ist kein Garant für einen guten Lernerfolg. Dies wird auch von Rall/Oberfrank (vgl. ebd. 2016, S. 30) bekräftigt, die betonen, dass der entscheidende Einflussfaktor für die Qualität und den Lernerfolg des Simulationstrainings nicht die technischen Begebenheiten sind, sondern die didaktische Aufbereitung des Trainings.

Welche Simulatoren verwendet werden, hängt von den im Vorfeld definierten Zielen und Kompetenzen, die die Auszubildenden erreichen sollen, ab. Hierfür wird in einschlägiger Literatur meist die Lernpyramide von Miller herangezogen, um verschiedene Kompetenzniveaus zu beschreiben. Mithilfe dieser Pyramide schlüsselt Miller die verschiedenen Aspekte von Wissen auf. Zum Erreichen des ersten Kompetenzniveaus, indem es um Wissen geht, ist keine Simulation notwendig. Der Einsatz von Low Fidelity Simulatoren beginnt beim Erwerb der zweiten Kompetenzstufe. Hier geht es um das Erlernen von klar begrenzten Techniken, um den Erwerb einzelner Fähigkeiten wie zum Beispiel Blut abnehmen oder Blutdruck messen. Für die Kompetenzstufe 3 und 4 ist die Realitätsnähe von großer Bedeutung und wird immer wichtiger. Hier ist die Integration der erlernten Techniken wichtig (vgl. Russo/Nickel 2013, S. 122f.).

Eine weitere Möglichkeit Simulationstraining durchzuführen ist die Simulation mit Simulationspatienten/innen, die sich besonders für das Training von kommunikativen Kompetenzen eignen, wie vielfach bestätigt wird (vgl. Peters 2018, S. 14; Schlegel 2015, S.6; Bachmann/Roschlaub/Scherer 2014, S.39). Aus diesem Grund bezieht sich die Autorin in Folge auch ausschließlich auf Simulationstraining mit Simulationspatienten/innen.

6.3 Simulationstraining mit Simulationspatienten/innen

Je nach Institution werden Simulationspatienten/innen auch standardisierte Patienten/innen, Schauspielpatienten/innen oder Simulationspersonen genannt (vgl. Schlegel/Shaha 2007, S. 773). In Österreich, Deutschland und der Schweiz hat sich der Begriff Simulationspatient/in durchgesetzt. Im angloamerikanischen Raum findet man die Begriffe „simulated patient“, „standardized patient“ oder „simulated participant“. Die Association of standardized Patients Education unterscheidet zwischen standardisierten Patienten/innen und simulierte Patienten/innen. Der Einsatz von standardisierten Patienten/innen wird für Prüfungen empfohlen, wie sie im Rahmen von Objective Structured Clinical Examination stattfinden. Standardisiert heißen sie deshalb, weil sie ihre Rolle immer gleich und nach strengen und einheitlichen Vorgaben spielen müssen, damit alle Auszubildenden dieselben Vorgaben haben. Dazu gehören identische Eröffnungsstatements, feste Antworten auf bestimmte Fragen und auch ein klar definierter und beschriebener emotionaler Zustand. Anders sieht es beim Kommunikationstraining aus, hier sollen Simulationspatienten/innen durch die Interaktion mit den Auszubildenden den Lernprozess fördern. Sie haben eine größere Freiheit in der Rollendarstellung, können eigene biografische Elemente einfließen lassen und dürfen auch improvisieren. Der Schwerpunkt hier liegt am Feedback, das die Simulationspatienten/innen am Ende des Trainings dem Auszubildenden geben (vgl. Schlegel 2015, S. 8; Association of standardized Patients Education 2017, o.S.; Peters 2018, S. 15).

Ortwein, Frömel und Burger (vgl. ebd. 2006, S. 23f) beschreiben die Vorteile beim Einsatz von Simulationspatienten/innen vor allem dadurch, dass neben

klinischen Kompetenzen auch kommunikative Fähigkeiten trainierbar sind. Für das Kommunikationstraining wird positiv und fördernd vor allem die sehr hohe Realitätsnähe erwähnt und die mit weniger Angst beladene Situation.

Kiessling (vgl. ebd. 2002, S. 143f.) bestätigt dies. In der Ausbildung von Gesundheitsberufen, vor allem zum Training kommunikativer Fähigkeiten, haben sich mittlerweile Simulationspatienten/innen etabliert. Ein wesentlicher Vorteil beim Einsatz von Simulationspatienten/innen wird die fast reale klinische Situation und somit die hohe Realitätsnähe angesehen. Gleichzeitig ist die Situation nicht so angstbeladen als mit realen Patienten/innen und dies fördert den Lernprozess. Im Gegensatz zum Unterricht mit realen Patienten/innen wird als weiterer Vorteil die bessere Kontrollierbarkeit der Komplexität der Fälle angegeben. Die simulierten Fälle können genau an die zu trainierenden Kompetenzen angepasst werden. Simulationspatienten/innen werden auch zu Situationen herangezogen, die für reale Patienten/innen aufgrund einer hohen emotionalen Belastung nicht zumutbar wären. Es ist auch möglich sie wiederholt im Unterricht einzusetzen, dies wäre für echte Patienten/innen schwieriger. Und sie können den Auszubildenden konstruktives Feedback über die positiven aber auch negativ empfundenen Aspekte der Gesprächsführung geben, im Gegensatz zu realen Patienten/innen und im Gegensatz zu Übungspuppen, sie müssen allerdings dafür geschult werden.

Als weitere Vorteile sieht Peters (vgl. ebd. 2018, S. 14) die zeitliche Verfügbarkeit der Simulationspatienten/innen, sie können die bestimmte Persönlichkeiten oder Erkrankungen wiederholt spielen und das Verhalten der Simulationspatienten/innen ist auch vorhersehbar für die Trainer/innen. Es lassen sich Anamnesegespräche, Beratungsgespräche oder auch Krisengespräche üben, es besteht auch die Möglichkeit Gespräche mit sensiblen Patienten/innengruppen wie zum Beispiel Patienten/innen mit Krebserkrankungen nachzustellen. Dennoch weist Peters auch kritisch darauf hin, dass es trotz aller Realitätsnähe immer noch ein Rollenspiel bleibt, da sie keinen echten Leidensdruck oder keine echte Erkrankung haben und somit die Interaktion nicht die gleiche ist wie in einer echten Situation.

Schroeder (vgl. ebd. 2011, S. 52f.) beschreibt, dass Simulationspatienten/innen meist Laienschauspieler/innen sind, die anhand einer Rollenbeschreibung geschult werden, damit sie in der Lage sind spezielle Verhaltensweisen, Probleme und Symptome möglichst realistisch darzustellen. Sie können Charakteristiken von Patienten/innen, Angehörigen, Pflegenden oder auch Ärztinnen spielen. Sie betont allerdings, dass Rollen, die starke emotionale Herausforderungen beinhalten auf jeden Fall echten Schauspielern/innen vorbehalten sein sollen. Die Rollenbeschreibung ist das Kernstück beim Training mit Simulationspatienten/innen. Sie ist an den Ausbildungsstand der Auszubildenden angepasst und meist dient ein realer Fall als Grundlage. Wichtig ist, dass die Rolle so exakt wie möglich beschrieben ist, damit der/die Simulationspatient/in in der Lage ist diese zu verkörpern. Weitere wichtige Inhalte der Rollenbeschreibung sind der Ort der Handlung, Lernziele für den Auszubildenden, eine Beschreibung der momentanen Situation mit Auszügen aus der Krankengeschichte, eventuell Anamnese, körperlichen und psychischen Symptomen. Für den/die Simulationspatienten/in ist eine genau Beschreibung des Verhaltens wichtig, Fragen, die gestellt werden müssen genauso wie eventuell Informationen, die von Auszubildenden herausgefunden werden sollen. Außerdem müssen Angaben zum Raum, zur Zeit und zum vorhandenen Material gemacht werden (vgl. Schroeder 2011, S. 52f.).

Schlegel (vgl. ebd. 2015, S. 6f.) bestätigt dies und betont, dass das Feedback der Simulationspatienten/innen außerordentlich wichtig sei für den Lernprozess, da diese Rückmeldung der Wahrheit näher kommt als zum Beispiel Rückmeldungen von Patienten/innen, da diese in einem Abhängigkeitsverhältnis stehen. Im Berner Bildungszentrum Pflege, indem 100 Simulationspatienten/innen für Kommunikationstrainings beschäftigt sind, werden daher regelmäßig Schulungen durchgeführt. Diese beinhalten die Regeln des Feedbacks. Mithilfe von Simulationspatienten/innen lassen sich vor allem kommunikative Inhalte trainieren, hier soll der Lernprozess durch die Interaktion mit anderen Menschen gefördert werden. Das Feedback soll den Lernenden helfen, sich ihrem verbalen und nonverbalen Verhalten bewusst zu werden und Fähigkeiten und Schwächen im Gespräch mit Patienten/innen zu erfassen.

Auch die Auszubildenden erhalten eine Beschreibung mit für sie wichtigen Informationen und erhalten Zeit sich vorzubereiten. Die Begegnung zwischen Patient/in und Auszubildenden soll in einer möglichst realitätsnahen Umgebung stattfinden und nicht länger als 20 Minuten dauern. Eine weitere zentrale Aufgabe von Simulationspatienten/innen ist das konstruktive Feedback, das heißt die Rückmeldung über das geführte Gespräch. Dies findet meist unmittelbar nach der Simulation statt und dient zur Selbstreflexion und zur Weiterentwicklung der kommunikativen Kompetenz. So können die Auszubildenden ihr Gesprächsverhalten differenziert reflektieren (vgl. Schroeder 2011, S. 52f; Trappl 2018, o.S.).

Mit dem Einsatz von Simulationspatienten/innen als Lehrmethode können Auszubildende ihre psychomotorischen, interaktiven, kommunikativen und affektiven Fähigkeiten trainieren und auch reflektieren. Vor allem die Interaktion mit Patienten/innen wird trainiert und die Kompetenz im Umgang mit den Patienten/innen. Da im Rahmen des Trainings auch die Möglichkeit besteht Simulationspatienten/innen als Angehörige oder auch berufsübergreifende Personen einzusetzen können vielfältige Fähigkeiten trainiert werden. Das Simulationstraining mit Simulationspatienten/innen verringert auch die Angst vor der Praxis, da es Sicherheit gibt (vgl. Schlegel 2008, S. 135f.).

Außerdem, so betonen Bachmann, Roschlaub und Scherer (vgl. ebd. 2014, S. 39) bieten Simulationspatienten/innen eine gute Möglichkeit für Auszubildende den Umgang mit unterschiedlichen Patienten/innen mit ihren unterschiedlichen Charakteren zu trainieren, aber auch eigene Kommunikationsdefizite zu erkennen und zu analysieren. Dies hat eine hohe Relevanz für den Alltag.

Die Arbeit mit Simulationspatienten/innen ist mittlerweile im deutschsprachigen Raum curricular verankert und fest etabliert in den Hochschulen. In der Schweiz ist dies auch für Pflegeberufe der Fall, im österreichischen Curriculum leider nicht.

Zielsetzung des Curriculums ist auch in Österreich eine konsequente Kompetenzorientierung, das heißt eine Orientierung am Outcome und nicht am Input und um diese Ziele zu erreichen sollte der Einsatz von

Simulationspatienten ein zentraler Baustein innerhalb des didaktischen Konzeptes sein (vgl. Peters/Thiers 2018, S. 156).

6.3.1 Feedback von Simulationspatienten/innen

Da das Feedback von Simulationspatienten/innen eine Schlüsselrolle darstellt möchte die Autorin im nachfolgenden Kapitel detailliert darauf eingehen.

Feedback ist ein komplexes Geschehen und die Simulationspatienten/innen müssen gut geschult werden, damit ein effizienter Lernerfolg erreicht werden kann. Simulationspatienten/innen sind natürlich nur begrenzt in der Lage Feedback zu medizinischen Themen zu geben, aber sie sind kompetent Feedback im Bereich der kommunikativen und sozialen Kompetenzen zugeben. Ein entscheidender Aspekt für den Erfolg von Feedback ist die Glaubwürdigkeit der Quelle, dies ist im Bereich der kommunikativen und sozialen Kompetenz von Seite des/der Simulationspatienten/in gegeben, da ihnen die Perspektive des Patienten zugänglich ist. Mit dieser speziellen Sichtweise können sie den Lernenden rückmelden, was diese mit ihrem Verhalten und mit ihren Worten auslösen. Das, nach wissenschaftlichen Erkenntnissen zu vermeidende Feedback zur Person lässt sich hier kaum vermeiden, die Stärke dieses Feedbacks, nämlich die Subjektivität, ist hier gleichzeitig auch eine Schwäche. Daher ist es hier besonders wichtig eine wertschätzende und respektvolle Grundhaltung einzunehmen und kritisches Feedback so zu formulieren, dass es die Lernenden annehmen können und die Gefährdung des Selbstwertes so gering wie möglich gehalten wird. Das Feedback soll so konkret und spezifisch wie möglich sein und den Reflexionsprozess anstoßen. Wichtig hierfür sind das Senden von Ich- Botschaften, damit die Lernenden die Chance haben, die Rückmeldung nicht als persönlichen Angriff zu deuten sondern als subjektive Wahrnehmung, weiters ist eine direkte Ansprache von Feedbackgeber/in zu Feedbacknehmer/in wichtig. Es sollen konkrete Beispiele genannt werden und Verhalten der Lernenden muss beschrieben aber nicht bewertet werden. Ein Beispiel dafür wäre „als sie meine Hand gehalten haben habe ich mich ernstgenommen gefühlt“. Oder auch „...das hat mich unsicher gemacht“. Hier wird nur beschrieben was das Verhalten ausgelöst hat, aber es gibt keine

Wertung in positiv oder negativ. Bezogen auf die Wirkung können positive und negative Aspekte rückgemeldet werden, günstig ist es mit den positiven zu beginnen. Dies erhöht die Bereitschaft das Feedback anzunehmen. Ein weiterer Inhalt des Feedbacks muss sich auf veränderbares Verhalten beziehen. Da Feedback den Lernprozess fördern soll und dies auch oft mit einer Verhaltensänderung einhergeht ist es wichtig, dass der Feedbackgeber auch äußert, was er/sie sich anders gewünscht hätte. Abschließend ist es bei jedem Feedback wichtig sich zu vergewissern, ob die Botschaften verstanden wurden (vgl. Thrien 2018, S. 66f.).

Als geeignetes Modell um Feedback zu geben, erscheint der Autorin die Gewaltfreie Kommunikation (GFK) nach Marshall Rosenberg. Diese Methode erscheint sinnvoll, da sie alle oben genannten Kriterien erfüllt. Aufbauend auf den Erkenntnissen der humanistischen Psychologie von Carl Rogers entwickelte Marshall Rosenberg in den 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts das Modell der „Nonviolent Communication“. Dem Modell liegt eine wertschätzende und respektvolle Haltung zugrunde, es ist Haltung und Methode zugleich. Sie gründet sich auf sprachliche Fähigkeiten, die die Möglichkeiten erweitert selbst unter schwierigen Umständen menschlich zu bleiben. Und sie unterstützt bei der Gestaltung des sprachlichen Ausdrucks und bei der Art zuzuhören. Es hilft dabei Gefühle und Bedürfnisse klar auszudrücken, ohne den/die Feedbacknehmer/in zu beschuldigen, zu bewerten oder zu kritisieren. Sie hilft Bitten klar zu formulieren, ohne andere zu manipulieren und Kritik nicht persönlich zu nehmen. Der Prozess wird in vier Schritten beschrieben, wobei Rosenberg betont, dass es mehr als ein Prozess oder eine Sprache ist, sondern eine Haltung (vgl. Rosenberg 2016, S. 18f.).

Zuerst wird eine klare und genaue Beobachtung mitgeteilt, die sich auf das Verhalten und auf eine genaue Situation bezieht. Es wird weder bewertet noch interpretiert oder diagnostiziert. Rosenberg betont, dass dies die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass das Gegenüber offen bleibt und zuhören kann und sich nicht rechtfertigt oder verteidigt. Wenn Menschen Kritik hören, neigen sie dazu in eine Verteidigungshaltung zu gehen, und dies ist nicht sinnvoll. Die GFK ist eine prozessorientierte Sprache, wenn Bewertungen ausgesprochen

werden, dann nur auf der Grundlage von Beobachtungen und konkret bezogen auf die Zeit und den Handlungszusammenhang. Der nächste Schritt ist die Beschreibung der eigenen Reaktionen, der Gefühle. Hier sagt der/die Feedbackgeber/in welches Gefühl das Verhalten ausgelöst hat, Danach verbindet der/die Feedbackgeber/in sein/ihr Gefühl mit seinem/ihrem erfüllten oder unerfüllten Bedürfnis. Bedürfnisse sind in der Gewaltfreien Kommunikation die Motive für alle Handlungen und stehen stark mit den Gefühlen in Verbindung. Bedürfnisse sind die Ursache für die Gefühle. Den vierten Schritt stellt die Bitte dar, die in positiver Handlungssprache formuliert werden soll (vgl. Rosenberg 2016, S. 21f.). *„Das Ziel der Gewaltfreien Kommunikation ist es nicht, Menschen und ihr Verhalten zu ändern, damit wir unseren Willen durchsetzen; es besteht vielmehr darin, Beziehungen aufzubauen, die auf Offenheit und Einfühlsamkeit basieren, sodass sich über kurz oder lang die Bedürfnisse eines jeden Einzelnen erfüllen“* (Rosenberg 2016, S. 91).

6.4 Elemente des Simulationstrainings

Im kommenden Kapitel Elemente beschrieben, die in jedem Simulationstraining vorhanden sein müssen.

6.4.1 Das Prebriefing oder die Vorbesprechung

Jedes Simulationstraining soll mit einer Vorbesprechung, einem sogenannten Prebriefing beginnen. Hier wird das Fallbeispiel beziehungsweise das Szenario besprochen und die Lernenden erhalten einen Überblick über die zu erlernenden Fähigkeiten (vgl. Siebert et al 2018, S. 63).

Fanning/Gaba (vgl. ebd. 2006, S. 121) weisen darauf hin, dass nach einer Befragung die Mehrheit der Teilnehmer/innen betonten, dass eine gründliche Vorbesprechung zur Schaffung eines Vertrauensverhältnisses und zur Reduzierung der Angst unabdingbar sei.

Oftmals bestehen keine genauen Vorstellungen darüber, was mit einem Simulationstraining eigentlich erreicht werden soll. Um aber die gewünschten Effekte zu erzielen ist es notwendig Lernziele zu definieren, die Kompetenzen

beschreiben, die erlernt und geübt werden sollen. Dies muss schon in der Planung des Simulationstrainings erfolgen, da die Lernziele das Design und die Durchführung des Simulationstrainings bestimmen. Lernziele sind Dreh,-und Angelpunkte eines Simulationstrainings, weil sie Klarheit sowohl für die Teilnehmer/innen als auch für die Instruktoren/innen bringen. Im Prebriefing werden sie mit den Teilnehmern/innen besprochen und abgeglichen (vgl. Regener/Hagemann 2016, S. 143ff).

Hattie/Timberley (vgl. ebd. 2007, S. 211) weisen darauf hin, dass es für einen effektiven Lerngewinn notwendig ist, dass die Lernenden im Vorfeld ein vielfältiges Angebot an Lernzielen erhalten müssen, je spezifischer die Ziele sind umso größere Effekte auf die Lernleistung sind zu sehen. Die Ziele müssen eine angemessene Herausforderung darstellen und sowohl Lernende als auch Lehrpersonen müssen sich mit ihnen identifizieren können. Es ist wichtig, dass ein gemeinsames Verständnis der Erfolgskriterien entwickelt wird. *„Lernende sind eher bereit Anstrengungen auf sich zu nehmen, wenn das Ziel klar ist, die Wertschätzung und Verbundenheit dafür gewährleistet ist und der Glaube an einen bevorstehenden Erfolg groß ist.“* (Hattie/Timberley 2007, S. 211). Zielsetzungen bestärken den Lernenden darin auch schwierige Aufgaben zu bewältigen und führen somit zu einem hohen Engagement und guten Leistungen. Das anschließende Feedback ermöglicht den Lernenden die Ziele zu reflektieren und wenn die Ziele erreicht sind weitere Aufgaben und Ziele zu definieren. Damit kann ständiges Lernen aufrechterhalten werden (vgl. ebd. 2007, S. 212).

Lioce/Che

Reed/Lemon/King/Martinez/Franklin/Boese/Decker/Sando/Gloe/Mekim/

Borum (vgl. ebd. 2013, S. 15f.) weisen in den Standards of Best Practice von der INACSL ebenfalls explizit auf die Wichtigkeit der Lernzielerstellung im Vorfeld hin. Die Taxonomiestufen nach Bloom könnten ein Rahmen für die Entwicklung und Erstellung von diesen Lernzielen geben. In den 60er Jahren entstand die Orientierung nach Lernzielen. Sie beschreiben das Endverhalten von Lernenden nach Abschluss des Lernprozesses, beziehungsweise sie geben an, was eine/e Lernende/r nach einer Lehrveranstaltung zu tun in der

Lage ist. Sie sind auf der Ebene von Fertigkeiten und Kompetenzen anzusiedeln. Lernziele sind klar und präzise formuliert und es können Wissen und praktische Fertigkeiten, die als kognitive oder psychomotorische Lernziele bezeichnet werden, damit beschrieben und operationalisiert werden. Affektive Lernziele, die Gefühle und Einstellungen beschreiben, sind schwieriger zu operationalisieren. Die Taxonomiestufen nach Bloom sind kognitiv orientiert und so aufgebaut, dass die Komplexität zunehmend größer wird. Die Stufen stellen sich von oben nach unten wie folgt dar: Wissen, Verständnis, Anwendung, Analyse, Synthese und Beurteilung (vgl. Helmke 2015, S. 35; Glacza 2016, S. 17).

Die Lernziele, die Identifikation mit dem Szenario und die Realitätstreue sind ausschlaggebend für den Lernerfolg. Damit die Teilnehmer/innen die Ziele erreichen ist es notwendig, dass die Ziele konkret formuliert sind, realistisch sind, sie müssen in einem angemessenen Zeitrahmen erreichbar sein und sie müssen dem derzeitigen Wissenstand und der Erfahrung der Teilnehmer/innen angepasst sein (vgl. Lioce et al. 2013, S. 15f).

Lukat (vgl. ebd. 2008, S. 57) betont auch, dass die Lernenden genau über den Ort und den Zeitraum der Simulation informiert werden müssen. Es sollte auch ausreichend Zeit sein unangenehme Gefühle und Ängste thematisieren zu können.

6.4.2 Die Simulation

Der unterschiedliche Grad an Realitätsnähe einer Simulation schlägt sich in der Bezeichnung nieder. Er wird durch den Simulator, das Szenario und die Umgebung bestimmt. Lernszenarien mit konkretem Problembezug, die auf Fallbeispielen in Form von einfachen Skills Training aufbauen, werden als Low Fidelity Simulationen bezeichnet. Hierzu gehören auch Rollenspiele. Sie sind meist statisch und realitätsfern. Komplexe Szenarien mit hoher Realitätstreue in authentischen Lernsituationen nennt man High Fidelity Simulationen. Hierzu werden entweder Simulationspuppen oder Personen (sogenannte

Simulationpatienten/innen oder auch standardisierte Patienten/innen) zu Hilfe genommen (vgl. Koppenberg/Henninger/Gausmann/Bucher 2014, S. 2).

6.4.3 Das Debriefing/Nachbesprechung und Feedback

Historisch gesehen entstand die Praxis des Debriefings im Militär um militärische Nachbesprechungen zu strukturieren. Weiters wurden Debriefings therapeutisch verwendet um Kämpfer bei der Verarbeitung von Traumata zu unterstützen um sie so rasch als möglich wieder zurück an die Front zu schicken. Eine weitere Form von Debriefing wurde 1993 von Mitchell entwickelt um bei Ersthelfern Stress abzubauen nach einem traumatischen Erlebnis (vgl. Dieckmann 2013, S. 154f.).

Der Begriff Debriefing kommt aus dem englischen und bedeutet „kurze Nachbesprechung“. Beide Begriffe werden in der Literatur synonym verwendet. Es ist das Herzstück des Simulationstrainings, trägt am deutlichsten zum reflektierten Lernen in der Simulation bei und ergänzt die Erfahrungen, die die Teilnehmer/innen bei der Simulation gemacht haben (vgl. Dieckmann 2013, S. 154f.).

Fanning/Gaba (vgl. ebd. 2007, S. 121) bestätigen dies. „All respondents claimed that debriefing was the most important part of realistic simulator training, crucial to the learning process,...“, und sie betonen auch, dass ein schlecht durchgeführtes Debriefing den Teilnehmern/innen schaden kann.

Hagemann (vgl. ebd. 2016, S. 174) beschreibt das Debriefing als „*eine Diskussion und eine Analyse von gesammelten Erfahrungen im Team*“. Sie grenzt damit das Debriefing vom Feedback ab, das sich meist auf eine einseitige Rückmeldung über verschiedene Verhaltensweisen bezieht.

Voyer/Hatala (vgl. ebd. 2015) beschreiben Debriefing als Zeit, in der Lernende Maßnahmen reflektieren, Leistungslücken identifizieren, Verbesserungsbereiche diskutieren und Wissen und Fähigkeiten zusammenführen.

Es ist ein reflektierendes Gespräch über ein simuliertes Ereignis oder eine simulierte Situation, indem Handlungen, Gedankengänge, emotionale Zustände und andere Informationen der Teilnehmer ergründet und analysiert werden. Die Debriefler oder Instruktoren/innen beobachten die Leistungen der Teilnehmer/innen und beschreiben, bewerten und analysieren die Differenz zwischen erwarteter und beobachteter Leistung. Diese Differenz wird auch als „Leistungsdifferenz“ oder „performance gap“ bezeichnet. Auch hier wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es wichtig ist eine Lernumgebung zu schaffen, die eine psychologische Sicherheit gewährleistet (vgl. Simon/Raemer/Rudolph 2010, S.2).

Die Teilnehmer/innen analysieren in diesem Rahmen mit Hilfe des/der Instruktors/in ihr Verhalten selbst, reflektieren Stärken und Schwächen, die sie im Szenario zeigten, können über Handlungen nachdenken, Leistungslücken identifizieren und Wissen und Fähigkeiten festigen und sie erarbeiten eventuelle Handlungs- und Verhaltensalternativen. Abhängig vom Setting können Debriefings unterschiedliche Dauer haben, im Durchschnitt erstrecken sie sich über 20 - 40 Minuten. Auch werden je nach Thema und Lernziele unterschiedliche Techniken verwendet (vgl. Voyer/Hatala 2015, S. 67f).

Fanning/Gaba (vgl. ebd. 2007, S. 121) betonen, nach einer Umfrage in 14 europäischen Simulationszentren, dass alle Befragten das Stellen von offenen Fragen und das Verwenden von positiver Verstärkung als wesentliche Elemente eines guten Debriefings verstehen. Auch die Möglichkeit der Selbstreflexion ist für den Lernerfolg erforderlich. Die Befragten gaben weiters an, Elemente eines schlechten Debriefings seien zu starke Kritik, Spott und das Fokussieren auf Fehler.

Simon et al. (vgl. ebd. 2010, S. 5f) beschreiben sechs Elemente, die für effektive Debriefings wichtig sind. Als erstes Element wird die Notwendigkeit der Schaffung einer effektiven Lernatmosphäre beschrieben. Die Art und Weise, wie Instruktoren/innen das Simulationstraining gestalten wird als wesentlich für den Lernerfolg gehalten. Die Teilnehmer/innen müssen wissen, was von ihnen erwartet wird und es muss eine Atmosphäre geschaffen werden, in der die Teilnehmer/innen sicher sind, dass sie Fehler machen dürfen und dass sie ihre

Gedanken und Gefühle anschließend frei äußern dürfen, ohne Angst zu haben blamiert zu werden. Weiters ist an dieser Stelle auch das gemeinsame Erarbeiten von Lernzielen erforderlich. Das zweite Element beschreibt die Notwendigkeit die effektive Lernatmosphäre aufrecht zu erhalten und überschneidet sich in weiten Teilen mit dem ersten Element. Hier wird zusätzlich noch genannt, dass der/die Instruktor/in die Teilnehmer/innen während der gesamten Dauer des Trainings unterstützt, sich voll auf die Simulation einzulassen. Hier wird das häufige Problem genannt, dass die Teilnehmer/innen sich während einer Simulation manchmal schlecht fühlen, weil ihnen etwas nicht gelingt, oder weil sie mit der Technik nicht zurechtkommen oder auch weil die eingeschränkte Realitätstreue sie in ihrem Problemlösungsprozess irritiert. Instruktoren/innen können hier den Teilnehmern/innen helfen diese Aspekte einzubringen, indem sie sich die Beschwerden anhören und zulassen, den Fokus dann aber wieder auf die Lernziele lenken. Auch hier wird wieder darauf hingewiesen, dass Wertschätzung und Respekt den Teilnehmern/innen gegenüber wichtig ist. Das dritte Element beschreibt eine sinnvolle Struktur des Debriefings. Wichtig hier ist, dass den Teilnehmern/innen ermöglicht wird zu erzählen, wie es ihnen in der Simulation ergangen ist und auch Gefühle äußern zu dürfen. Danach ist es wesentlich zu analysieren was passiert ist und dann die Erkenntnisse beziehungsweise das Lernergebnis zusammenzufassen. Das vierte Element ist die Anregung einer intensiven Diskussion, an der alle Beteiligten teilnehmen. Das fünfte Element ist die Analyse der Differenz zwischen erwarteter und gezeigter Leistung. Hier soll der/die Instruktor/in den Teilnehmern/innen konkretes Feedback zu ihrer erbrachten Leistung geben, die Leistungsdifferenz feststellen und gemeinsam mit den Teilnehmern/innen die Ursache ergründen, die zur Leistungsdifferenz geführt haben. Als sechstes Element wird aufgezeigt, dass der/die Instruktor/in die Teilnehmer/innen unterstützt, gute Leistungen zu erreichen oder diese auch in Zukunft beizubehalten.

Zur Gestaltung eines effektiven Debriefings ist es notwendig, dass die Nachbesprechung von einem/r kompetenten Instruktor/in oder Moderator/in geleitet wird, der/die ein günstiges Umfeld schafft, indem offen kommuniziert werden kann, und Vertrauen und Respekt die Basis bildet für Selbstanalyse,

Feedback und kritische Reflexion. Ein eigener Raum soll dafür zur Verfügung stehen. Das Debriefing basiert auf einem theoretischen Rahmen, ist zielgerichtet strukturiert und bezieht die Ziele, die im Vorfeld erarbeitet wurden, ein. Ein wesentlicher Punkt im Debriefing stellt auch das Eingehen und Anerkennen von Emotionen dar, auf die Notwendigkeit der konzentrierten Aufmerksamkeit des/der Moderators/in wird ausdrücklich hingewiesen (vgl. International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning 2016, S. 21-25)

Da Feedback ein wichtiger Teil des Debriefings darstellt, insbesondere in der Simulation mit Simulationspatienten/innen, möchte die Autorin auf dieses Thema gesondert eingehen.

6.4.3.1 Feedback

In einem Review bestätigen Hattie und Timberley (vgl. ebd. 2007, S. 204f.), dass Feedback das Lernen und die Leistung effektiv beeinflusst, die Wirkung kann allerdings sowohl positiv als auch negativ sein. Es wird als einer der bedeutendsten Einflussgrößen auf den Lernprozess gesehen. Um die Wirkung voll entfalten zu können ist es wichtig, dass Feedback im Rahmen eines Lernkontextes gegeben wird, auf den es sich bezieht. Es ist Teil des Unterrichtes und wird als Teil eines konstruktivistischen Lernbegriffs verstanden und nicht als Verstärker im Sinne des Behaviorismus. Als Ziel von Feedback wird die Verminderung der Diskrepanz zwischen bisherigen Verständnissen und aktueller Leistung und angestrebten Verständnis und Leistung beschrieben. Um diese Lücke zu schließen ist von Seiten der Lehrpersonen ein Angebot an angemessenen, eindeutigen und herausfordernden Lernzielen notwendig. Das Feedback muss sich dann auch auf die Lernziele beziehen, muss klar sein und darf keine Bedrohung für das Selbst der Lernenden sein. Die größten Effekte zeigte Feedback in Studien, in denen die Auszubildenden gezielte Informationen über die bewältigte Aufgabe erhielten. Dies sind die im Prebriefing beschriebenen Lernziele, und das Feedback kontrolliert gegeben wird. Weit weniger war die Wirkung wenn sich das Feedback auf Lob oder Bestrafung bezog. Materielle extrinsische Belohnungen reduzieren die

intrinsische Motivation sogar signifikant, da sie die Übernahme von Verantwortung für die eigenständige Motivation unterwandern (vgl. Hattie/Timberley 2007, S. 208f.).

Thrien (vgl. ebd. 2018, S. 65) ergänzt hierzu, dass Feedback, das auf Schwächen aufmerksam macht immer das Selbstbild infrage stellt, aber gleichzeitig auch notwendig ist für den Lernprozess. Wird im Rahmen von Feedback auf Schwächen hingewiesen ist es wichtig, dass dies in einer sicheren, schützenden und respektvollen Umgebung geschieht, die es den Lernenden ermöglicht sich ohne Gesichtsverlust kritisieren zu lassen und das Repertoire an Handlungsmustern anzupassen. Diese Anpassung erfolgt in einer anschließenden Reflexion, die notwendig ist um neue Handlungsoptionen zu entwickeln. Weiters betont er auch, dass Feedback sich immer auf die Aufgabenerfüllung beziehen muss, nicht auf das Selbst, unspezifisches Lob bringt keinen Lernerfolg.

6.5 Lernförderndes Umfeld

Um die Forschungsfrage beantworten zu können ist es auch notwendig, sich mit der Frage auseinanderzusetzen, welches Klima, welche Lernatmosphäre am besten beim Lernen hilft.

Meyer (vgl. ebd. 2014, S. 23f.) weist darauf hin, dass Unterrichtsklima ein schwer fassbarer Begriff, aber auch ein unverzichtbarer Faktor ist, wenn es um das Thema Lehren und Lernen geht. Es entwickelt sich in einem dynamischen Prozess, der von vielen Einflüssen abhängig ist und hat einen großen Einfluss auf den Lernprozess jedes Einzelnen. Ein lernförderndes Klima ist in erster Linie gekennzeichnet durch gegenseitigen Respekt. Damit ist Wertschätzung gemeint, die auch an der gegenseitigen Höflichkeit erkennbar ist. Der/die Lehrer/in haben diesbezüglich viel Macht. Sie können wertschätzend agieren oder demütigend. Ein weiteres wichtiges Kriterium stellt die verlässliche Einhaltung der Regeln dar und die gemeinsam geteilte Verantwortung. Dies bedeutet dass die Schüler/innen auch selbst für ihren Lernprozess verantwortlich sind und auch für den Lernprozess ihrer Klassenkollegen/innen.

Auch der Gerechtigkeit und der Fürsorge des/der Lehrer/in kommt eine wichtige Rolle zu. Fürsorge ist notwendig, um die Lernfähigkeit und die Lernbereitschaft sicherzustellen. Schüler/innen, die das Gefühl haben, dass ihr Lehrer/in sie mag, lernen besser. Auch der konstruktive Umgang mit Fehlern wird als wichtig erachtet. Dazu gehört Toleranz in Lernsituationen und die Möglichkeit sich selbst zu korrigieren. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Schüler/innen ihre Fähigkeiten besser entfalten können und dadurch zu besseren kognitiven, sozialen und methodischen Leistungen kommen, wenn das Lernfeld positiv wahrgenommen wird (vgl. Meyer 2014, S. 23f.).

6.6 Anforderung an den/die Moderator/in

Die Bezeichnung Instruktor/in, Moderator/in oder Debriefler wird in der Literatur synonym verwendet. Die Autorin entscheidet sich ab hier für den einheitlichen Begriff des/der Moderators/in, da diese Bezeichnung den Aufgaben und der Haltung am nächsten kommt.

Andere Autoren (vgl. Ziegler/Rall/Braun/Hirsch/Bonberg/Friedrich 2015, S. 4f.) bekräftigen dies, indem sie feststellen, dass Moderatoren/innen im Simulationstraining überwiegend als Lernpartner/in und nicht als Wissensvermittler/in agieren, sie sind als Moderator/in oder als Coach zu verstehen und unterstützen die Teilnehmer/innen beim Lernen. Sie müssen über ein hohes Maß an sozialer und fachlicher Kompetenz verfügen, nicht nur in medizinischer und pflegerischer Hinsicht sondern auch in methodisch-didaktischer Hinsicht. Dies erfordert einen Paradigmenwechsel in der Rolle des/der Lehrer/in. Um dies zu verdeutlichen, stellt die Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Simulation in der Medizin (vgl. ebd. 2015, S. 6) die Moderne Moderation, wie sie im Simulationstraining gemacht wird dem Traditionellen Lehren gegenüber. In der modernen Moderation hilft der/die Moderator/in den Teilnehmern/innen über sich selbst nachzudenken und eine realistische Eigenwahrnehmung und ein Bewusstsein zu erlangen und regt die Diskussion unter den Teilnehmern/innen an und moderiert, hält sich selbst aber zurück. Der/die Teilnehmer/in steht im Mittelpunkt und nicht der/die Lehrer/in.

Nach Meyer et al. (vgl. ebd. 2016) liegen die wichtigsten Fähigkeiten eines/einer guten, qualifizierten Moderators/in darin, Lernziele strukturiert vermitteln zu können und ein/e guter Beobachter/in zu sein, der/die konstruktives Feedback geben kann.

Das INACSL Standards Committee (vgl. ebd. 2016, S. 16-20) beschreibt Kriterien, die ein/e Moderator/in erfüllen muss, damit die Teilnehmer/innen die erwarteten Ergebnisse erzielen. Der/die Moderator/in muss über ein vielfältiges Methodenrepertoire verfügen um individuell auf die Teilnehmer/innen eingehen zu können und sie in ihrer Kompetenzentwicklung zu fördern. Er/sie führt durch die gesamte Simulation und leitet das Prebriefing, die Simulation und das Debriefing. Er/sie verfügt über eine hohe Fachkompetenz und eine hohe personale Kompetenz, kann Beziehung zu den Teilnehmern/innen aufbauen die geleitet ist durch gegenseitigen Respekt und Vertrauen. Er/sie kann präzises, spezifisches Feedback geben und verschiedene Methoden von Debriefing anwenden.

Fanning und Gaba (2007) gehen auf die ethische Pflicht des/der Moderators/in ein, der/die eine vertrauliche und sichere Umgebung und ein unterstützendes Klima schaffen muss, in der sich die Teilnehmer/innen respektiert und wertgeschätzt fühlen. Sie müssen dadurch in der Lage sein ihre Erfahrungen offen und ehrlich zu teilen. Dies ist für den Lernerfolg wesentlich. Ein Bewusstsein für die Verwundbarkeit der Teilnehmer/innen muss von Seiten des/der Moderators/in gegeben sein (vgl. ebd. S. 115-125). Dies bestätigt eine Studie, in der die Forscher herausfanden, dass die Hindernisse für simulationsbasiertes Lernen darin zu finden sind, dass sich die Teilnehmer/innen gestresst fühlen und Angst haben vor den Urteilen der/des Moderators (vgl. Salvodelli/Naik/Hamstra/Morgan 2005, S. 944).

Es wird darauf hingewiesen, dass es für die vorbehaltlose Teilnahme aller entscheidend ist, eine Lernumgebung zu schaffen, die für alle Teilnehmer/innen eine psychologische Sicherheit bietet (vgl. Simon/Raemer/Rudolph 2010, S. 2).

Es wird auch betont, (vgl. Rudolph/Simon/Dufresne/Raemer 2006, S. 49f.) dass die innere Haltung des/der Moderators/in, mit der er/sie die Handlungen der Teilnehmer/innen beurteilt, von wesentlicher Bedeutung für den Debriefingprozess ist. Die Autoren/innen beschreiben drei grundsätzliche Haltungen und halten fest, dass sich der/die Moderator/in jederzeit bewusst sein muss welche Haltung er/sie einnimmt. Zum ersten gibt es da die verurteilende Haltung, in der der/die Moderator/in der Meinung ist, dass nur er/sie die Wahrheit kennt und die richtigen Lösungen für das Szenario hat. Dieser Ansatz kann die Teilnehmer/innen auch beschämen und Scham blockiert das Lernen. Zum zweiten gibt es die wertfreie Haltung, in der der/die Moderator/in derselben Meinung ist, dies aber nicht zugibt und es meist über die nonverbale Kommunikation zum Ausdruck bringt. Und zum dritten die konstruktive Haltung, in der der/die Moderator/in zwar seine Meinung in Bezug auf die Handlungen des/der Teilnehmers/in zum Ausdruck bringt, sie aber gleichzeitig in Diskussion stellt und nicht als einzig mögliche Wahrheit präsentiert. Diese konstruktive Haltung des/der Moderators/in ist Voraussetzung für den Ansatz „Debriefing with good Judgement“. Dieser Ansatz, gestützt auf Theorie und empirische Erfahrung besagt, dass die Handlungen, die die Teilnehmer/innen im Simulationstraining zeigen auf ihre „frames“, zurückzuführen sind. Dies sind mentale Modelle, die aus dem Wissen, aus ihren Reaktionen und aus ihren Gefühlen bestehen. Die Aufgabe des/der Moderators/in besteht darin, diese Modelle aufzudecken und den Teilnehmern/innen zu helfen interne Annahmen und Gefühle neu zu definieren um in Zukunft bessere Ergebnisse zu erzielen. Dies setzt eine Haltung von echter Neugierde und auch Respekt voraus, in der sich der/die Moderator/in als Detektiv sieht. Die Haltung ermöglicht dem/der Moderator/in zu verstehen ohne zu bewerten. Es bedeutet nicht, dass der/die Moderator/in keine Kritik geben, aber sie beurteilen die Situation und helfen den Teilnehmern/innen im Lernprozess weiterzugehen.

Es wurde aufgrund von Erkenntnissen einiger Autoren (vgl. Rudolph/Simon/Dufresne/Raemer 2007, o.S.) eine Debriefingmethode entwickelt, die die Advocacy-Inquiry Methode genannt wird. Hier wird einleitend auch die Wichtigkeit des Prebriefings genannt, indem es notwendig ist die

Lernenden genau zu informieren und zu instruieren. Im Debriefing beschreibt dann der/die Moderator/in die konkrete Beobachtung von einem Verhalten um dann gemeinsam mit den Teilnehmern/innen herauszufinden, welcher Teil des „frames“ sie veranlasst hat so zu handeln, wie sie es getan haben. Auch die abschließende Frage nach den Gefühlen der Teilnehmer/innen ist wird als wichtiger Punkt beschrieben.

Im deutschsprachigen Raum wurde die oben genannte Advocacy-Inquiry Methode von Marcus Rall weiterentwickelt und wird als 3B Technik im Debriefing eingesetzt. Sie dient dazu rasch in einen konstruktiven Dialog mit den Teilnehmern/innen zu treten. Sie besteht aus den Elementen Beobachtung, Beurteilung und Befragung. Bei der Beobachtung beschreibt der/die Moderator/in die Handlung, um die es geht, genau und objektiv, ohne sie zu bewerten. Hier wird betont, dass dies ohne Interpretation oder Annahmen passiert. Das zweite B, die Beurteilung, ist die offene und subjektive Bewertung des/der Moderators/in. Diese kann kritisch, lobend aber auch neutral sein. Kritik wird hier nicht verpackt, sondern ganz offen angesprochen, damit sie gemeinsam konstruktiv besprochen werden kann. Das dritte B ist die Befragung des/der Teilnehmer/in. Es soll eine kurze, offene Nachfrage sein nach der Sicht des/der Teilnehmer/in. Dies soll zur Reflexion anregen. Diese Frage soll neugierig und freundlich gestellt werden und echtes Interesse zeigen (vgl. Rall/Op Hey 2016, S. 180f.).

Fanning und Gaba (vgl. ebd. 2007) beschreiben drei Stufen der Moderation von Debriefing Prozessen. Die erste Stufe ist die High-Level Moderation, die eine geringe Beteiligung des Moderators verlangt. Hier dient der/die Moderator als Unterstützung um den Teilnehmern/innen zu ermöglichen, eigene Schlüsse in der Reflexion zu ziehen. Beschrieben wurde diese Art der Moderation von Carl Rogers, der durch die drei Grundhaltungen Kongruenz, positive Wertschätzung und Empathie eine gute Atmosphäre für Lernen schafft. Die Kongruenz und Echtheit bezieht sich auf die Natur des/der Moderators/in. Die Idee der positiven Wertschätzung ist, dass die Meinungen und auch die Emotionen der/die Teilnehmer/innen geschätzt und ernstgenommen werden. Die Haltung der Empathie zielt wieder auf den/die Moderator/in, der/die dem Standpunkt der

Teilnehmer/innen empathisch begegnen muss (vgl. Rogers 1969, o.S.). In der zweiten Stufe ist eine erhöhte Intensität der Moderatorenbeteiligung notwendig oder nützlich. Sie kommt dann zum Einsatz, wenn die Teilnehmer/innen unerfahren sind und bei der Analyse Hilfe brauchen. Die dritte Stufe, die sogenannte Low Level Moderation geht mit einer hohen Beteiligung des/der Moderators/in einher und ist erforderlich, wenn die Teilnehmer/innen wenig Eigeninitiative zeigen (vgl. Fanning/Gaba 2007, S. 119f.).

Ebenso wie es verschiedene Arten und Levels der Moderation gibt empfehlen Fanning und Gaba (vgl. ebd. 2007, S. 119) auch unterschiedliche Moderationstechniken anzuwenden. Hier werden Frontloading, Delta Plus oder Fishbowl als Beispiele genannt. Beim Frontloading werden vor oder während der Lernerfahrung punktuell Fragen gestellt, die es den Teilnehmern/innen ermöglicht, ihr Verhalten innerhalb der Lernerfahrung zu ändern. Es werden verschiedene Fragetechniken dazu verwendet. Techniken wie Delta Plus können ebenfalls nützlich sein. Diese Technik beinhaltet die Erstellung von zwei Spalten mit den Überschriften Delta, das griechische Symbol für Veränderung, und Plus. Unter der Spalte Delta werden alle Verhaltensweisen und Aktionen notiert, die die Teilnehmer/innen verändern und verbessern wollen. In die Spalte Plus werden die positiven Verhaltensweisen geschrieben. Bei der Fishbowl Methode diskutiert eine kleine Gruppe von Teilnehmern/innen in einem inneren Kreis ein Thema, während die übrigen Teilnehmer/innen in einem äußeren Kreis sitzen, zuhören und die Diskussion beobachten. Möchte ein/e Teilnehmer/in mitdiskutieren kann sie/er eine/n Teilnehmer/in des inneren Kreises ablösen. Diese Methode eignet sich vor allem für größere Gruppen. Wenn mehrere Moderatoren/innen anwesend sind gibt es auch die Möglichkeit gegensätzliche Stile zu verwenden. Hier wird als Beispiel „good cop-bad cop“ angegeben. Darunter wird verstanden, dass ein/e Moderator/in mit Lob arbeitet, der/die andere eher mit Kritik (vgl. Fanning/Gaba 2006, S. 120).

7 Simulationstraining- Lernen von kommunikativer Kompetenz

Es gibt keine einheitliche Theorie von simulationsbasierten Lernen, aber es gibt mehrere Merkmale, die Simulationstrainings aufweisen müssen, um effektives Lernen zu gewährleisten. Feedback, das Wissen über die Ergebnisse der eigenen Leistung, ist der wichtigste Teil im Simulationstraining und trägt wesentlich zum Lernerfolg bei. Ein weiteres grundlegendes Merkmal bezüglich Lernerfolg ist die Gelegenheit für Lernende, intensiv und auch wiederholt zu üben innerhalb eines fokussierten und kontrollierten Lernprozesses, um Fehler zu korrigieren und Handlungen zu perfektionieren und zu automatisieren. Die kontrollierte Umgebung ist von hoher Wichtigkeit. Es ermöglicht den Lernenden und auch den Lehrern/innen sich ohne Ablenkung zu konzentrieren. Die Integration ins Curriculum und in den Lehrplan ist ebenso ein wichtiger Faktor. Simulation muss in die Leistungsbewertung miteinbezogen werden. Optionale Übungen wecken weniger Lerninteresse als Übungen, die im Lehrplan integriert sind. Dazu ist es auch notwendig klare, objektive Ziele zu erstellen und mit den Lernenden zu besprechen. Das Erreichen von Schlüsselkompetenzen ist eher gegeben, wenn diese klar definiert sind und an das Ausbildungsniveau angepasst sind. Effektives Lernen wird auch gefördert, wenn Simulationstraining in einem breiten Spektrum an Schwierigkeitsstufen angeboten wird, beginnend mit Grundfertigkeiten bis hin zu immer höheren Schwierigkeitsgrade. Empfohlen ist, dass jede/r Lernende eine individuelle Form der Steigerung erhält, die auf sie/ihn abgestimmt ist, allerdings langfristige Lernergebnisse müssen objektiv gemessen werden. Weiters wird die Notwendigkeit des breiten Spektrums an verschiedenen Situationen beschrieben. Eine Vielzahl von Patientenproblemen ist offensichtlich nützlicher für den Lerneffekt als Simulationen mit einer engen Patientenreichweite. Auch individuelles Lernen wird als wichtiges Merkmal beschrieben. Lernende sollen individuell ihre Lernerfahrungen machen können, angepasst an ihre individuellen Lernbedürfnisse. Nur so können sie Verantwortung für ihren eigenen Lernprozess erhalten. Ein wesentliches Merkmal einer effizienten

Simulation ist auch die Realitätsnähe. Dies ist notwendig um den Lernerfolg zu fördern (vgl. Issenberg/McGaghie/Petrusa/Gordon/Ross 2004, S. 23-25).

Speziell zur Förderung der kommunikativen Kompetenz konnte in einer randomisiert kontrollierten Studie mit Pflegepersonen (vgl. Hsu/Huang/Hsieh 2014, S. 356-364) bestätigt werden, dass die kommunikative Kompetenz mit Simulationstraining gesteigert werden kann. Simulationsbasiertes Lernen ist gut geeignet um kommunikative Fähigkeiten zu üben. Auch waren die Lernenden mit dem simulationsbasierten Lernen zufriedener als mit fallbasiertem Lernen. Die Autoren bestätigen daher, dass simulationsbasiertes Kommunikationstraining die Pflegepersonen selbstsicher und kompetent bezüglich ihrer kommunikativen Fähigkeiten macht.

Auch Gabrielsen/Wallander Karlsen/Falch/Stubberud (vgl. ebd. 2017, S. 1-23) bestätigen, dass die Kommunikationsfähigkeiten von Pflegepersonen durch simulationsbasiertes Lernen gesteigert werden kann. Die Autoren haben einen eintägigen simulationsbasierten Kommunikationskurs entwickelt und danach mit einer qualitativen Studie bewiesen, dass sich die Kommunikationsfähigkeit der Pflegepersonen nach der Simulation verbessert hat. Nach einem 60 minütigen theoretischen Input absolvieren die Teilnehmer/innen ein Simulationstraining mit abschließendem Debriefing. Das gewünschte Lernergebnis war die im Theoriekurs gelernten Fähigkeiten anzuwenden. Als kommunikative Fähigkeiten wurden Skills definiert wie verbalisieren, paraphrasieren, Anerkennung und Wertschätzung zeigen, dem/der Patienten/in helfen Gefühle zu klären und zu spezifizieren.

Andere Autoren (vgl. Kaplonyi/Bowles/Nestel/Kiegaldie/Maloney/Haines/Williams 2017, S. 1ff.) untersuchten mittels kritischer Analyse die bestehende Forschung, ob Simulationstraining mit Simulationspatienten/innen die kommunikativen Kompetenzen verbessern kann und wie Kommunikationsfähigkeit gemessen werden kann. Die Ergebnisse der Studie lassen sich wie folgt zusammenfassen: Simulation bietet Lernenden eine geschützte Lernumgebung, um eine Reihe von klinischen Fähigkeiten zu üben, wo sie Fehler machen können und auch Fragen stellen können, noch bevor sie mit echten

Patienten/innen konfrontiert werden. Durch das Miteinbeziehen von Simulationspatienten/innen erhält die Situation einen noch höheren Realitätsbezug und es ist für Lernende möglich an echten Menschen zu üben und auch Feedback zu bekommen während sie gleichzeitig trainieren können sich selbst zu reflektieren. Es wurden Beweise gefunden für positiven Wissenszuwachs und auch für Verhaltensänderungen bei den Lernenden, aber begrenzte Beweise dass dies zu Veränderungen beim Kontakt mit Patienten/innen führt. Der Übergang in die echte Praxis ist nicht erforscht. Auch der wirtschaftliche Nutzen dieser Methode muss noch untersucht werden.

MacLean/Kelly/Geddes/Della (vgl. ebd. 2016, S. 12) zeigen in einem integrativen Review auf, dass die Verwendung von Simulationspatienten/innen eine geeignete und effiziente Lehrstrategie ist um kommunikative Fähigkeiten zu verbessern. Kritisiert wird die geringe Bandbreite der klinische Kontexte, die die von ihnen herangezogenen Forschungen beinhalten. Weiters betonen sie auch die Notwendigkeit für weitere Forschung in diesen Bereich. Um gültige und zuverlässige Ergebnisse zu erzielen müssen sind umfassende und komplexe Settings und Rekrutierungsprotokolle notwendig, die mittels evidenzbasierten Ansätzen eingesetzt werden müssen. Da Kommunikation bei der Genesung von Patienten/innen eine Schlüsselrolle spielt gibt es zahlreiche klinische Situationen, die geeignet sind um die Kommunikationsfähigkeit zu verbessern.

8 Didaktische Überlegungen zum Simulationstraining

Eine Möglichkeit der Einbettung von Simulationen in der Pflege ist im Rahmen des Skills-Lab-Konzeptes. Der Begriff Skills Laboratory wird meist als Abkürzung verwendet, als sogenannter Skills-Lab, übersetzt Fertigkeitenlabor. Der Ursprung dieses Konzeptes liegt im angelsächsischen Raum, dort wurden Skills-Labs in der medizinischen Ausbildung verwendet. In den letzten Jahren setzt sich dieses Konzept auch in Europa in der Pflegeausbildung durch. Es ist im deutschsprachigen Raum sowohl ein Rahmenbegriff für die Örtlichkeit- dem Fertigkeitenlabor, indem mit unterschiedlichen Medien, wie unter anderem auch mit Simulationsangeboten gearbeitet wird. Mit dem Begriff Skills-Lab ist aber auch eine didaktische Methode gemeint, indem praktische Pflegefertigkeiten in systematischer Analyse, Gliederung und Abfolge vermittelt und trainiert werden als Vorbereitung auf die pflegerische Praxis. Dadurch wird der Transfer von kognitivem Wissen ins praktische Können vollbracht. Aufbauend auf dem Vorwissen und auf den individuellen Fähigkeiten und Erfahrungen der Auszubildenden wird Wissen mit unterschiedlichen Methoden erarbeitet und dann im sogenannten Skillstraining geübt. Dazu gehören nicht nur psychomotorische Fähigkeiten, sondern auch sozial-affektive, psychosoziale und kommunikative Fähigkeiten (vgl. Herzig 2018, o.S.; Schroeder 2011, S. 49f.).

Lukat (vgl. ebd. 2008, S. 46f) bezeichnet das Skills-Lab als Lernumgebung, indem komplexes berufliches Handeln und Verhalten in einem konstruiertem Setting geübt und Handlungsalternativen erarbeitet werden können. Es bietet die Möglichkeit Handlungen, die in der Praxis erlebte wurden zu reflektieren, mit theoretischem Wissen zu verbinden und weitere erforderliche Skills zu einzuüben. Mit dieser Lernform, dem sogenannten Skillstraining, können die Lernenden in einer Laborsituation zuerst einfache Skills üben, um dann in komplexen Lernarrangements motorische, kognitive und kommunikative Skills mit großer Praxisnähe zu trainieren. Die Lehr-Lernmethode Skillstraining stellt die Verbindung zwischen traditionellem theoretischen Unterricht und der Ausbildung in der Berufspraxis her.

Skillstraining oder die SkillsLab Methode, im deutschen Sprachraum meist synonym verwendet, läuft in drei Phasen mit sechs Schritten ab, die genau definiert sind. In der **Orientierungsphase**, oder auch Vorbereitungsphase, wird Vorwissen aktiviert und überprüft und festgelegt, welche Skills geübt werden sollen. Die zweite Phase ist die Phase der **Übung**. Hier werden im ersten Schritt Skills demonstriert und die Auszubildenden haben die Möglichkeit diese in kleinem Rahmen in reduzierten simulierten Situationen unter Anleitung zu üben. Ein Feedback schließt diese Sequenz ab. Danach erfolgt die Möglichkeit Fragen zu stellen beziehungsweise Schlüsselstellen zu besprechen. Danach gibt es nochmal Möglichkeit zu üben im reduzierten Rahmen. Erst dann kommt es zum vierten Schritt, der **Simulation**. Hier geht es um praxisnahes Üben und Festigen der Skills mit Simulationspatienten/innen im Rahmen von komplexen Szenarien. Es werden kommunikative und sozial-psychologische Aspekte integriert und Wissen im möglichst realen Kontext abgerufen. Im Anschluss an die Simulation erfolgt die Reflexion und Feedback begleitet durch den/die Trainer/in. Die letzte und dritte Phase ist die Beherrschungsphase. Hierzu gehört das Erproben und Üben der Fertigkeiten bis hin zur Beherrschung (vgl. Herzig 2018, o.S.)

Da in der Literatur immer wieder erwähnt wird, dass der Lernerfolg in großem Maße davon abhängt wie das Simulationstraining eingebettet ist, wird in folgenden Kapitel die Erarbeitung von Szenarien beschrieben.

8.1 Szenarien für den Einsatz von Simulationspatienten/innen

Für die Erarbeitung von Lehr- und Lernszenarien liegen im deutschsprachigen Raum keine Standards vor. Dennoch gibt es Schritte und Strukturen, die sich durchgesetzt haben. Zuerst ist es wichtig den **Bedarf** zu bestimmen, dies erfolgt im Idealfall von Seiten der Auszubildenden und von Seiten der Lehrenden. Welche Verhaltensweisen, welche kommunikativen Fähigkeiten fallen noch schwer und müssen trainiert werden? Im nächsten Schritt soll der **Verwendungszweck** festgelegt werden. Dies beinhaltet die Konkretisierung der Lernziele und auch den Zeitpunkt wann die Simulation stattfinden soll. Hier sind auch Überlegungen zum Vorwissen der Teilnehmer notwendig. Danach muss

ein sogenanntes **Fallentwicklungsteam** einberufen werden. Es wird empfohlen, dass Fallbeispiele aus der Praxis herangezogen werden, da sie dann als realistischer wahrgenommen werden. Wenn notwendig können sie an das Niveau der Auszubildenden adaptiert werden. Es gibt auch Ansätze, wo Studierende höherer Semester Fälle erstellen. Als nächster Schritt wird das Lernszenario gestaltet und das **Rollenskript** entwickelt. Hier ist wie bei der Inszenierung eines Theaterstückes wichtig, dass die Situation so realitätsnah wie möglich dargestellt wird. Dazu gehört auch die passende Einrichtung des Simulationsraumes. Falls Videoaufnahmen gewünscht sind sollte das Equipment so positioniert werden, dass es so wenig als möglich als störend empfunden wird. Die Ausführlichkeit der Rollenbeschreibung hängt von der Zielsetzung ab. Bei der Verwendung zu Prüfungszwecken ist eine hohe Standardisierung notwendig. Beim Training von kommunikativen Kompetenzen, wo zum Beispiel eine Anamnese mittels patientenzentrierter Gesprächsführung erhoben werden soll muss die Biografie und auch die Krankengeschichte besonders ausgebaut sein und Verhaltens- und Kommunikationsvariationen in Abhängigkeit vom kommunikativen Verhalten der Auszubildenden muss festgelegt werden. Auch Emotionen, die gespielt werden sollen, müssen gut beschrieben sein. In nachfolgender Abbildung sind die zusammenfassend alle Aspekte von Rollencharakteren bildlich dargestellt.

Abbildung 5: Aspekte von Rollencharakteren bei Simulationspatienten/innen



(Quelle: Peters/Thrien 2018, S. 38)

Wenn das Rollenskript erstellt wurde ist es notwendig da Skript von Experten/innen begutachten zu lassen und einen Probedurchlauf durchzuführen (vgl. Murano/Rockenbauch 2018, S. 33ff.).

8.2 Training mit Simulationspatienten/innen an verschiedenen Institutionen

Im Berner Bildungszentrum Pflege wird seit einigen Jahren mit Simulationspatienten/innen unterrichtet. Simuliert werden unter anderem auch Pflegesituationen wie das Anamnesegespräch oder die Beratung von Patienten/innen sowie Angehörigen zum Trainieren von kommunikativen Fähigkeiten. In kurzen Sequenzen von jeweils 10 Minuten werden in eigens dafür eingerichteten Trainingsräumen konkrete Pflegesituationen gespielt. Die simulierten Settings, das anschließende Feedback der Simulationspatienten/innen und auch der Trainer regen zur Selbstreflexion an. Die Kommunikationstrainings mit Simulationspatienten/innen werden während der ganzen Ausbildungszeit durchgeführt und die Komplexität der Rollen werden dem jeweiligen Ausbildungsstand angepasst. Jeweils 1x pro Semester absolvieren die Studierende diese Trainings und so kann ihr kommunikatives Verhalten ständig überprüft werden (vgl. Bachmann 2015, S. 171f).

Das problembasierte Modell Curriculum des Careum Bildungszentrums in Zürich beinhaltet Simulationstraining mit Simulationspatienten im Rahmen des Skillstrainings. Dadurch werden die Lernenden auf den beruflichen Alltag vorbereitet. Der Ablauf des Lernsettings mit Simulationspatienten/innen sieht folgendermaßen aus. Sowohl Simulationspatienten als auch Lernende werden auf das Training vorbereitet. Die Studierenden haben einfache Skills schon in der Übungsphase vorbereitet. Sie kennen auch die Kriterien und erhalten eine kurze Beschreibung mit den wichtigsten Informationen zur Situation. Zusammen mit der Rollenbeschreibung wird ihnen auch die Beobachtungsliste ausgehändigt, anhand derer sie im Anschluss Feedback von dem/der Lehrer/in erhalten. Der Raum ist realitätsnah vorbereitet, eine Kamera steht bereit.

Der/die Simulationspatient/in wird in seiner/ihrer Rolle geschult und ist auch geschult Feedback zu geben. Dann erfolgt die eigentliche Sequenz, der Kontakt zwischen Simulationspatient/in und Auszubildende, die gefilmt wird. Dies erleichtert die Reflexion im Nachhinein. Ein/e Studienkolleg/in beobachtet die Situation und beurteilt Handeln und Verhalten mittels der Beobachtungsliste. Die Sequenz dauert in 15-20 Minuten. Danach erhält der/die Simulationspatient/in die Möglichkeit aus der Rolle auszusteigen und gibt dann dem Auszubildenden Feedback. Danach verabschiedet sich der/die Simulationspatient/in und die Reflexion mit dem/der Studienkollegen/in beginnt. Der/die Beobachter/in teilt die Beobachtungen mit gemeinsam wird fehlendes Wissen besprochen und Handlungsalternativen erarbeitet. Den Abschluss bildet eine Reflexion in Skillstrainingsgruppe, basierend auf die Filmsequenz und unterstützt vom Skillstrainer (Schroeder, 2008, S. 31f).

8.3 Standards of Best Practice INACSL/Simulationsdesign

The International Nursing Association for Clinical Simulation (die internationale Pflegevereinigung für klinische Simulationen und Lernen) ist eine Gemeinschaft der Praxis für Simulationstraining, in der sich Mitglieder mit Simulationstrainern/innen, Pädagogen/innen und Forschern/innen vernetzen können. Die Vereinigung bietet auch evidenzbasierte INACSL Standards von Best Practice an, um Simulationen durchführen zu können und zu leiten. Diese Standards bieten die Grundlage für evidenzbasierte Simulationen.

INACSL Standards Committee (vgl. ebd. 2016, S. 5-12) beschreibt, dass jedes Simulationstraining eine zielgerichtete und systematische Planung braucht, um einen effektiven Lernerfolg zu gewährleisten. Dazu hat das Komitee Kriterien erarbeitet, die erforderlich sind um diese Ziele zu erreichen. Kriterium 1 beschreibt die Notwendigkeit einer Bedarfsanalyse im Vorfeld, um eine Grundlage für die Simulation zu schaffen. Anhand dessen müssen messbare Ziele konstruiert werden. Danach, wird das Format der Simulation strukturiert, ein Fall wird erstellt und je nachdem welche Kompetenzen erreicht werden sollen werden verschiedene Arten der Realitätstreue verwendet. Der Moderator behält seine moderierende Haltung bei und unterstützt den Studierenden in der

Verfolgung seiner Ziele. Die eigentliche Simulation beginnt immer mit einem **Prebriefing**, danach kommt die Sequenz der Simulation und danach erfolgt ein Prebriefing und/oder ein Feedback. Zusätzlich wird eine Selbstreflexion des/der Teilnehmers/in und eine Evaluierung des/der Moderators/in empfohlen. Beim **Debriefing** und/oder Feedback wird auch noch darauf hingewiesen, dass es kritische und auch wichtige Elemente des Trainings sind.

9 Zusammenfassung und Ausblick

Professionelle Kommunikation, die theorie- und konzeptgeleitet ist, gehört zu den pflegerischen Kernkompetenzen, und neben fachlichen Kompetenzen müssen auch sozialkommunikative Kompetenzen erworben werden (vgl. Bundeskanzleramt Österreich 2016, S. 4; Fachhochschule Campus Wien 2017, S. 6). Die Kommunikation hat in der Pflege einen hohen Stellenwert, da Pflegepersonen immer mit den Patienten/innen in Kontakt stehen, sei es verbal oder nonverbal.

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, wie Simulationstraining gestaltet sein muss, um kommunikative Fähigkeiten zu fördern, wie ein solches Training strukturiert und aufgebaut sein muss, welche Bedingungen ein derart wirksames Simulationstraining braucht beziehungsweise welches Umfeld sich lernfördernd zeigt. Dazu ist es notwendig sich vorerst mit der Frage zu beschäftigen was kommunikative Kompetenz in der Pflege bedeutet und beinhaltet. Da die kommunikative Kompetenz eine professionelle Form der Kommunikation darstellt, um sich in unterschiedlichen Situationen angemessen zu verhalten ist es notwendig sich mit wissenschaftlichen Konzepten der Kommunikation zu beschäftigen.

Die wissenschaftliche Einbettung, der in der Simulation zu trainierenden Fertigkeiten, basieren auf den Grundhaltungen des personenzentrierten Ansatzes von Carl Rogers (positive Wertschätzung, Empathie und Echtheit). Wesentliche Aspekte zum Lerngewinn der kommunikativen Kompetenz im Rahmen der Simulation stellen das Erkennen von Kommunikationsbarrieren bei Patienten/innen dar. Die Modelle von Paul Watzlawick und Friedemann Schulz von Thun sind die wissenschaftliche Fundierung dafür und werden auch, für die im Simulationstraining notwendige Reflexion im Debriefing, angewendet.

Eine weitere wesentliche Erkenntnis stellt das Vorhandensein der Ressource der kommunikativen Fähigkeiten in jedem Menschen dar, die Literatur zeigt in diesem Kontext aber auch, dass diese Fähigkeiten trainiert und weiterentwickelt werden müssen. Das Erlangen von kommunikativen Fähigkeiten und

Kompetenzen erfordert theoretisches Wissen über Kommunikation, doch das Wissen allein reicht nicht für den Transfer auf die Handlungsebene. Das Erarbeiten von Handlungskompetenzen ist in Form von Prozessen mit hoher Eigenaktivität der Lernenden notwendig, eingebettet in den Theorie Praxis Transfer. Die Simulation bietet dafür das geeignete Setting (vgl. Metzenin et al. 2015, S. 439). Russo/Nickel (vgl. ebd. 2013, S. 31) betonen zusätzlich, dass das Simulieren einer nahezu echten Situation zum Erreichen der dritten Kompetenzstufe (Shows how) nach Miller notwendig ist.

Die lerntheoretische Argumentation des Simulationstraining findet sich einerseits im Behaviorismus (konditionierungstheoretischer Ansatz), gekennzeichnet durch das routinemäßige Lernen mit der Möglichkeit der Wiederholungen der Handlungen und das modulare Lernen. Behavioristisches Lernen geschieht im Simulationstraining auch durch die Bewertung eines Verhaltens im Debriefing durch den/der Moderator/in. Bei Zustimmung von Seiten des/der Moderators/in wird das Verhalten eher wiederholt und beibehalten. Im Kognitivismus wird Lernen als Informationsverarbeitungsprozess gesehen und nach Möglichkeiten gesucht Wissen aufzubauen. Auch das Lernen am Modell spielt im Simulationstraining eine große Rolle. Der konstruktivistische Ansatz basiert auf den Grundlagen der Erkenntnistheorie, dass alles Wissen ein Konstrukt im Gehirn des einzelnen Menschen ist und das denkende Subjekt Wissen nur auf Grundlage der eigenen Erfahrung konstruieren kann. Im Simulationstraining stehen die Lernenden als Individuen im Mittelpunkt und Wissen wird unterschiedlich von den Lernenden konstruiert.

Vor jedem Simulationstraining ist die Planungsphase wesentlich. Hier werden die Kompetenzen und Lernziele überlegt, die die Teilnehmer/innen erreichen müssen. Um Simulationstrainings mit Simulationspatienten/innen durchzuführen muss dann ein Fallentwicklungsteam einberufen werden, das Rollenskripte und das Lernszenario entwickelt, abgestimmt auf die zu trainierenden Kompetenzen. Am besten geeignet erscheinen Fallbeispiele, die aus der Praxis herangezogen werden. Danach erfolgt die Einschulung der Simulationspatienten/innen.

Der Aufbau des eigentlichen Simulationstrainings basiert dann auf den Elementen Prebriefing, Simulation und Debriefing, die in jedem Simulationstraining vorhanden sein müssen. Ein einheitlicher Aufbau ist in der recherchierten Literatur nur rudimentär vorhanden. Im Prebriefing wird auf die Notwendigkeit der Schaffung eines Vertrauensverhältnisses hingewiesen, mit der auch eine Reduktion der Angst einhergeht. Dies ist unabdingbar für effektives Lernen. Weiters wird in der Vorbesprechung das Szenario besprochen und die Teilnehmer/innen erhalten so einen Überblick über das was auf sie zukommt (vgl. Fanning/Gaba 2006, S. 121). Einen besonders hohen Stellenwert im Prebriefing hat auch das Formulieren von Lernzielen. Diese müssen eine angemessene Herausforderung für den Lernenden darstellen und die Lernenden sollen sich mit den Zielen identifizieren können, da sie dann eher bereit sind Anstrengungen auf sich zu nehmen. Die Lernziele müssen klar und präzise formuliert sein, dies stellt bei affektiven Lernzielen, die eine Haltung beschreiben oftmals eine Herausforderung dar. (vgl. Hattie/Timberley 2007, S. 211).

Für die Simulation selbst eignet sich, um kommunikative Fähigkeiten zu trainieren, besonders die Simulation mit Simulationspatienten/innen, da das Miteinbeziehen von Simulationspatienten/innen einen sehr hohen Realitätsbezug darstellt und sie nicht nur von der Moderatorin bzw. vom Moderator sondern auch von der Simulationspatientin bzw. dem Simulationspatienten Feedback bekommen (vgl. Kaplonyi et al 2017, S. 1ff.). Kiessling (vgl. ebd. 2002, S. 143f.) erwähnt auch, dass die Situation mit Simulationspatienten/innen nicht so angstbeladen ist, wie mit echten Patienten/innen und dies fördert den Lernprozess. Als weiteren Vorteil der Arbeit mit Simulationspatienten/innen wird die Kontrollierbarkeit der Fälle angegeben. Die simulierten Fälle können genau an den zu trainierenden Kompetenzen angeglichen werden. Es können zum Beispiel Anamnesegespräche, Beratungsgespräche oder auch Krisengespräche geübt werden und dabei auch einzelne kommunikative Fertigkeiten wie Aktives Zuhören, empathisches Verstehen oder Fragen stellen trainiert und dann auch reflektiert werden.

Das Debriefing wird einheitlich als das Kernelement oder Herzstück jeder Simulation bezeichnet, da es am deutlichsten zum reflektierten Lernen beiträgt. Als wesentlich für den Lernerfolg wird die Art und Weise, wie die Moderatoren/innen das Debriefing gestalten, gesehen. Es erfordert eine hohe Kompetenz von Seiten der Moderatoren/innen, die ein angstfreies Umfeld schaffen müssen um die Basis für Selbstanalyse, Feedback und kritische Reflexion zu bieten. Die Ziele, die im Vorfeld gesetzt wurden werden hier besprochen. Eine Erkenntnis dieser Arbeit ist auch, dass Feedback als eine der bedeutendsten Einflussgrößen auf den Lernprozess gesehen wird allerdings nur dann, wenn das Feedback im Rahmen eines Lernkontextes gegeben wird. Die größten Lerneffekte zeigten sich wenn sich das Feedback auf die Lernziele bezieht und kontrolliert gegeben wird. Es muss sich auf die Aufgabenerfüllung beziehen, nicht auf das Selbst, unspezifisches Lob bringt keinen Lernerfolg (vgl. Hattie/Timberley 2007, S. 208f.; Thrien 2018, S. 65).

Die hohe Anforderung an die Moderatoren/innen wird besonders hervorgehoben, sie müssen nicht nur eine hohe soziale und fachliche Kompetenz haben sondern auch über ein vielfältiges Methodenrepertoire verfügen. Sie führen durch das gesamte Simulationstraining und sind wesentlich für den Lerneffekt verantwortlich. Sie müssen Beziehung aufbauen und Vertrauen schaffen, denn wenn Lernende sich gestresst fühlen oder Angst haben vor den Urteilen des/der Moderators/in ist der Lernerfolg minimiert (vgl. Salvodelli et al 2005, S. 944; Fanning/Gaba (vgl. ebd. 2007, S. 115ff.).

Im Gegensatz zum medizinisch wissenschaftlichen Kontext, in dem die Datenlage bezüglich Simulationstraining ausreichend ist, vor allem in Bezug auf Notfallmanagement, besteht aus Sicht der Autorin ein Forschungsbedarf bezüglich der Wirkung von Simulationstraining im Setting Pflege.

Literaturverzeichnis

Alanazi, Ahmad/Nicholson, Nannette/Thomas, Sheila (2017): The Use of Simulation Training to Improve Knowledge, Skills, and Confident Among Healthcare Students: A Systematic Review. In: <https://nsuworks.nova.edu/ijahsp/vol15/iss3/2/>. [05.07.2018].

Association of standardized Patients Education-The Global Network for Human Simulation Education (2018): Über ASPE. In: <https://www.aspeducators.org/about-aspe>. [09.07.2018].

Bachmann, Cadja/Roschlaub, Silke/Scherer, Martin (2014): Kommunikation mit Simulationspatienten üben. In: Hamburger Ärzteblatt, 05/2015, S. 38-39.

Bachmann, Monika (2015): Wenn Simulieren zum Ernstfall wird. In: Padua, 10 (3), 171-173.

Bamberger, Günther (2013): „Entscheidend ist eine Haltung der Eingelassenheit“. In: Die Schwester Der Pfleger 52.Jg., S. 640-645.

Bandura, Albert (1979): Sozial-kognitive Lerntheorie. Stuttgart: Ernst Klett Verlag.

Benner, Patricia (2017): Stufen der Pflegekompetenz. Bern: Hogrefe Verlag.

Bodenmann, Guy/Perrez, Meinrad/Schär, Marcel/Tepp, Andrea (2004): Klassische Lerntheorien. Bern: Verlag Hans Huber.

Bundeskanzleramt Österreich (2016): Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. In: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026> [27.02.2018].

Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Simulation in der Medizin (2015): Mindestanforderungen der DGSiM für die Durchführung von Simulations-Teamtrainings in der Medizin. In: http://www.dgsim.de/sites/default/files/dgsim_mindestanforderungen_teamtraining_version_1.pdf. [18.09.2018].

Dieckmann, Peter (2013): Gute Nachrede-Debriefing. In: St.Pierre, Michael/Breuer, Georg (Hrsg.) (2013): Simulation in der Medizin. Berlin: Springer Verlag, S. 154-166.

Elzer, Matthias/Sciborski, Claudia (2007): Kommunikative Kompetenzen in der Pflege. Bern: Hans Huber Verlag.

Engel, Roswitha (2011): Gesundheitsberatung in der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege. Wien: Facultas Verlag.

Erlam, Gwen/Smythe, Liz/Wright-St. Clair, Valerie (2017): Simulation is not a pedagogy. In: <http://aut.researchgateway.ac.nz/bitstream/handle/10292/10704/OJN%20SIM%20NOT%20A%20PEDAGOGY%20published%20July%2021%202017.pdf?sequence=2&isAllowed> [13.02.2018].

Fachhochschule Campus Wien (2017): Auszug aus dem Curriculum des Bachelorstudienganges „Gesundheits-und Krankenpflege“. Wien: FH Campus Wien.

Fanning, Ruth/Gaba, David (2007): The Role of Debriefing in Simulation-Based Learning. In: <https://pdfs.semanticscholar.org/289b/34d437ccb17fe2543b33ad7243a9be644898.pdf>. [18.09.2018].

Frei Blatter, Vreni/Ochsner Oberarzbacher, Liliane (2008): Der Einsatz von Simulationspatienten (SP) in der Pflegeausbildung eingebettet in die Skillslab-Methode. In: Nussbaumer, Gerda/von Reibnitz, Christine (Hrsg): Innovatives Lehren und Lernen. Bern: Hans Huber Verlag. S. 113-132.

Gaba, David (2004): The future vision of simulation in health care. In: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765792/pdf/v013p000i2.pdf>. [04.07.2018].

Gabrielsen, Anita Kristin/Wallander Karlsen, Marte-Marie/Falch, Anne Lise/Stubberud, Dag-Gunnar (2017): Communication training course with simulation. In: <https://sykepleien.no/en/forskning/2017/01/communication-training-course-simulation>. [17.07.2018].

Gazzaniga, Michael/Heatherton, Todd/Halpern, Diane (2017): Psychologie. Basel: Beltz Verlag.

Gerrig, Richard (2016): Psychologie. Hallbergmoos: Pearson Deutschland GmbH.

Glacza, Heike (2016): Grundlagen einer kompetenzorientierten Curriculumsentwicklung. In: Unterricht Pflege, rodos Verlag, 21. Jahrgang, Heft 3, Juli 2016, S. 17

Hagemann, Vera (2016): Debriefing- Kernelement der Simulation. In: Hackstein, Achim/Hagemann, Vera/ Kaufmann, Florentin/ Regener, Helge (Hrsg): Handbuch Simulation. München: Verlagsgesellschaft Stumpf + Kossendey mbH, S. 174-179.

Hattie, John/Timperley, Helen (2007): Die Wirkung von Feedback. In: Zierer, Klaus (2016): Jahrbuch für allgemeine Didaktik 2016. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren, S. 204-239.

Helmke, Andreas (2015): Unterrichtsqualität und Lehrerprofessionalität. Bobingen: Friedrich Verlag.

Herzig-Walch, Tim (2018): Skills-Lab-Methode. In: <https://www.vifsg.de/unsere-themen/skills-lab-konzept/#schritt-2>. [23.07.2018].

Hobmair, Hermann (2016): Pädagogik. Köln: Bildungsverlag EINS.

Hsu, Li-Ling/**Huang**, Ya-Hsuan/**Hsie**, Suh-Ing (2014): The effects of scenario-based communication training on nurses communication competence and self-efficacy and myocardial infarction knowledge. In: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399114000962>. [17.07.2018].

International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning Standards Committee (2016): INACSL Standards of Best Practice: Simulation Design. In: [https://www.nursingsimulation.org/article/S1876-1399\(16\)30126-8/pdf](https://www.nursingsimulation.org/article/S1876-1399(16)30126-8/pdf) [24.07.2018].

Issenberg, Barry/**McGaghie**, William/**Petrusa**, Emil/**Gordon**, David/**Ross**, **Scalese** (2004): Features and uses of high fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. In: <https://www.bemecollaboration.org/Published+Reviews/BEME+Guide+No+4/> [03.07.2018].

Kaplonyi, Jessica/ **Bowles**, Kelly-Ann/ **Nestel**, Debra/**Kiegaldie**, Debra/**Maloney**, Stephen/**Haines**, Terry/**Williams**, Cylie (2017): Understanding the impact of simulated patients on health care learners communication skills: a systematic review. In: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28833360> [18.09.2018].

Kiessling, Claudia/Ortwein, Heiderose/Kampmann, Margit/Schlünder, Margit: Einsatz von Simulationspatienten im Rahmen eines Workshops zum Thema „Kommunikation und ärztliche Gesprächsführung“ im Reformstudiengang Medizin in Berlin. In: [https://gesellschaft-medizinische-ausbildung.org/files/ZMA-Archiv/2002/2/Kiessling_C, Ortwein H, Kampmann M, Schl%C3%BCnder M .pdf](https://gesellschaft-medizinische-ausbildung.org/files/ZMA-Archiv/2002/2/Kiessling_C,_Ortwein_H,_Kampmann_M,_Schl%C3%BCnder_M.pdf) [09.07.2018].

Kirchberger, Melanie/Skazlic, Matea (2011): Empathietraining- Die Effektivität von Empathietraining. Diplomarbeit. Universität Wien.

Koppenberg, Joachim/Henninger, Michael/Gausmann, Peter/Bucher, Martin (2017): Simulationsbasierte Trainings zur Verbesserung der Patientensicherheit. In: [https://www.grb.de/fileadmin/media/downloads/publikationen/Simulationsbasierte Trainings zur Verbesserung der PS Notfall und Rettungsmedizin 2014 06 22.pdf](https://www.grb.de/fileadmin/media/downloads/publikationen/Simulationsbasierte_Trainings_zur_Verbesserung_der_PS_Notfall_und_Rettungsmedizin_2014_06_22.pdf) [17.07.2018].

Lehner, Martin (2009): Allgemeine Didaktik. Bern-Stuttgart-Wien: Hauptverlag.

Lioce, Lori/Che Reed, Clint/Lemon, Deborah/King, Michalene/Martinez, Petra/Franklin, Ashley/Boese, Teri/Decker, Sharon/Sando, Carol/Gloe, Donna/Meakim, Colleen/

Borum, Jimmie 2013: Standards of Best Practice: Simulation, Standard III: Participant Objectives. In: [https://www.nursingsimulation.org/article/S1876-1399\(13\)00075-3/pdf](https://www.nursingsimulation.org/article/S1876-1399(13)00075-3/pdf). [24.07.2018].

Loewenhardt, Christine/Wendorff, Jörg/Büker, Christa/Keogh, Jan Johannes (2014): Simulations-Netzwerk Ausbildung und Training in der Pflege e.V.- Simulation in der Pflegeausbildung. In: <http://www.simnat-pflege.net> [07.05.2018].

Lukat, Anja (2008): Der Einsatz von Simulationspatienten in der Pflegeausbildung. In: Nauerth, Annette (2008): Entwicklung diagnostischer Kompetenzen in Gesundheitsfachberufen. Fachhochschule Bielefeld. S. 44-61.

Matolycz, Esther (2009): Kommunikation in der Pflege. Wien: Springer Verlag.

MacLean, Sharon/**Kelly**, Michelle/**Geddes**, Fiona/**Della**, Phillip (2016): Use of simulated patients to develop communication skills in nursing education: An integrative review. In: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S026069171630212X> [18.09.2018].

Meakim, Colleen/**Boese**, Teri/**Decker**, Sharon/**Franklin**, Ashley/**Gloe**, Donna/**Lioce**, Lori/**Sando**, Carol/**Borum**, Jimmie (2016): Standards of Best Practice: Simulation Standard 1: Terminology. In: [https://www.nursingsimulation.org/article/S1876-1399\(13\)00071-6/pdf](https://www.nursingsimulation.org/article/S1876-1399(13)00071-6/pdf). [05.07.2018].

Metzenin, Petra/ **Diviani**, Stefanie/ **Loos**, Inge/ **Matt Robert**, Sibylle/ **Scura**, Ninetta/ **Watzek**, Dörte (2015): Kommunikative Kompetenzen praxisnah erwerben- Best Practice in der Ausbildung von Gesundheitsfachpersonen. In: Heyse, Volker/Giger, Max (Hrsg): Erfolgreich in die Zukunft. Heidelberg: Medhochzwei Verlag, S. 439-459.

Meyer, Hilbert (2014): Was ist guter Unterricht? Berlin: Cornelsen Verlag.

Meyer, Oliver (2013): Simulators don't teach- Lernprozesse und Simulation. In: St.Pierre, Michael/Breuer, Georg (Hrsg): Simulation in der Medizin. Berlin: Springer Verlag, S. 56-69.

Meyer, Oliver/**Rail**, Markus/**Baschnegger**, Heiko/**Lazarovici**, Mark/**Urban**, Bert (2016): Grundlagen für ein fundiertes Simulationskonzept. In: Der Anaesthesist, Volume 65, S. 943-950.

Miller, George (1990): The Assessment of clinical skills/competence/performance. In: <http://winbev.pbworks.com/f/Assessment.pdf>. [03.07.2018].

Mircic, Eva (2017): Simulation in der Pflegeausbildung. URL: http://www.gutelehre.at/lehre-detail/?tx_bmwfwlehre_pi1%5Bproject%5D=523&tx_bmwfwlehre_pi1%5Bcontroller%5D=Project&tx_bmwfwlehre_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=9afcbe835b1f78f4c8a0e5519edc3fd6 [02.07.2018].

Mörzinger, Gudrun (2018): Ein dritter Ort des Lernens. Wien: Facultas Verlag.

Murano, Sandra/Rockenbauch, Katrin (2018): Erarbeitung von glaubhaften Simulationen mithilfe von Rollenskripten für SPs. In: Peters, Tim/Thrien, Christian (Hrsg): Simulationspatienten. Bern: Hogrefe Verlag, S. 33-46.

Oelke, Uta/ Meyer, Hilbert (2014): Didaktik und Methodik. Berlin: Cornelsen Schulverlage GmbH.

Olbrich, Christa (2009): Kompetenzorientiertes Modell der Pflegedidaktik. In: **Olbrich, Christa** (Hrsg.): Modelle der Pflegedidaktik. München: Urban & Fischer Verlag, S. 63-85).

Olbrich, Christa (2010): Pflegekompetenz. Bern: Hans Huber Verlag.

Ortwein, Heiderose/Fröhmel, Annette/Burger, Walter (2006): Einsatz von Simulationspatienten als Lehr-, Lern- und Prüfungsform. In: Psychother Psych Med; 56. Jhg (1): S. 23-29.

Peters, Tim (2018): Simulationspatienten und Simulationspatienten-Eine Einführung. In: **Peters, Tim/Thrien, Christian** (Hrsg): Simulationspatienten. Bern: Hogrefe Verlag, S. 13-22.

Pfabigan, Doris/Rottenhofer, Ingrid (2017): Inhalte der Ausbildung für Pflegeassistentenberufe. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.

Rall, Markus/Op Hey, Frank (2016): Die 3B Technik für Fragen im Debriefing. In: Hackstein, Achim/Hagemann, Vera/ Kaufmann, Florentin/ Regener, Helge (Hrsg): Handbuch Simulation. München: Verlagsgesellschaft Stumpf + Kossendey mbH, S. 180-184.

Rall, Markus/Oberfrank, Stephanie (2016): Was ist grundsätzlich unter Simulation zu verstehen. In: Hackstein, Achim/Hagemann, Vera/ Kaufmann, Florentin/ Regener, Helge (Hrsg): Handbuch Simulation. München: Verlagsgesellschaft Stumpf + Kossendey mbH, S. 30-32.

Rogers, Carl Ransom (2006): Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart: Klett-Cotta.

Rapsilber, Enrico (2011): Mit Training zur Kompetenz?. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.

Regener, Helge/Hagemann, Vera (2016): Definiere Lernziele und orientiere dich am Outcome. In: Hackstein, Achim/Hagemann, Vera/Kaufmann, Florentin/ Regener, Helge (Hrsg): Handbuch Simulation. München: Verlagsgesellschaft Stumpf + Kossendey mbH, S. 143-147.

Rogers, Carl (1969): Freedom to learn. In: <http://www.napraviuchilishte.org/wp-content/uploads/2013/11/Carl-R.pdf>. [11.07.2018].

Rogers, Carl Ransom/ Schmid, Peter (1991): Person-zentriert. Mainz: Matthias-Grünewald-Verlag.

Rosenberg, Marshall (2016): Gewaltfreie Kommunikation. Paderborn: Junfermann Verlag.

Rudolph, Jenny/Simon, Robert/ Dufresne, Ronald/Raemer, Daniel (2006): There`s no Such Thing as „Nonjudgemental“ Debriefing: A Theory and Method for Debriefing with Good Judgement. In: Simulation in Health Care, Vol.1, Nr.1, S. 49-55.

Rudolph, Jenny/Simon, Robert/ Dufresne, Ronald/Raemer, Daniel (2007): Debriefing using the Advocacy-Inquiry method. In: https://sites.ualberta.ca/~hsercweb/viper/Advocacy_Inquiry_Method.pdf. [17.07.2018].

Russo, Sebastian/Nickel, Eike (2013): Wie im wahren Leben: Simulation und Realitätsnähe. In: St.Pierre, Michael/Breuer, Georg (Hrsg): Simulation in der Medizin. Berlin: Springer Verlag, S. 122-131.

Salvodelli, Georges/Naik, Viren/Hamstra, Stanley/Morgan, Pamela (2005): Barriers to use of simulation-based education. In: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.126.6471&rep=rep1&type=pdf> [11.07.2018].

Scheu, Peter (2010): Empathie statt „Mit-Leid“. Marburg: Tectum Verlag.

Schewior-Popp, Susanne (2014): Lernsituationen planen und gestalten. Stuttgart: Thieme Verlag.

Schroeder, Gabriele (2008): Fast wie Echt. Skillstraining mit Simulationspatienten. In: Padua, 2, S. 171-173).

Schroeder, Gabriele (2011): Skillstraining mit Simulationspatienten im Problem basierten Lernen. In: Sittner, Elisabeth: Wie wird Wissen zum Können. Wien: Facultas Verlag. S. 52-55.

Schlegel, Claudia/Shaha, Maya (2007): Spezielle Herausforderungen bei der Planung und Durchführung von OSCE (Objective Structured Clinical Examination) in der Pflegeausbildung. In: https://www.researchgate.net/publication/263561874_Spezielle_Herausforderungen_bei_Planung_und_Durchfuhrung_von_OSCE_Objective_Structured_Clinical_Examination_in_der_Pflegeausbildung. [18.09.2018].

Schlegel, Claudia (2008): Lernerfolg mit dem Standardisierten Patienten (SP) in der Pflegeausbildung. In: Innovatives Lehren und Lernen. Bern: Hans Huber Verlag. S. 135-146.

Schlegel, Claudia (2015): Feedback von Simulationspatientinnen und -patienten. Bern: Hep Verlag.

Schulte-Steinicke, Barbara (2018): Kompetenz. In: <https://www.pschyrembel.de/Kompetenz/T02C2/doc/> [23.05.2018].

Siebert, Jeanette/**Frey**, Linda/**Beeh**, Silvia/**Stiefvater**, Eva/**Bürkle**, Laura/**Schumann**, Hauke (2018): Simulationstraining in der Pflegeausbildung. Evidence und Erfahrung mit einer Lehrmethode. In: Pädagogik der Gesundheitsberufe, 5.Jg., H.1, S. 59-65.

Simon, Robert/**Raemer** Daniel/**Rudolph**, Jenny (2010): Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare (DASH) In: <https://harvardmedsim.org/wp-content/uploads/2017/01/DASH.handbook.2010.Final.Rev.2.pdf>. [16.07.2018].

SimNAT Pflege (2018): Simulation in der Pflege. In: <https://simnat-pflege.net/> [26.02.2018].

Stefanoni, Susanne/**Alig**, Bernadette (2009): Pflegekommunikation. Bern: Hans Huber Verlag.

St. Pierre, Michael/**Breuer**, Georg (2013): Einleitung. In: Simulation in der Medizin. Berlin: Springer Verlag.

Thomeczek, Christian (2013): Geleitwort. In: Simulation in der Medizin. Berlin: Springer Verlag.

Thrien, Christian (2018): Feedback- Damit aus Üben Lernen wird. In: Peters, Tim/Thrien, Christian (Hrsg) (2018): Simulationspatienten. Bern: Hogrefe Verlag, S. 66-73.

Trappl, Eva (2018): SimulationspatientInnen-Programm. In: <https://teachingcenter.meduniwien.ac.at/abteilungen/assessment-skills/simulationspatientinnen-programm/>. [04.07.2018].

Universitätsspital Zürich (2018): Effektivität des Simulationstrainings. In: http://www.simulationszentrum.usz.ch/unser-_angebot/Seiten/default.asp [27.02.2018].

Voyer, Stephane/Hatala, Rose (2015): Debriefing and Feedback: Two Sides of a coin. In: https://journals.lww.com/simulationinhealthcare/fulltext/2015/04000/Debriefing_and_Feedback_Two_Sides_of_the_Same.1.aspx. [18.09.2018].

Watzlawick, Paul/Beavin, Janet/ Jackson, Don (2017): Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern: Hogrefe Verlag.

Waxmann, K.T. (2010): The Developement of Evidencebased Clinical Simulation Scenarios: Guidelines for Nurse Educators. In: <https://pdfs.semanticscholar.org/09c7/187cd9a3e5d6011959539d7df7fcc0874105.pdf>. [18.09.2018].

Ziegler, Matthias/Rall, Marcus/Braun, Michael/Hirsch, Georg/Bonberg, Kai-Uwe/Friedrich, Timo (2015): Mindestanforderungen der DGSiM für die Durchführung von Simulations-Teamtrainings in der Medizin. In: http://www.dgsim.de/sites/default/files/dgsim_mindestanforderungen_teamtraining_version_1.pdf. [02.07.2018].