

SERIE „METHODENBÖRSE“

FAST WIE ECHT**SKILLTRAINING MIT SIMULATIONSPATIENTEN***von Gabriele Schroeder*

In den letzten Jahren hat an einigen Bildungszentren für Gesundheitsberufe ein Paradigmenwechsel stattgefunden. Unter dem Einfluss eines gemäßigt-konstruktivistischen Verständnisses ist das selbstgesteuerte Lernen der Studierenden in den Vordergrund und das Lehren der Lehrpersonen in den Hintergrund gerückt. Dem liegt die Erkenntnis zugrunde, dass Wissen nicht von einer zur anderen Person übertragen wird: Lernen ist ein individueller Prozess und Wissen wird von den Lernenden aktiv aufgebaut.



FOTO: ALEXANDER FISCHER

„Problem-based Learning“ (PBL) und „Skillstraining“ erarbeitet. Aufbauend auf dem Vorwissen und den individuellen Erfahrungen der Studierenden werden die Aufgabenstellungen im PBL mit Hilfe der Siebensprung-Methode erarbeitet. Dabei eignen sich die Lernenden zielgerichtet theoretisches Wissen an. Die eng mit dem PBL verknüpfte Lernform Skillstraining, welche durch drei Phasen und sechs Schritte strukturiert wird (Abb. 1, S. 32), erlaubt praxisnah das Üben berufsrelevanter Skills (Fähigkeiten und Fertigkeiten). Ziel dieser didaktischen Konzeption und des methodischen Vorgehens ist das Erreichen von Handlungskompetenzen bereits vor dem ersten Kontakt mit dem Patienten. Der Schritt 4 des Skilltrainings – „Simulation“ – dient diesem Ziel in besonderem Maße.

**DIE LERNFORM
SKILLTRAINING**

Der Erwerb von Wissen kann von außen zwar beeinflusst, nicht aber direkt gesteuert werden. Empirische Untersuchungen haben gezeigt, dass lehrerzentrierte Wissensvermittlung nicht zu praxiswirksamem, transferierbarem Wissen führt. Trotz ausgewiesener schulischer Lernleistungen steht das Wissen in der Berufspraxis nicht oder nur unzureichend zur Verfügung. Das Erarbeiten wirksamer beruflicher

Handlungskompetenzen erfordert demnach Lehr-Lernprozesse (eine pädagogische Konzeption) mit einer hohen Eigenaktivität der Lernenden und mit größtmöglicher Nähe zur Praxis des Berufsalltags.

Das Problembasierte Modell-Curriculum Careum Höhere Fachschule (HF) Pflege der Stiftung Careum, Zürich, greift genau diese Aspekte auf. Der Lerninhalt wird anhand der beiden Lernformen

Skillstraining bietet den Studierenden die Möglichkeit, komplexes berufliches Handeln und Verhalten in einem konstruierten Setting zu üben und diverse Handlungsalternativen auszuprobieren – im geschützten Rahmen des Skillslabs, einer der Berufsrealität nachempfundenen Lernumgebung. In verschiedenen Lern-Arrangements werden motorische, kommunikati-

ve, kognitive und selbstregulierende Skills praxisnah trainiert und evaluiert. Aufgrund dieses Prozesses wird eine Handlungskompetenz erreicht, die der Stufe „Shows how“ nach Miller (1990) entspricht (Abb. 1). Die Studierenden sind auf diese Weise gut darauf vorbereitet, im konkreten beruflichen Alltag effektiv zu handeln, sich angemessen zu verhalten und die vorhandenen Ressourcen ökonomisch einzusetzen.

LERNEN MIT SIMULATIONS PATIENTEN

Das Pflegen eines Simulationspatienten im Schritt vier des Skilltrainings (Abb. 2) ermöglicht es den Studierenden, ihr theoretisches und praktisches Wissen mit fast realen Praxissituationen zu verknüpfen: Simulationspatienten reagieren während der Intervention auf das Handeln und Verhalten der Studierenden, diese wiederum erleben unmittelbar die Reaktion auf ihr Handeln. Nach der Begegnung melden die Simu-

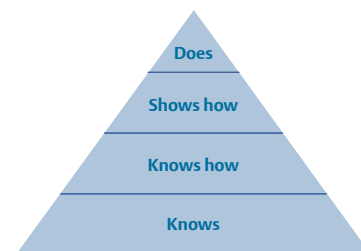
Abb. 2: Schritte des Skilltrainings.

SKILLSTRAINING	
Phase I: Orientierungsphase	
Schritt 1: Individuelle Vorbereitung	Aktivieren und Überprüfen des Vorwissens. Erkennen der wichtigsten Anteile und Aspekte der betreffenden Skills, um eine Vorstellung über die Skills zu erhalten und im Trainingstreffen Fragen klären zu können.
Phase II: Übungsphase	
Schritt 2: Trainingstreffen, Demonstration durch Expertin, Erproben unter Anleitung	Demonstration der Skills, um den Ablauf und die Ausführungen der Skills zu erfassen, Verdeutlichen von Schlüsselstellen und kritischen Momenten. Möglichkeit, Fragen zu klären durch Expertinnen, Erproben unter Anleitung. Übergang vom kognitiven zum Handlungsschema, unterstützt durch das Üben und das Feedback.
Schritt 3: Selbstständiges Üben	Individuelles Üben im simulierten und reduzierten Rahmen am Modell oder an Kolleginnen. Erproben, Trainieren und Festigen der Skills in unterschiedlichen Situationen, um sie auf andere Situationen übertragen zu können.
Schritt 4: Simulation	Praxisnahes Üben und Festigen der Skills an Simulationspatienten, unter Integration von kognitiven, psychomotorischen, interaktiven und selbstregulierenden Fähigkeiten. Reflexion der Skills anhand von Videoaufnahmen.
Schritte 5 Fähigkeitstest	Beurteilen der erworbenen Skills anhand von Beobachtungen und Kriterien.
Phase III: Beherrschungsphase	
Schritt 6 Erproben und Weiterentwickeln in der Praxis	Begleitetes Erproben und Weiterentwickeln der Skills bis zur Beherrschung. Berücksichtigung von Rhythmus, Geschwindigkeit und Koordination der Durchführung der Skills unter den in der Praxis vorkommenden Stresssituationen.

lationspatienten den Studierenden zurück, wie sie deren Verhalten während der Intervention empfunden haben. In diesem Lernsetting geht es für die Studierenden insbesondere darum, bekannte, ähnliche und fremde Elemente zu erkennen und zu versuchen, etwas Unbekanntes mit den vorhandenen Fähigkeiten und Kenntnissen zu bewältigen. Diese Transferleistung fördert nach Johnson et al (1999) die Entwicklung von Handlungskompetenzen: sie erhöht die Sensibilität beim Entwickeln treffen der Strategien, verbessert die Fähigkeit, verschiedene Interventionsmöglichkeiten zu evaluieren, sie verbessert die Wahrnehmung des eigenen Verhaltens und steigert die Fähigkeit zu kritischem Denken.

DER SIMULATIONS PATIENT

Der Simulationspatient im Modell-Curriculum Careum der Stiftung Careum ist eine speziell geschulte Person, die durch eine – dem Ausbildungsstand angemessene – Rollenbeschreibung dazu instru-



Miller's pyramid for assessing clinical competence

Abb. 1: Stufenpyramide nach Miller.

sene – Rollenbeschreibung dazu instruiert wird, einen Patienten in einer bestimmten Lebenslage, mit spezifischen Krankheitssymptomen zu verkörpern.

Simulationspatienten können wirkliche Patienten sein oder Menschen, die eine Rolle spielen. Wirkliche Patienten können ihr Verhalten modifizieren oder nicht, geben jedoch immer die Einwilligung zur Mitarbeit in der Lernsituation. Simulationspatienten hingegen verhalten sich immer entsprechend der ihnen vorgegebenen Rollen. Meist haben sie einen gewissen Spielraum bezüglich ihrer Reaktionen auf die Interventionen der Studierenden. Neben den wirklichen Patienten und den Simulationspatienten gibt es noch die „standardisierten Patienten“. Diese halten sich genau an die vorgegebene Rolle, sie haben keinen Verhaltensspielraum (Collins, Harden 1999). Im Skilltraining kommen in der Regel Simulationspatienten zum Einsatz und in den Prüfungen „standardisierte Patienten“.

DIE ROLLENBESCHREIBUNG

Die Rollenbeschreibung des Simulationspatienten ist sehr wichtig für das Gelingen des Lernsettings. Die Rollenbeschreibung der zu simulierenden Situation ist auf den Inhalt und die Ziele des thematischen Blocks abgestimmt und auf den Ausbildungsstand der Studierenden. Sie muss so angelegt sein, dass die dazu formulierten Ziele erreicht werden können. Die Eckpfeiler der Fallgeschichten/Rollenbeschreibungen müssen bezüglich der zu zeigenden Phänomene vollkommen klar sein, damit die Rollen von den Simulationspatienten glaubwürdig gespielt werden können. Dies stellt hohe Anforderungen an die Erstellerinnen der Rollen, zum Beispiel bei Themen wie „Wahrnehmung“ oder „Sinnfindung“.

Um eine hohe Qualität der Rollenbeschreibungen sicherzustellen ist es empfehlenswert, reale, aber anonymisierte Fallgeschichten zu nutzen und als Autoren Fachexperten des Themengebietes sowie Theaterfachleute beizuziehen. Rollenbeschreibungen müssen in zwei Ausführungen mit unterschiedlichem Inhalt vorliegen: eine für den Studierenden und eine für den Simulationspatienten (Abb. 3).

ABLAUF DES LERNSETTINGS SIMULATIONS PATIENT

Dem konkreten Kontakt mit dem Simulationspatienten geht die Vorbereitung des Simulationspatienten voraus, die Vorbereitung des Studierenden, der Beobachtungsperson und des Skillslabs. Nach dem Kontakt steigen alle Beteiligten aus ihren Rollen aus und der Simulationspatient gibt dem Studierenden Feedback. Danach ist sein Einsatz beendet und er wird verabschiedet. Die Beobachtungsperson und der Studierende reflektieren die Situation. Zu einem späteren Zeitpunkt erfolgt die Reflexion mit der Skillstrainingsgruppe und der Skillstrainerin.

VORBEREITUNG

Die Studierenden haben bereits im Vorfeld die erwarteten Skills für die Simulationspatienten-Situation theoretisch und praktisch vorbereitet. Sie kennen die Kriterien, wie bestimmte Verrichtungen ausgeführt werden sollen. Direkt vor dem Kontakt bereiten sich die Studierenden mit Hilfe einer kurzen Beschreibung, welche die wichtigsten Informationen zur Situation enthält, vor. Zusammen mit der Rollenbeschreibung wird ihnen die Beobachtungsliste ausgehändigt, mit der die Begegnung ausgewertet wird. Die Beobachtungsperson erhält die Beobachtungsliste, mit der sie die Begegnung auswertet. Das Skillslab ist möglichst realitätsnah gestaltet, das benötigte Material ist vorbereitet. Eine Kamera, mit der die Begegnung aufgezeichnet wird, ist bereitgestellt. Der Simulationspatient ist mit seiner Rolle

STRUKTUR EINER ROLLENBESCHREIBUNG		
Inhalt	Simulations-Patient	Studierende
Ort der Handlung	X	X
Vorstellen der Patientin und ihrer Situation, möglichst kurze Beschreibung, «schnörkellos», um nicht zu verwirren (ausser wenn die Verwirrung didaktisch begründet ist)	X	X
Lernziel für die Studierenden (kurz)	X	
Klare Beschreibung des Auftrags / der Aufgabenstellung: . Welche Tätigkeit muss beobachtbar sein? . Was muss getan werden?	X	X
„Geschichte“ der momentanen Situation, Grund der Begegnung, evtl. Auszüge aus der medizinischen Krankengeschichte, körperliche und psychische Symptome (vorhandene und sporadische), evtl. momentaner Lebensstil, soziale Umgebung	X	
Verhalten während der Begegnung . Informationen, die spontan abgegeben werden . Informationen, die vom Studierenden «herausgefunden, bemerkt» werden sollten . Fragen, die gestellt werden müssen	X	
Zur Verfügung stehendes Material		X
Angaben zum Raum	X	X
Zur Verfügung stehende Zeit	X	X
Anweisung, wer als Erstes zu sprechen beginnt	X	X

Abb. 3: Rollenbeschreibung im Skillstraining.

vertraut und darin geschult, Feedback zu geben.

Studierende und Simulationspatienten sollten sich vor dem Kontakt nicht begegnen. Es ist aber für die Spielsituation wichtig, dass der Simulationspatient vorgestellt wird. Dies kann schriftlich geschehen oder der Schauspieler stellt sich unmittelbar vor der Simulation vor und sagt, dass er nun eine bestimmte Rolle spielen wird. Danach verlässt er den Raum noch einmal und erscheint dann in seiner Rolle, entsprechend gekleidet.

DER KONTAKT

Der Kontakt mit dem Simulationspatienten erfolgt meist ohne Lehrperson (Skillstrainerin). Eine Studienkollegin beobachtet die Situation und beurteilt das Handeln und Verhalten mittels vorgegebener Beobachtungslisten. Der gesamte Kontakt wird mit der Videokamera aufgezeichnet. Dies ermöglicht die nachträgliche Reflexion der Begegnung. Die eigentliche Handlung erfolgt nach dem in der Rollenbeschreibung vorgegebenen Start. Die Simulationspatientin spielt ihre Rolle und reagiert auf die Intervention der

Studierenden. Die Studierende interveniert entsprechend den erkannten Pflegephänomenen. Allen Beteiligten ist bekannt, dass die Studierende eine Intervention unterbrechen darf und ggf. nochmals neu beginnen kann. Wichtig ist jedoch, dass die geplante Zeit eingehalten wird. Ein Einsatz sollte 15 bis 20 Minuten nicht überschreiten, weil sonst die Konzentration nachlässt.

NACH DEM KONTAKT

Am Ende des Kontakts erhält der Simulationspatient Gelegenheit und Zeit, aus seiner Rolle „auszusteigen“ (zum Beispiel durch kurzes Verlassen des Raumes), bevor er ein Feedback gibt. Dieser Schritt ist sehr anspruchsvoll, denn beide steigen damit aus der simulierten Situation und aus der Rolle aus, müssen sich aber in der Erinnerung noch die Rolle vergegenwärtigen. Das Feedback des Simulationspatienten soll aus der unmittelbaren Erinnerung an seine Befindlichkeit während der Simulation gegeben werden. Das Feedback erfolgt anhand von Kriterien, die eigens für diese Simulation festgelegt wurden. Nach dem Feedback wird der Kontakt mit dem Simulationspatienten aufgelöst.

REFLEXION DER STUDIERENDEN UND DER BEOBACHTUNGSPERSON

In der gemeinsamen Reflexion analysieren die beiden Studierenden den Inhalt des Kontaktes, mit Hilfe der Videoaufnahme und des anschließenden Feedbacks des Simulationspatienten. Die Beobachtungsperson teilt der Studierenden ihre eigenen Beobachtungen mit. Sie erarbeiten sich fehlendes Wissen und Können und überlegen sich, wie eventuell noch ungenügende Skills aufgearbeitet und erneut trainiert werden können. Des Weiteren bereiten sie sich, z.B. durch Fragen, die sie zur Diskussion stellen, auf die Reflexion mit der Skilltrainingsgruppe und der Trainerin vor.

REFLEXION MIT DER SKILLTRAININGSGRUPPE UND DER SKILLTRAINERIN

Die Reflexion der Simulation mit der Skilltrainingsgruppe und der Skilltrainerin bietet eine weitere Möglichkeit der Fremd- und Selbstevaluation. Vor dem Treffen schauen sich alle Studierenden der Skilltrainingsgruppe und die Skilltrainerin die Videoaufzeichnungen an. In der Reflexionssitzung stellen die Kolleginnen ihrerseits Fragen aufgrund des Studiums der Aufzeichnungen, diskutieren die Fragestellungen der beiden Betroffenen und geben Feedback. Die Skilltrainerin nimmt als „Facilitator“ Einfluss.

VORTEILE UND NACHTEILE

Der größte Vorteil, der immer wieder beschrieben wird, liegt in der Rückmeldung des Erlebten durch den Simulationspatienten. Die Studierende kann über das Feedback ihr eigenes Verhalten wahrnehmen und überdenken. Diese Form der Rückmeldung ist in der realen Praxissituation fast nie gegeben (Ortwein 2003). Voraussetzung für eine erfolgreiche Rückmeldung ist, dass der Simulationspatient im „Feedbackgeben“ geschult wurde. Ein weiterer Vorteil liegt

darin, dass eine Lernsituation jederzeit unterbrochen und neu angesetzt werden kann. Dies erlaubt der Studierenden eine direkte Korrektur ihrer Handlung. Weitere Vorteile dieses Lernsettings sind, dass Simulationspatienten jederzeit verfügbar sind und dass die Rolle des Simulationspatienten jederzeit dem Lernbedarf angepasst werden kann. Auch Situationen, die für echte Patienten belastend sind, können ohne Bedenken trainiert werden, z.B. die Beratung eines Krebspatienten.

Nachteile liegen darin, dass die Rekrutierung, das Training, die Organisation der Simulationspatienten sehr zeitaufwändig sein kann, insbesondere am Anfang der Umsetzung, wenn noch nicht auf einen „Simulationspatienten-Pool“ zurückgegriffen werden kann, oder noch kein entsprechendes Konzept besteht. Immer wieder wird auch angeführt, dass die Studierenden im Bewusstsein, dass der Simulationspatient kein realer Patient ist, einen Mangel an Empathie oder weniger gelebte Seriosität in der Handlung zeigen. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass die meisten Studierenden dieses Konzept als sehr lernwirksam einschätzen (Blatter 2004).

FAZIT

Im Kontext eines Lern- und Lehrverständnisses, das den Prinzipien des gemäßigten Konstruktivismus gerecht wird, scheint das Lernsetting „Skillstraining mit Simulationspatient“ insbesondere den Transfer von Wissen in Können bis zu der Stufe „Shows how“ (Abb. 1) nach Miller (1990) zu ermöglichen. Verschiedene Studien (Blatter 2004, Johnson 1999), belegen, dass der Einsatz von Simulationspatienten in der Ausbildung unmittelbare Auswirkungen auf das Erlangen beruflicher Handlungskompetenzen hat. Als Zielpunkt für die Kompetenzentwicklung sieht Vonken (2001) die Handlungsorientierung und die Handlungsfähigkeit. Hierbei geht es ihm um verfügbares Wissen in Abgrenzung zu tragem Wissen. Sein Anspruch an die Ausbildung ist es, die Studierenden da-

zu zu befähigen, Wissen zu strukturieren und es selektiv zu beurteilen, bezogen auf eine konkrete Situation, unter Berücksichtigung moralisch-ethischer Aspekte. Um diesem Anspruch gerecht werden zu können, braucht es Umsetzungsmöglichkeiten, Übungs- und Reflexionsmöglichkeiten und eine begleitete Selbst- und Fremdevaluation. Lernsituationen müssen sowohl reflektiertes Handeln als auch reflektierte Interaktion beinhalten. Mit dem Einsatz von Simulationspatienten werden den Studierenden nicht nur Übungsmöglichkeiten angeboten, es werden auch weitere Lernprozesse in Bezug auf den Erwerb beruflicher Handlungskompetenz in Gang gesetzt.

Literatur

- Blatter; V.: Der Einsatz von Simulationspatienten in der Pflegeausbildung. 2004
 Collins; J.P.; Harden R.M.: The use of real patients simulated patients and simulators in clinical examinations. AMEE Medical Education Guide No 13, Centre of Medical Education, Dundee DD2 Scotland, 1999.
 Fachstelle Careum: Modell-Curriculum Careum Höhere Fachschule Pflege, 2004
 Johnson, J.H.; Johnson Zervic; J.; Theis; S.L.: Clinical Simulations Laboratory. Nurse Education, Vol. 24, No 5 pp 37-41 1999.
 Miller; G.E.: The assessment of clinical skills/ competence/ performance, Acad Med, S. 63-67, 1990
 Ortwein; H.; Frömmel, A.; Handbuch für Simulationspatientinnen und Simulationspatienten: Reformstudiengang Medizin, medizinische Fakultät Charité Humboldt Universität Berlin, 3. Auflage 2003, pp 5).
 Vonken, M.; Von Bildung zur Kompetenz: Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik, 97. Band, Heft 4, Franz Steiner Verlag Wiesbaden GmbH, Stuttgart, 2001



Gabriele Schroeder

Pflegewirtin (FH),
 Diplom-Pflegefachfrau,
 Studium Pflege- und
 Gesundheitswissenschaften,
 EFH Darmstadt;
 Beraterin, Dozentin
 Qualitätssicherung und
 -entwicklung; Dozentin, Höhere Fachausbildungen;
 Pädagog. Mitarbeiterin, Fachstelle Careum, Zürich.