



Projektbericht

Konzeptualisierung von Simulationen und Umsetzung im Simulationszentrum des UKM im Rahmen der Ausbildung zur Pflegeassistenz

Projektleitung: Meike Schwermann (M.A.) (MSH)

Lisa Icking (M.A.) & Andreas Roterring (M.A.) (BiPG UKM)

Projektteilnehmer: Melina Emde, Hanna Groß, Annika Trinker, Theresa Wagner,
Marco Chmielewski, Niklas Menzen

Studiengang: B.A. Berufspädagogik im Gesundheitswesen – Fachrichtung Pflege

Modul: Wahlpflichtmodul

Abgabedatum: 21.05.2021

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	3
Tabellenverzeichnis	3
Abbildungsverzeichnis	3
1 Disclaimer	4
2 Einleitung	4
3 Sachanalyse	5
3.1 „Positionierung im Bett“ mit dem Schwerpunkt der Dekubitusprophylaxe	6
3.2 Vitalzeichenkontrolle	9
3.3 Kommunikation mit Patienten mit Hörbeeinträchtigungen	13
4 Bedingungsanalyse	15
4.1 Organisation.....	15
4.2 Studierende im Projekt	17
4.3 Auszubildende.....	21
4.4 Zu fördernde Zielkompetenzen.....	22
5 Didaktische Analyse	25
5.1 Artikulationsschema	28
5.2 Schematische Darstellung des geplanten Ablaufes	30
5.3 Power Point Präsentation	32
6 Rollen und Szenenbeschreibung als Vorbereitung der Simulationssequenzen	39
6.1 Herr Albrecht benötigt Hilfe beim Positionswechsel.....	39
6.2 Frau Müller soll mobilisiert werden	46
6.3 Frau Mauernhoff hört schlecht.....	52
7 Fazit	59
8 Literatur	63

Abkürzungsverzeichnis

DGK: Deutsche Gesellschaft für Kardiologie

DHL: Deutsche Hochdruckliga

EPUAP: European Pressure Ulcer Advisory Panel

GesKrPflAssAPrV Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten und des Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten

KMK: Kultusministerkonferenz

KrPflAss: Krankenpflegeassistenten

mmHg: Millimeter Quecksilbersäule

NPUAP: National Pressure Ulcer Advisory Panel

pqsq: Portal für Qualitätsmanagement und Service in der geriatrischen Pflege

RKI: Robert-Koch-Institut

RR: Riva-Rocci

SimNAT: Simulationsnetzwerk Pflege

UKM: Universitätsklinik Münster

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: physiologische Blutdruckveränderungen (Röhm-Kleine, 2011, S. 327) 10

Tabelle 2: pathologische Blutdruckveränderungen (Röhm-Kleine, 2011, S. 328)..... 10

Tabelle 3: Fehlerquellen und deren Folgen (Röhm-Kleine, 2011, S. 327)..... 12

Tabelle 4: Artikulationsschema des Ablaufes des simulationsbasierten Lerntages 28

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Klassifikation des Blutdrucks und Definition der Hypertonie-Grade (DGK&DHL, 2018, S. 11) 10

Abbildung 2: schematische Darstellung des Ablaufes eines simulationsbasierten Lerntages (eigene Darstellung) 30

Abbildung 3: bildliche Darstellung des Ablaufes der geplanten Simulationen (eigene Darstellung)..... 31

Abbildung 4: Umsetzung der Simulationen und Debriefing 59

Abbildung 5: Projektteam um Meike Schwermann (r.) nach erfolgreicher Umsetzung 62

1 Disclaimer

In diesem Projektbericht wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mitgemeint, soweit dies für die Aussage erforderlich ist.

Die Autorengruppe spiegeln das Geplante aus der Sicht der Studierenden und der Projektmitglieder wider. Zur besseren Lesbarkeit nutzen die Autoren in einigen Teilen das Wort Studierende, bzw. Projektmitglieder.

2 Einleitung

„Was man lernen muss, um es zu tun, das lernt man, indem man es tut.“ (Aristoteles).

Simulationsbasiertes Lehren und Lernen ist in Gesundheitsfachausbildungen und in dem Medizinstudium in europäischen Ländern schon fest verankert. In Deutschland gewinnt dies in Bezug auf die Gesundheitsbranche (Medizin, Rettungsdienst und Pflege) eine immer größere Relevanz in der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Simulationstrainings sind noch nicht überall flächendeckend vorhanden und gelten als ein Nice-to-have eines Arbeitgebers (Koppenberg, Henninger, Gausmann, Bucher, 2014, S. 373).

Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Gesundheits- und Krankenpflegeassistenz und des Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten (GesKrPflAssPrV) zeigt, dass in der Ausbildung die Gelegenheit gegeben werden muss, die theoretischen und praktisch erworbenen Kenntnisse aus dem Unterricht zu vertiefen und zu lernen, sie bei der praktischen Arbeit anzuwenden (vgl. § 5 Absatz 3 GesKrPflAssPrV). Dies kann zum Beispiel durch simulationsbasiertes Lernen erfolgen, worauf sich dieses Projekt fokussiert hat.

Simulation bedeutet, dass „Bedingungen geschaffen [werden], um authentische, realitätsnahe Situationen darzustellen, die im realen Leben auftreten können [...].“ (Simulationsnetzwerk Pflege (SimNAT) e.V., 2021, S. 3). Simulation in der Ausbildung von Pflegefachkräften beinhaltet die Förderung aller Ressourcen: Wissen, Fertigkeiten und Haltungen, um konkrete Situationen – die es in einem Simulationsbasierten Lernen gibt – erfolgreich zu meistern (Städeli, Grassi, Rhiner & Obrist, 2013, S. 10-12). Neben der Förderung der Ressourcen bilden die Simulationstrainings im Bereich der kommunikativen und sozialen Kompetenz, sowie der psychomotorischen Fähigkeit aus. Auf Grund des Lernens in einem geschützten Raum, können die Auszubildenden Sicherheit in den Pflegehandlungen für den klinischen Alltag erhalten und somit praktische Fähigkeiten und Fertigkeiten trainieren (Simulationsnetzwerk Pflege (SimNAT) e.V., 2021, S. 3, 5).

Im Rahmen des studentischen Projektes „Konzeptualisierung von Simulationen und Umsetzung im Simulationszentrum des UKM im Rahmen der Ausbildung zur Pflegeassistenz“ haben Studierende des Fachbereichs Gesundheit der Fachhochschule Münster sich mit simulationsbasiertem Lernen und Lehren beschäftigt und einen Simulations-Lerntag für die Auszubildenden der Krankenpflegeassistenz der Universitätsklinik Münster geplant, umgesetzt und evaluiert. Die Leitung übernahm Frau Meike Schwermann von der FH Münster, sowie Frau Lisa Icking, Frau Andrea Rosenthal und Herr Andreas Roterring als Mitarbeiter des Bildungsinstituts für Pflege und Gesundheit am UKM. Im UKM Trainingszentrum fand die Umsetzung der sechs geplanten Simulationen statt.

Ziel des studentischen Projektes ist zum einen die Konzeptualisierungen von Simulationen und deren Umsetzung, im Trainingszentrum des Universitätsklinikums Münster (UKM), zusammen mit den Auszubildenden der Pflegeassistenz und zum anderen das Geben von Sicherheit in Bezug auf simulationsbasiertes Lehren und Lernen. Ebenfalls erzielt wird durch das Projekt das Ausbauen/Erweitern der in den folgenden Kapiteln des Projektberichts genannten Kompetenzen.

Zu Beginn des Projektberichtes erfolgt eine inhaltliche Auseinandersetzung mit den theoretischen Grundlagen, worauf sich die einzelnen Simulationen beziehen. Die drei Simulationen haben ihren inhaltlichen Schwerpunkt in der Positionierung im Bett, bei der Vitalzeichenkontrolle inklusive der Mobilisation und der Kommunikation mit Patienten mit Hörbeeinträchtigungen. Im anschließenden Teil des Projektberichtes findet die Bedingungsanalyse statt, bei der die Bedingungen der Auszubildenden der Krankenpflegeassistenz, der Studierenden und der kooperierenden Einrichtung (Universitätsklinikums Münster) geschildert werden. Im letzten Teil erfolgt die didaktische Darstellung und Planung der einzelnen Simulationssequenzen, die zum einen in einem Artikulationsschema dargestellt sind und zum anderen auch die Rollen- und Szenenbeschreibungen beinhalten.

3 Sachanalyse

Im folgenden Kapitel wird die inhaltliche Auseinandersetzung mit den theoretischen Grundlagen, die für das Bearbeiten der Simulationen bzw. des Debriefings wichtig sind, dargestellt. Die Themen orientieren sich an den einzelnen Szenarien. Zunächst erfolgt die „Positionierung im Bett“ mit dem Schwerpunkt der Dekubitusprophylaxe, des Weiteren wird auf die Vitalzeichenkontrolle mit dem Fokus auf die Blutdruckmessung eingegangen und zuletzt erfolgt die theoretische Fundierung zu dem Thema Kommunikation mit Patienten mit Hörbeeinträchtigungen.

Verankert sind die theoretischen Grundlagen in dem hausinternen Curriculum für Gesundheits- und Pflegeassistenten der Uniklinik Münster (hausinternes Dokument).

3.1 „Positionierung im Bett“ mit dem Schwerpunkt der Dekubitusprophylaxe

Im Zuge von Pflegebedürftigkeit, sowie im Falle von Bettlägerigkeit kann es bei Patienten insbesondere mit sensorischer Beeinträchtigung (beispielsweise bei Querschnittslähmung) zur Entwicklung von Druckgeschwüren kommen (Krüge, 2017, S. 137f). Gemäß des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe (2017) ist es die Aufgabe der Pflegekraft einen solchen „Dekubitus“, wie diese Art von Geschwüren in der Fachliteratur bezeichnet werden, frühzeitig zu erkennen und entsprechende Maßnahmen zur Vorbeugung und Heilung im Rahmen der pflegerischen Behandlung einzuleiten und auf ihre Wirksamkeit regelmäßig zu überprüfen.

Der Dekubitus als solcher wird auf internationaler Ebene wie folgt definiert:

„Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmaßlich mit Dekubitus assoziiert sind; deren Bedeutung ist aber noch zu klären.“ (European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) und National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), 2014)

Diese Definition zeigt bereits die multifaktoriellen Entstehungsbedingungen, welche der Schädigung zu Grunde liegen. Dies unterstreicht noch einmal die Wichtigkeit der professionellen Expertise der Pflegekraft im Zuge der Betreuung eines solchen Geschwürs. Ebenso wird die Wichtigkeit der Expertise der Pflegekraft im Rahmen des Aufkommens von Dekubitalgeschwüren deutlich. Laut einem Artikel der Initiative Chronische Wunden e.V. aus dem Jahr 2018 sind Dekubitus in allen Gesundheitssettings häufig anzutreffen. Aktuell wird die Prävalenz auf ca. 2-4% in Akut- und Langzeitpflegesituationen innerhalb Deutschlands angegeben (Kottner, Kröger, Gerber, Schröder & Dissemond, 2018, S. 1). Dieser Anteil befindet sich im Wachstum, aufgrund der anhaltenden Zunahme älterer und multimorbider Menschen innerhalb der Bevölkerung (Kottner et al, 2018, S. 1).

Spricht man auf Basis der vorhergegangenen Definition nun über die Pathophysiologie des Dekubitus, so lässt sich sagen, dass die Entstehung eines Geschwürs unter anderem aufgrund von Schädigungen der Weichteilstrukturen begünstigt wird (Kottner et al, 2018, S. 1). Diese Schädigungen gehen einher mit der länger andauernden Verformung und Komprimierung besagter Strukturen durch die

Auflage auf festen Strukturen wie Knochen oder auch medizinischen Geräten im Rahmen der Behandlung (Kottner et al, 2018, S. 1). Trotz der multifaktoriellen Pathogenese lässt sich jedoch als gesichert ansehen, dass Dekubitus initial im subkutanen Gewebe und hier primär in den Strukturen der Muskulatur entstehen (Kottner et al, 2018, S. 1). Die Muskelzellen werden in der Fachliteratur als „besonders anfällig für andauernde Kompression und Scherkräfte“ beschrieben (Kottner et al, 2018, S. 1) was zur Folge hat, dass die pathologischen Veränderungsprozesse hier als erstes einsetzen.

Diese pathologischen Prozesse veräußern sich zuallererst in Form eines Absterbens der von den mechanischen Reizen betroffenen Zellen und der Bildung erster nekrotischer Bereiche innerhalb des Muskelgewebes (Kottner et al, 2018, S. 1) und können sich schlussendlich auch auf die weiteren Gewebsschichten der Haut ausbreiten oder ggf. zurückbilden (Kottner et al, 2018, S. 1). Diese Entwicklung ist von jeweiligen intrinsischen und extrinsischen Faktoren des Erkrankten abhängig (Kottner et al, 2018, S. 1).

Ist eine Dekubitalulzeration erst einmal aufgetreten, so bietet die Leitlinie der EPUAP & NPUAP (2014) eine Tabelle zur Einteilung der Dekubituskategorie an. Diese lässt sich in vier Schweregrade bzw. Kategorien einteilen, welche das Ausmaß der Gewebeschädigung beschreiben sollen und eine Art Orientierung für die Behandlung geben.

Die erste Gradierung stellt hierbei eine „nicht wegdrückbare Rötung bei intakter Haut“ dar (EPUAP & NPUAP, 2014, S. 9). Diese befindet sich wie eingangs bereits beschrieben häufig über einem knöchernen Vorsprung oder anderer Verhärtungen, welche zur Verletzung/Verformung beitragen (EPUAP & NPUAP, 2014, S. 9). Im Vergleich dazu steht der zweite Grad nach EPUAP & NPUAP (2014), bei welchem bereits eine anteilige Zerstörung der Hautschichten bis in die Dermis vorliegt. Begleitet wird diese Zerstörung durch ein „offenes Ulcus mit rot bis rosafarbenen Wundbett ohne Belege (EPUAP & ENPUAP, 2014, S. 9). Dieser Grad des Dekubitus kann sich auch als eine serumgefüllte bzw. rupturierte Blase darstellen (EPUAP & NPUAP, 2014, S. 9). Grad drei der tabellarischen Gradierung beschreibt den vollständigen Hautverlust, in welchem subkutane Gewebsschichten sichtbar werden können und die Wunden häufig belegt sind (EPUAP & NPUAP, 2014, S. 9). Hierbei ist jedoch wichtig zu erwähnen, dass die Tiefe des Dekubitus abhängig von seiner anatomischen Lokalisation ist und an besonders adipösen Körperstellen mitunter sehr tiefe Wunden und die Bildung von Wundtaschen phänotypisch sichtbar werden können (EPUAP & NPUAP, 2014, S. 9). Im vierten und letzten Grad der Einteilung sprechen EPUAP & NPUAP (2014) in ihrer Leitlinie von einem vollständigen

Gewebsverlust. Anders als noch beim vorherigen dritten Grad sind nun auch Muskeln, Knochen und Sehnen freiliegend und tastbar. Darüber hinaus kommt es nun vermehrt zur Bildung von Wundtaschen (EPUAP & NPUAP, 2014, S. 9).

Bei der Prophylaxe und der Einleitung weiterer Maßnahmen in der Behandlung von Druckgeschwüren ist es nun an der Pflegefachkraft, die bestmögliche Therapie im Rahmen ihrer Einrichtung zu ermitteln. Allen voran geht hier die Risikoeinschätzung, mittels genauen Screenings des Patienten. Hierzu gehört abgesehen von der Pflegeanamnese im Zuge der Aufnahme stets die individuelle Einschätzung der Mobilität und die damit einhergehende Gefährdung des Patienten (Krüger, 2017, S. 139). Ebenso ist eine regelmäßige Untersuchung der Haut während der Grundpflege und Lagewechsel, insbesondere bei sensorisch eingeschränkten und immobilen Patienten, unabdingbar zur Prophylaxe und Therapie von Dekubitus (Krüger, L. 2017, S. 139). Zusätzlich dazu stehen der Pflegefachkraft weitere Skalen zur Risikoeinschätzung wie die Bradenskala zur Verfügung. Diese sollten jedoch nur in Verbindung mit einer klinischen Einschätzung erfolgen, da sie lediglich die Wahrscheinlichkeit zur Dekubitusentstehung messen und nicht die tatsächliche Entstehungsrate beim individuellen Patienten in seiner holistischen Krankheitsgeschichte abbilden können (Krüger, 2017, S. 139).

Im Falle des Beispielpatienten werden durch die Verfasser eine Prophylaxe in Form der 30°- bzw. 35°_Lagerung, sowie eine Cardiac-Position empfehlen, da sich diese Positionen als am für die Situation passendsten herausstellen. Die Einnahme der Cardiacposition kommt hierbei der Entlastung des Herzens, sowie der Vereinfachung der Atmung des Patienten zugute (Portal für Qualitätsmanagement und Service in der geriatrischen Pflege (pqsg), 2007). Hierbei spielen die aufrechte Position zum verbesserten Abtransport des Blutvolumens und die Unterstützung der Atemhilfsmuskulatur durch Hochlagerung der oberen Extremitäten eine zentrale Rolle (pqsg, 2007). Im Falle der zweiten gewählten Methode zur 30°-Lagerung steht der primäre Aspekt der Dekubitusprophylaxe und -behandlung im Fokus, bei der simulierten Lernsituation. Hierbei geht es ausschließlich um die zentralen Merkmale der gleichmäßigen Druckverteilung auf den ganzen Körper und vor allem der Druckentlastung im gefährdeten oder bereits geschädigten Bereich (Krüger, 2017). Diese Entlastung wird bei dieser Maßnahme durch das Drehen des Patienten auf die Seiten und einer Abstützung durch diverse Positionierungshilfen im Rücken- und Beinbereich erreicht (Krüger, 2017). Vorsicht ist hierbei bei einer kardiopulmonalen Instabilität geboten (Krüger, 2017), welche diese Art der Lagerung kontraindiziert. Insbesondere in Bezug auf den holistischen Blick des Beispielpatienten, könnte diese

Situation zum Tragen kommen. In der spezifischen gewählten Lernsituation ist diese Kontraindikation jedoch eher zweitrangig zu Betrachten.

Zusätzlich dazu kann die Pflegefachkraft zur Prophylaxe von Dekubitus einen Bewegungsplan (gemeinsam mit dem Patienten) erstellen, sowie auf eine ausreichende Zufuhr von Flüssigkeit, Eiweiß und Vitaminen in der Ernährung des Patienten achten (Krüger, 2017, S. 140). Ein weiteres probates Mittel zur Prophylaxe ist die Anwendung druckentlastender, bzw. -verteilernder Maßnahmen in Absprache mit dem Patienten (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 2017, S. 14). Hierbei sollte die Pflegekraft jedoch stets reflektiert arbeiten und in regelmäßigen Abständen eine Evaluation, ggf. mit dem Patienten oder seinen Angehörigen durchführen, um auf Basis dessen die bestmögliche Versorgung und Therapie zu erreichen (DNQP, 2017, S. 14).

3.2 Vitalzeichenkontrolle

Vitalzeichen sind messbare Parameter, die Auskunft über lebenswichtige Körperfunktionen geben. Anhand der Vitalzeichen lassen sich Rückschlüsse auf den körperlichen Zustand und die psychische Verfassung ziehen und etwaige Veränderungen und Abweichungen erkennen. Zu den Vitalzeichen gehören neben der Atmung auch der Puls, der Blutdruck, die Temperatur und der Bewusstseinszustand. Die Ermittlung, Messung, Analyse und Dokumentation der Vitalzeichen gehört zu den Aufgaben der Pflegekräfte (Wied et. al. 2014, S. 869). Die Vitalzeichenkontrolle ist eine Maßnahme mit „vergleichsweise geringem Aufwand [...] [mit einer] so hohe Bedeutung für die Patientenversorgung über alle Fachdisziplinen hinweg.“ (Ritter, Nabavi & Ringelstein, 2007, S. 1406).

Der Blutdruck ist der Druck, der durch das zirkulierende Blut auf die Wände der Blutgefäße im Körper- und Lungenkreislauf und des Herzens ausgeübt wird. Der Blutdruck ist abhängig von der Herzleistung, der zirkulierenden Blutmenge und der Beschaffenheit des Gefäßes. Es gibt mehrere physiologische Mechanismen, die den arteriellen Blutdruck regeln, auf die wegen der Komplexität nicht genauer eingegangen wird. Bei der Blutdruckmessung kann zwischen zwei verschiedenen Arten unterschieden werden. Einmal der indirekten/unblutigen Variante und zum anderen der direkten/blutigen Variante (RKI, 2008, S. 8). Die von Pflegekräften häufig angewandte indirekte Messung ist auf den italienischen Kinderarzt Scipione Riva Rocci zurückzuführen. Er entwickelte die Messung mittels der Palpation. (Riva-Rocci, kurz RR). Neben der palpatorischen Messung gibt es auch noch die auskultatorische Methode und die elektronische Messung. Die blutige/direkte Methode des Blutdruckmessens findet durch eine invasive Druckmessung über eine Sonde in der Arterie statt. Diese Messart wird primär im OP und auf der Intensivstation genutzt (RKI, 2008, S.

8). Der Blutdruck wird in der Einheit Millimeter Quecksilbersäule (mmHg) gemessen (Röhm-Kleine, 2011, S. 324f.).

Der systolische (obere) Wert ist der Wert, der bei der Kontraktion des Herzens zustande kommt und den maximalen Druck im Gefäß darstellt während der Austreibungsphase (1. Wert). Der diastolische (untere) Wert ist der Erschlaffungswert bei der Entspannung des Herzens (2. Wert). (Röhm-Kleine, 2011, S. 325-328).

Die Definitionen und Klassifikation der Blutdruckwerte werden in der folgenden Abbildung deutlich:

Kategorie ^a	Systolisch (mmHg)		Diastolisch (mmHg)
Optimal	< 120	und	< 80
Normal	120–129	und/oder	80–84
Hochnormal	130–139	und/oder	85–89
Hypertonie Grad 1	140–159	und/oder	90–99
Hypertonie Grad 2	160–179	und/oder	100–109
Hypertonie Grad 3	≥ 180	und/oder	≥ 110
Isolierte systolische Hypertonie ^b	≥ 140	und	< 90

Abbildung 1: Klassifikation des Blutdrucks und Definition der Hypertonie-Grade (DGK&DHL, 2018, S. 11)

Veränderungen des Blutdrucks

Herz-Kreislauf-Erkrankungen stellen in Deutschland eine der häufigsten Todesursachen da. Die Hypertonie und die Hypotonie zählen unter anderem zu der Gruppe der Herz-Kreislauf-Erkrankungen (RKI, 2008, S. 7). Der Blutdruck kann sich aus verschiedenen Gründen verändern. Dazu zählen die physiologischen und die pathologischen Veränderungen.

Physiologische Veränderungen sind beispielsweise:

Tabelle 1: physiologische Blutdruckveränderungen (Röhm-Kleine, 2011, S. 327)

Hoher Blutdruck (Hypertonie)	Niedriger Blutdruck (Hypotonie)
Anstrengung, Stress, Aufregung	Müdigkeit, Schlaf

Ein Blutdruck kann sich ebenfalls pathologisch (krankhaft verändern), wie z.B.

Tabelle 2: pathologische Blutdruckveränderungen (Röhm-Kleine, 2011, S. 328)

Hoher Blutdruck (Hypertonie)	Niedriger Blutdruck (Hypotonie)

Rauchen, Koffein, vorheriger Alkoholkonsum, volle Harnblase	Blutverlust, Herz-Kreislauf- Erkrankungen
---	--

Ein Blutdruck ist niedrig, wenn der Wert unter 110 bzw. 100 zu 60 mmHg liegt. Kennzeichen eines hypotonen Blutdruckes kann bspw. Schwindel, Herzrasen, Schwächegefühl und Ohrenrauschen sein. Eine Ursache für eine Hypotonie ist die orthostatische Dysregulation. Eine orthostatische Dysregulation ist eine Regulationsstörung des Blutdruckes die eintritt, wenn der Patient die Körperhaltung wechselt und von einem langen Liegen eine aufrechte Körperhaltung einnimmt. Wenn der Patient sich wieder ins Bett legt oder hinsetzt verschwinden die Beschwerden zeitnah. Dies geschieht vermehrt bei älteren Menschen. Bei dieser Form der Hypotonie sollte darauf geachtet werden, dass der Patient einen Lagerungswechsel schrittweise und langsam durchführt (Wichert & König, 2020).

Neben den „klassischen Methoden“ der indirekten Blutdruckmessung gibt es noch die elektronische Blutdruckmessung. Auf diese Methode wird in diesem Bericht genauer eingegangen, weil die Auszubildenden zur Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten des Uniklinikums Münsters diese Methode auf Station und während der Simulation nutzen werden. Der Blutdruck wird mithilfe von ozillometrischer Messung gemessen, wobei durch Schwingungen im Blutgefäß (Pulsationen) der Blutdruck festgestellt wird. Diese Methode hat viele Vorteile, wie z.B. dass niedrige Werte gemessen werden können, dass Intervalle und das Alarmgrenzen eingestellt werden können (Röhm-Kleine, 2011, S. 326-327; RKI, 2008, S. 8-9).

Im Folgenden wird die Handlungskette dargelegt:

Zunächst erfolgt die Patientenvorbereitung:

- Patienten über das Vorhaben informieren.
- Den Pat. fragen, ob er eine volle Harnblase hat und ggf. erstmal einen Toilettengang durchführen lassen, da eine volle Harnblase ein Stressfaktor ist und es zu verfälschten erhöhten Blutdruckwerten kommen kann. Bei der Füllung der Harnblase wird der Sympatikus aktiviert, welches den Körper zu einer erhöhten Leistungsbereitschaft bringt und somit den Blutdruck erhöhen lassen kann.
- Pat. sollte ebenfalls vor der Messung keiner physischen oder psychischen Belastung ausgesetzt sein. Zudem sollte vor der Messung auf Alkohol und Nikotin verzichtet werden.
- Der Patient sollte eine bequeme Lagerung einnehmen z.B. sitzend an der Lehne anlehnd

- Den Patienten auffordern den Oberarm freizumachen bzw. Kleidung zu entfernen. Wenn die Kleidung „nur“ hochgezogen wird, schnürt es den Oberarm ab und es kann zu falschen Werten kommen.
- Der Patient auffordern sich zu entspannen und zu Ruhe zu kommen (ca. 3-5 min.).

Der Messvorgang läuft wie folgt ab:

- Die Manschette wird richtig z.B. an dem Oberarm des Patienten angelegt: Der untere Rand der Manschette liegt 1 bis 2 cm über der Ellenbeuge am unbedeckten Oberarm. Die Kennzeichnung „Arterie“ soll an der A.Brachialis liegen und der Schlauch zeigt nach unten in Richtung Hand. Die Manschette sollte nicht zu stramm sitzen (Ein Finger sollte noch zwischen Manschette und Arm passen). Je nach Größe des Oberarmes muss die Manschette angepasst werden.
- Der Unterarm des Patienten liegt locker auf einer Unterlage, etwa auf einen Tisch, sodass die Blutdruckmanschette am Oberarm auf Herzhöhe liegt
- Lösen Sie den Messvorgang an Ihrem Gerät aus (Start-Taste) -> Einweisung in die Geräte bzgl. Medizinproduktegesetz. Der Arm soll während der Messung nicht bewegt werden. Zudem soll der Patient während der Messung nicht sprechen.

Nachbereitung und Dokumentation der Blutdruckmessung:

- Den Patienten von der Blutdruckmanschette befreien. Materialien aufräumen und desinfizieren.
- Dokumentation des Wertes

(angelehnt an Meinertz, 2020, S. 26; Ritter, Nabavi & Ringelstein, 2007, S. 1408-1409; hausinterne Präsentationsfolien/Unterrichtsfolien)

Bei der Messung des Blutdruckes kann es zu folgenden Fehlern kommen. Die häufigsten Fehlerquellen, inkl. der möglichen Folgen werden anhand folgender Tabelle verdeutlicht. Die Fehlerquellen beziehen sich auf alle Methoden der indirekten Blutdruckmessung.

Tabelle 3: Fehlerquellen und deren Folgen (Röhm-Kleine, 2011, S. 327)

Fehlerquelle	Folge
Luft zu rasch abgelassen	falsch niedriger systolischer und falsch hoher diastolischer Blutdruckwert

Manchette nicht genug aufgepumpt	falsch niedriger systolischer Wert
Manschette über der Kleidung angelegt	falsch hohe Werte
Beengte Kleidung am Oberarm nicht entfernt	falsch niedrige Werte
Manschettenbreite nicht passend zum Armdurchmesser	zu breite Manschette führt zu falsch niedriger, zu schmaler Manschette führt zu falsch hohen Werten
Manschette zu locker angelegt	falsch hohe Werte
Arm über Herzhöhe gelagert	falsch niedrige Werte
Arm im Ellenbogengelenk nicht gestreckt	falsch niedrige Werte
Zu lange gestaut oder Druck zu langsam abgelassen	falsch hohe Werte
Korotkow-Töne* sind nicht genau zu hören wegen störender Geräusche im Zimmer	Falsch niedrige oder hohe Werte

*Das sind die Geräusche, die der Durchzuführende während einer auskultatorischen Blutdruckmessung hören kann. Die Korotkow-Geräusche sind pulssynchron, die bei dem langsamen Ablassen des Drucks in der Manschette zu hören sind. Dabei handelt es sich um Verwirbelungsgeräusche, die nur bei einer teilweisen Verengung der Arterie zu hören sind. Sie geben den systolischen und diastolischen Wert an (RKI, 2008, S. 8-9).

3.3 Kommunikation mit Patienten mit Hörbeeinträchtigungen

Die Kommunikation mit Menschen mit Beeinträchtigungen der Sinnesorgane, wie in der dargestellten Simulation das Hören, sind alltägliche Pflegesituationen. Diese begegnen den Lernenden schon während der ersten Kontaktaufnahme, darüber hinaus während eines Aufnahmegesprächs, einem Gesprächsanlass oder auch während eines Gesprächsverlaufes. Um in solchen Situationen souverän handeln zu können, ist es von Bedeutung, dass die Lernenden erkennen, dass jemand eine Beeinträchtigung hat und

wissen, welche Kommunikationsformen sie bestmöglich anwenden können, um mit jemanden eine Konversation zu beginnen.

Für die geplante Simulation ist der erste Kontaktaufbau und die personenzentrierte Gesprächsführung mit Menschen mit Beeinträchtigungen der Sinnesorgane relevant. In der Simulation sollen die Auszubildenden darauf vorbereitet werden, wie man einem Menschen begegnet, der Beeinträchtigungen im Hören aufweist.

In diesem Kapitel wird die Wichtigkeit der personenzentrierten Gesprächsführung mit hörbeeinträchtigten Menschen erläutert. Verankert sind die Lerneinheiten I.4 Sehen und Hören und I.15 Gespräche führen, die in der Simulation bearbeitet werden (KrPflAss Curriculum, 2018, S. 4 & S. 14 – 15).

Im folgenden Text beschreiben die Autorinnen die inhaltliche Auseinandersetzung mit den Grundlagen der personenzentrierten Gesprächsführung und Empfehlungen zum Umgang mit hörbeeinträchtigten Menschen.

Die personenzentrierte Gesprächsführung nach Carl Rogers, setzt voraus, dass jedes Individuum über Möglichkeiten verfügt, sich selbst zu begreifen, seine Selbstkonzepte, seine Grundeinstellungen und sein Verhalten zu verändern. Gelingt es einem Individuum diese Möglichkeiten in einer gesunden psychologischen Einstellung umzusetzen, braucht es drei Bedingungen, um eine kommunikationsfördernde Atmosphäre herzustellen. Die drei Bedingungen gelten für die zwischenmenschliche Kommunikation, sowie für die Kommunikation von Pflegenden und Patienten. Sie basiert auf Kongruenz, Wertschätzung und Empathie (Rogers, 2015, S. 66 - 67). Kongruenz meint so viel wie die Echtheit mit dem der Lernende auf den Patienten trifft. Je mehr er in der Beziehung bzw. im Kontaktaufbau mit dem Patienten er selbst ist, desto besser gelingt es ihm eine Basis zu dem Patienten aufzubauen. Mit der Wertschätzung meint Rogers eine bedingungslose Zuwendung. Das heißt, dass der Lernende eine positive und akzeptierende Einstellung gegenüber dem Patienten hat, auch wenn dieser in der Simulation in seinem Hören beeinträchtigt ist (Rogers, 2015, S. 67). Die dritte Bedingung, die Empathie, ist das einfühlsame Verstehen der Situation oder auch der Lebenslage des Patienten. Der Lernende fühlt sich in die Lage des hörbeeinträchtigten Patienten hinein und versteht welche Sorgen und Ängste ein Patient in der Simulation haben kann. Nur wenn sich der Lernende in die Situation hineinversetzen kann, kann er anschließend eine adäquate Reflexion über die Simulation vornehmen (Rogers, 2015, S. 68).

Nach dem Verständnis von Paul Watzlawick umfasst Kommunikation alle verbalen Verhaltensformen und auch alle nonverbalen Formen des Verhaltens. Die nonverbale Kommunikation findet über Gestik, Mimik, taktile Kommunikation, Körperhaltung, -sprache, Körperbewegung, -orientierung, -entfernung, und über den Blickkontakt statt. Die

Körperhaltung kann ein bewusst herbeigeführter oder ein unbewusster Ausdruck der Kommunikation darstellen. Jedoch können die Körperhaltung, Mimik und Gestik eine Mitteilung für ein Gegenüber sein, auf die er reagieren kann (Hehlmann, 2018, S. 21). Im Umgang mit Patienten mit Beeinträchtigungen des Hörens gab der Deutsche Schwerhörigenbund e.V. einen Ratgeber heraus. Dieser Ratgeber richtet sich an schwerhörige und gut hörende Menschen im Umgang miteinander. Die Autorinnen fassen stichpunktartig zusammen was für die Kommunikation mit Patienten mit Beeinträchtigungen des Hörens empfehlenswert ist.

- Zeit einplanen
- Geräuschpegel senken, Umgebungslaute minimieren
- so lange wie möglich Augenkontakt halten, ggf. auf Augenhöhe zum Patienten
- Gestik, Mimik, Körpersprache, -haltung, sollten das Gespräch unterstützen
- kurze Sätze mit einfachen Wörtern sollten Handlung beschreiben
- nonverbale Kommunikation (alle körperlichen Signale gut sichtbar)
- verbale Sprache (Mund nicht bedecken)
- auf Faktoren wie etwa Licht sollte Rücksicht genommen werden
- Schriftform mittels Notizen, die zentrale Botschaften enthalten zum Beispiel mit Bildern, Diagrammen, Grafiken, Piktogrammen (Lohnecker & Ortner, 2016)
- Geduld und Zugewandtheit
- langsames, deutliches Sprechen ohne Schreien, eine ruhige Atmosphäre
- Sprechen, wie man es sich auch von seinem Gegenüber wünscht
- in der Nähe des Patienten kommunizieren
- Sprechpausen einlegen damit der Gegenüber folgen kann
- Rückfragen, ob alles richtig verstanden wurde (Schauffler & Böttges, 2017, S. 8 – 15).

4 Bedingungsanalyse

Der folgende Abschnitt befasst sich mit der Bedingungsanalyse. Dabei wird auf verschiedene Aspekte eingegangen.

4.1 Organisation

Am UKM arbeiten rund 10.000 Menschen in den unterschiedlichsten Berufsgruppen. Am Bildungsinstitut für Pflege wird neben diversen Aus- und Weiterbildungsangeboten seit 2020 an der Schule für Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten die einjährige Ausbildung angeboten. (Universitätsklinikum Münster (UKM), n.d.)

„Der Beruf der Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten ist darauf ausgerichtet, bei der Gesundheitsförderung sowie Versorgung und Begleitung von Kranken und Menschen mit

Behinderungen mitzuwirken. Im Mittelpunkt stehen dabei die unterschiedlichen Pflege- und Lebenssituationen sowie Lebensphasen und die Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Menschen.“ (UKM, n.d.)

Voraussetzung zur Aufnahme in die Ausbildung ist ein Hauptschulabschluss oder höherwertig sowie eine gesundheitliche Eignung. Ausbildungsbeginn ist zum 1. 09 eines jeden Jahres und umfasst 500 Stunden Theorie und 1100 Stunden Praxis. Im Anschluss an die einjährige Ausbildung ist ein Übergang in die Ausbildung zur Gesundheitsfachfrau/ zum Gesundheitsfachmann möglich.

Die Ausbildung orientiert sich an dem Curriculum „Krankenpflegeassistenz“ der Schule für Krankenpflegeassistenz und dieses basiert auf der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für den Beruf der Gesundheits- und Krankenpflegeassistentin und des Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten (GesKrPflaAPrV) NRW in der aktuellen Fassung vom 1.3.2021. (Ministerium des Innern des Landes NRW, 2021)

Die Leitung der Schule für Pflegeassistenten unterliegt dem Schulleiter, Herrn Klaus Lenfers. Die Kursleitung hat Frau Andreas Rosendahl inne. Frau Icking und Herr Rottering (Co-Projektleitungen) agieren als Lehrende in dem Kurs.

Das Bildungsinstitut für Pflegeberufe arbeitet eng mit dem UKM Trainingszentrum zusammen.

Das UKM Trainingszentrum (n.d.) bietet interdisziplinäre Schulungen und realitätsnahen Simulationstrainings mithilfe modernster Technik für die Mitarbeitenden und Auszubildenden des UKM im geschützten Lernumfeld an.

„Das UKM Trainingszentrum verfügt im Erdgeschoss über 3 Simulationsräume mit zugehöriger Arbeitsstation ausgerüstet mit der modernsten Technik, des Weiteren (sic!) über 2 Umkleiden und zahlreichen Schließfachmöglichkeiten. Der Simulationsraum "Intensiv" hat eine Raumfläche von ca. 24qm. Die Nachstellung des Intensivzimmers entspricht den aktuellen Standards. Neben einem Intensivbett steht hier ein komplettes Überwachungsmonitoring zur Verfügung. Der Simulationsraum "OP" hat eine Fläche von ca. 42qm. Der OP wurde mit den höchsten Anforderungen an Technik und Möglichkeiten entwickelt. Der Simulationsraum "Funktion" mit 34qm Fläche bietet neben Trainingsmöglichkeiten einen eingebauten Beamer inklusive Leinwand, um Debriefings direkt vor Ort durchführen zu können. Der Foyerbereich, neben den Schließfächern, bietet ausreichend Platz, um separate Kurse durchzuführen oder die Raumfläche des Funktionsraumes zu erweitern...Im Obergeschoss des UKM Trainingszentrums befinden sich unsere Debriefing-/Besprechungs- und Seminarräumlichkeiten. Die Debriefingräume 1-3 bieten Platz für maximal 8-14 Personen. Jeder Raum verfügt über ein SmartBoard mit der Möglichkeit von Video-Liveübertragungen aus den Simulationsräumen, UKM-Rechner

mit Internetverbindung als auch externe USB- und HDMI-Anschlüsse direkt am Konferenztisch. Der große Seminarraum, mit einer Fläche von ca. 82qm, verfügt, neben dem UKM-Rechner mit Internetverbindung, einen eingebauten Beamer und Lautsprecherboxen über die nicht nur externe Geräte angeschlossen werden können, sondern ebenso die Liveübertragung aus dem Trainingsbereich. Mögliche Raumszenarien haben wir Ihnen veranschaulicht. Im Besprechungsraum "Team" haben Sie ideale Bedingungen für enge Absprachen in kleinem Kreis. Weitere Seminartechnik wie Flipcharts, Metaplanwände, Moderationsmaterial, externer Beamer und Lautsprecherboxen sind vorhanden und können bei voriger Anmeldung kostenfrei mitgenutzt werden. Die Foyerfläche mit höhenverstellbarer Theke bietet ausreichend Platz und Möglichkeiten, um Pausen angenehm zu gestalten.“ (UKM Trainingszentrum, n.d.)

4.2 Studierende im Projekt

Das Projekt, indem die Studierenden mitwirken, findet übergreifend im fünften und sechsten Semester eines Bachelorstudienganges (2020, 2021) statt. Angeboten wird das Projekt von der Fachhochschule Münster Fachbereich Gesundheit unter der Leitung von Frau Schwermann und der Kooperation des UKM Trainingszentrum, für Studierende, die im Fachbereich das fünfte und sechste Semester besuchen. Ziel des Projektes sind die Konzeptualisierungen von Simulationen und deren Umsetzung, im Simulationszentrum des UKM, zusammen mit den Auszubildenden der Pflegeassistenz. In dem Studentischem Projekt sind insgesamt sechs Teilnehmer, die alle den Studiengang Berufspädagogik im Gesundheitswesen - Fachrichtung Pflege B.A. 2018 – 2021 an der FH Münster studieren. Im folgenden Abschnitt werden die Bedingungen und Kompetenzen der Studierenden, die das Projekt begleiten beschrieben.

Wie oben im Text benannt nehmen sechs Studierende an dem Projekt teil, jedoch hat jeder von Ihnen, obwohl sie zusammen studieren, andere Vorerfahrungen aus ihrem beruflichen und schulischen Kontext. Alle Studierenden haben 2018 den Studiengang aufgenommen. Um den oben genannten Studiengang zu belegen, muss jeder Studierende die Ausbildung zum Gesundheits-, und Krankenpfleger absolviert haben. Im Rahmen des Studiums haben alle Studierenden im dritten Semester im Modul Bildungswissenschaften Theorie und Praxis IV (Beratungskonzepte und gruppenpädagogische Ansätze, Erwachsenenpädagogik) Erfahrungen in der Erstellung/ Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von Simulationen gesammelt. Ziel des Moduls war es, eine Beratungssequenz in Gruppenarbeit im Hochschuleigenem Skills Lab zu entwickeln, diese zu simulieren und sie anschließend zu reflektieren. Dazu besuchten die Studierenden ein Theaterpädagogisches Seminar, dass in einer Seminarwoche absolviert wurde. Durch die Förderung seitens des Fachbereiches erwarben die Studierenden in dem Modul

Kompetenzen in Bezug auf die Gestaltung und Umsetzung von Simulationen. Im weiteren Verlauf des Textes wird auf die Kompetenzen nochmal eingegangen.

Das Alter der Studierenden reicht von 24 bis 29 Jahren, davon sind vier weibliche Teilnehmer und zwei männliche. Vier von ihnen arbeiten im UKM. Im Folgenden werden die Studierenden kurz vorgestellt. Die Autoren nehmen Bezug zu Alter, Geschlecht, Berufserfahrung (Fachbereiche), Erfahrungen in Bezug zum Unterricht und Simulationen und stellen diese als Steckbrief dar.

Name	Alter	Geschlecht	Examen/ Berufserfahrung	Bezug Unterricht/Simulation
Emde, M.	29	w	2015 Examen 2015-2018 Studium Tiermedizin 2017-2019 Berufserfahrung mit Menschen mit Behinderung und Demenz-WG	2020 Praxisphase I (Pflegeschule)
Groß, H.	28	w	2015 Examen Auslandserfahrung in der Pflege (Amerika) 2016 interdisziplinäre IMC + Weaningstation 2017-2018 Weiterbildung Intermediate Care Fachpflegerin 2021 Pflegepool	Patientendarstellerin & Akteurin Malteser Hilfsdienst 2019 – heute Studentische Hilfskraft Sim-Zentrum Franziskus 2020 Praxisphase I + II (Pflegeschule)
Menzen, N.	27	m	2016 Examen 2016-2020 Chirurgische Ambulanz 2020-heute Notaufnahme ZNA	2020 Praxisphase I +II (Fachweiterbildungsstätte für Notfallpflege)
Chmielewski, M.	27	m	2017 Examen 2017-heute Intensiv Neurochirurgie 2021 ½ Stelle als ZPA & Koordinator (neurochirurgische Intensiv- und Normalstation)	2020 Praxisphase I + II (Pflegeschule)
Trinker, A.	26	w	2016 Examen 2017-2018 Studium angefangen (Qualität, Umwelt, Sicherheit & Hygiene) 2016 bis heute Berufserfahrung in Notaufnahme, ambulante	2020 Praxisphase I + II (Pflegeschule)

			Pflege, Gyn/Onko-, und Geburtshilfe, Pflegepool	
Wagner, T.	24	w	2018 Examen 2018-2019 Studium Pflegemanagement 2019 Wechsel zum Studium Berufspädagogik 2018- heute Berufserfahrungen in Innere, Covid-Station, Geriatrie, Intensiv	2020 Praxisphase I (Palliativnetz/ Beratung) Praxisphase II (Pflegeschule)

Die Studierenden können auf unterschiedlich erworbene Kompetenzen durch die Berufspraxis, das Studium und durch die Praxisphasen zurückgreifen. Im Folgenden werden die Kompetenzen nach der KMK (2018) der Studierenden zusammenfassend dargestellt. Laut der KMK (2018, S.15) entfaltet die „Handlungskompetenz [...] sich in den Dimensionen von Fachkompetenz, Selbstkompetenz und Sozialkompetenz.“, und wird noch von der Methoden-, Lern- und kommunikativen Kompetenz ergänzt. Die Kultusminister Konferenz (KMK) definierte 2011, dass die „Handlungskompetenz [...] die Bereitschaft und Befähigung des Einzelnen [ist], sich in beruflichen, gesellschaftlichen und privaten Situationen sachgerecht durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten.“ (Oelke & Meyer, 2014, S. S.341).

Fachkompetenz Wissen: Die Studierenden haben bereits das fachliche Wissen in der Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger erworben, sie überprüfen ihren aktuellen wissenschaftlichen Stand und vertiefen diesen durch die Berufspraxis. Die Studierenden verfügen über erweitertes Fachwissen in (der Messung des Blutdrucks, des Pulses, der Positionierung im Bett, der Kommunikation mit hörbeeinträchtigten Menschen, personenzentrierte Gesprächsführung) und kennen deren Bedeutung für den pflegerischen Alltag. Die Studierenden erläutern potenzielle Sachverhalte und Zusammenhänge sowie Handlungsschemata fachlich korrekt. Die Studierenden kennen die Methode des simulationsbasierten Lernens und die Grundlagen über die Methodik und Didaktik in der Erwachsenenpädagogik. Die Studierenden haben sich über das Curriculum und die rechtlichen Vorgaben des Landes NRW für die Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegeassistenz informiert.

Fertigkeiten: Die Studierenden verfügen über ein Spektrum von kognitiven sowie praktischen Fertigkeiten zur Planung/ Bearbeitung, Durchführung und Nachbereitung der oben genannten Themenfelder. Die Studierenden planen und führen einen simulationsbasierten Lerntag adressatengerecht durch.

Ziel: Die Studierenden erweitern ihr Fachwissen durch das Lesen von evidenzbasierter Literatur (Leitlinien, Fachzeitschriften). Die Studierenden erwerben durch das simulationsbasierte Lernen weitere Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Didaktik und Methodik.

Selbstkompetenz: Die Studierenden bringen ein eigenes Menschenbild und ein Wertebild bzgl. Pflege mit und können dieses in Bezug auf das Lernen und den Umgang mit Schülern vertiefen. Die Studierenden schätzen das eigene Handeln und das der Schüler ein, durch bereits erworbenes reflexives Denken und Handeln. Die Studierenden sind in der Lage den Lernbedarf der Schüler zu erkennen und wählen dementsprechende Lernhilfen aus. Die Studierenden reflektieren ihr Vorgehen kriteriengeleitet. Selbstständigkeit, Kritikfähigkeit, Zuverlässigkeit, Verantwortungs- und Pflichtbewusstsein werden als Kompetenzen mitgebracht, da diese Kompetenzen ebenfalls für eine Gesundheits- und Krankenpflege relevant sind. Diese sind auch für die Lehre, in Simulationstrainings und im Umgang mit Lernenden wichtig.

Ziel: Die Studierenden erweitern ihre individuelle Persönlichkeit, sie umfasst Eigenschaften wie Selbstständigkeit, Kritikfähigkeit, Selbstvertrauen, Zuverlässigkeit, Verantwortungs- und Pflichtbewusstsein.

Sozialkompetenz: Die Studierenden wirken an dem Arbeitsprozess der Schüler mit und bieten punktuell Unterstützung an. Die Studierenden sprechen die Rahmenbedingungen mit den Kommilitonen und den Schülern ab. Die Studierenden arbeiten als Team eng und kooperativ.

Ziel: Die Studierenden lernen durch die Teamarbeit weitere sozial-kommunikative Fähigkeiten und handeln selbstständig in Kommunikations- und Interaktionssituationen entsprechend den Bedürfnissen der Lernenden.

Methodenkompetenz:

Die Studierenden erwerben weitere praktische Fähigkeiten und Fertigkeiten im Umgang mit simulationsbasiertem Lernen und wenden darauf ihr Fachwissen aus dem dritten Semester an.

Ziel: Die Studierenden fördern die eigenen praktischen Skills, durch die Umsetzung eines simulationsbasierten Lerntages.

Lernkompetenz:

Die Studierenden erweitern kontinuierlich ein aktuelles Wissen nach dem Forschungsstand, durch die Auseinandersetzung mit den Themenfeldern.

Die Studierenden informieren sich über die Themenfelder und Zusammenhänge, die sie selbstständig und gemeinsam mit ihren Kommilitonen verstehen, auswerten und in gedankliche Strukturen einordnen.

Ziel: Die Studierenden vertiefen Ihre Fachexpertise durch den gemeinsamen Austausch und durch die Erarbeitung der Themenfelder.

kommunikative Kompetenz: Die Studierenden setzen ihre Stimme in einer angepassten Stimmlage ein und unterstützen diese mit der nonverbalen Kommunikation. Die Studierenden kommunizieren konstruktiv, effektiv und bewusst. Die Studierenden äußern ihre eigene Stimmungslage und Wünsche und erkennen diese bei Anderen.

Ziel: Die Studierenden erweitern ihr Repertoire in den Kommunikationskonzepten-, und Modellen, aber auch konkrete Kommunikationstechniken werden vertieft.

4.3 Auszubildende

Die Auszubildenden haben am 1.9.2021 ihre Ausbildung am UKM zur Pflegeassistenz begonnen. Die Ausbildung ist geregelt in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (GesKrPflAssAPrV) 2008

Der theoretische und praktische Unterricht

- umfasst mindestens 500 Stunden,
- wird in Blockform durchgeführt.

Die praktische Ausbildung

- umfasst mindestens 1100 Stunden, davon
- 980 Std. stationäre Versorgung in konservativen und operativen Bereichen,
- 120 Std. ambulante Versorgung außerhalb des Krankenhausbereichs sowie in teilstationären Einrichtungen.

Im Rahmen der praktischen Ausbildung werden die Auszubildenden durch Praxisanleiter in den Arbeitsbereichen angeleitet und erfahren eine praktische Begleitung durch Lehrpersonal der Ausbildungsstätte (Praxisbegleitung).

Die Projektgruppe wird die Auszubildenden zum ersten Mal am 16.04.2021 April kennenlernen und erste Informationen zum Ablauf im Trainingszentrum mit ihnen besprechen. Der Simulationstag im Trainingszentrum ist für den 29.04.2021 geplant, sofern es hier keine Einschränkungen aufgrund der vorherrschenden Pandemiesituation in Deutschland gibt. Folgende Informationen wurden der Projektgruppe für ihre Planung von Seiten der Kursleitung zur Verfügung gestellt:

Anzahl Auszubildende und Geschlechterverteilung (Stand: 24.11.2020):

- Gesamt: 15 Auszubildende
- Weiblich: 11 Auszubildende
- Männlich: 4 Auszubildende

Altersverteilung

- Durchschnittsalter: 25,3 Jahre
- Jüngste: 18 Jahre
- Älteste: 51 Jahre

Schulabschluss:

- Hauptschule: 9x
- Fachoberschulreife: 6x

Das bedeutet, dass für die 15 Auszubildenden ein ganzer Tag im Simulationszentrum geplant wird, der einen engen Bezug zum Curriculum nachweist und in Anlehnung an die Leitlinie „Simulation als Lehr- Lernmethode des Simulationsnetzwerkes Simulation in der Pflege e. V. (SimNAT e.V., 2021) geplant, umgesetzt und evaluiert wird.

4.4 Zu fördernde Zielkompetenzen

In diesem Kapitel werden die zu fördernden Zielkompetenzen im Rahmen der von der Projektgruppe geplanten Simulationen dargestellt. Die zu fördernden Kompetenzen gibt das Krankenpflegeassistenten Curriculum (2018, S. 4 & S. 14) in den jeweiligen Lerneinheiten vor. Die geplanten Simulationen im Skillslab sind auf dem Vorwissen der Auszubildenden aufbauend konstruiert und sollen die praktischen Fähigkeiten der Auszubildenden fördern. Laut Handreichung der Kultusministerkonferenz von 2011 ist ein „zentrales Ziel von Berufsschule [...], die Entwicklung umfassender Handlungskompetenz zu fördern. Handlungskompetenz wird verstanden als die Bereitschaft und Befähigung des Einzelnen, sich in beruflichen, gesellschaftlichen und privaten Situationen sachgerecht durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten“ (2011, S. 15).

Die erste Lernsituation basiert auf den Inhalten der Lerneinheit L.E. 3 „Sich bewegen“ (KrPflAss, 2018, S. 3). Durch die geplante Simulation sollen die Auszubildenden lernen, eine fachlich korrekte Positionierung des Patienten in die Cardiacposition durchzuführen. Sie gehen individuell und situativ auf den Patienten ein und sind in der Lage, die Dyspnoe und die damit verbundene Notwendigkeit der veränderten Patientenposition wahrzunehmen. Sie setzen dabei eine personenzentrierte und patientengerechte Kommunikation um und informieren den Patienten angemessen und transparent in Bezug

auf seine Symptomatik und die Handlungsschritte der jeweiligen Mobilisationsart. Des Weiteren besprechen die Auszubildenden mit dem Patienten zusammen die weiteren Schritte zum Positionswechsel, welche sie im Rahmen der pflegerischen Behandlung planen. Die veränderte Gemütslage des Patienten wird von den Auszubildenden erkannt und sie sind in der Lage, adäquat darauf zu reagieren. Über die ganze Situation hinweg binden die Auszubildenden den Patienten aktiv in die pflegerischen Behandlungsschritte ein.

Die zweite Lernsituation basiert auf den Inhalten der Lerneinheit L.E. 10 „Vitalzeichen kontrollieren“ (KrPflAss, 2018, S. 10-11). Hier sollen die Auszubildenden durch die Übung im Simulationszentrum dazu befähigt werden, die Indikationen der Vitalzeichenkontrolle, insbesondere der Blutdruckmessung, zu kennen und die Messung fachgerecht durchzuführen. Laut Ausbildungs- und Prüfungsordnung für den Beruf der Gesundheits- und Krankenpflegeassistentin und des Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten (GesKrPflAssAPrV, 2008) sollen die Auszubildenden befähigt werden eine „einfache Krankenbeobachtung [durchzuführen] und [...] medizinische[...] Messwerte (z.B. Puls, Temperatur, Blutdruck und Blutzucker)“(GesKrPflAssAPrV, 2008, S. 2) zu erheben und weiterzuleiten. Obwohl die Auszubildenden verschiedene Arten des Blutdruckmessens kennen, liegt der Schwerpunkt der Simulation auf dem Messen des Blutdruckes und des Pulses mittels elektronischen Messgeräts. Die Auszubildenden führen die Messung strukturiert durch und können eventuelle Fehlerquellen (z.B. zu kleine oder zu große Manschette) benennen und vermeiden. Bei der Pulskontrolle nennen sie verschiedene Pulsmessstellen und erkennen Pulsveränderungen (interne Unterlagen: Rosenthal, 2018, Krankenpflegeassistenz_Curriculum). Die erhobenen Messwerte schätzen sie auf Basis ihres theoretischen Wissenstandes ein und dokumentieren diese vollständig. Laut Ausbildungs- und Prüfungsordnung gehört auch die „Feststellung akuter Gefährdungssituationen und [die] Einleitung erforderlicher Maßnahmen“ (GesKrPflAssAPrV, 2008, S. 2) zum Aufgabenspektrum. Die Auszubildenden kennen ihre eigenen Entscheidungsspielräume und die damit verbundene Verantwortung. Sie holen sich Informationen, entwickeln Alternativen und können Prioritäten setzen. Hierzu benötigen sie die in der Sachanalyse dargestellten pflegerelevante Kenntnisse über die beteiligten Organsysteme wie das Herz und Gefäßsystem und deren Zusammenspiel bei der Blutdruckregulation. Neben diesen medizinischen Grundlagen bauen die Auszubildenden auch ihre Personalkompetenz aus. Sie sollen während der Simulation patientengerecht kommunizieren und empathisch auf den Patienten eingehen und die „Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Menschen“ (GesKrPflAssAPrV, 2008, S. 2) wahren.

Die dritte Lernsituation basiert auf der Lerneinheit L.E. 4 „Sehen und Hören“ (KrPflAss, 2018, S. 4–5). In dieser Lerneinheit sollen die fachliche Kompetenz, sozial-kommunikative Kompetenz und die methodische Kompetenz gefördert werden. Zielsetzung dieser Lerneinheit ist, dass die Lernenden Kenntnisse und Fertigkeiten erwerben, die sie für den alltäglichen Umgang und Kontakt vor allem mit älteren Menschen benötigen, die in ihrer Seh- und Hörfähigkeit eingeschränkt sind. Die Lerneinheit I.15 „Gespräche führen“ soll die fachliche Kompetenz und sozial-kommunikative Kompetenz der Lernenden fördern. Das vorrangige Ziel dieser Lerneinheit ist es, den Lernenden grundlegende Einblicke in die Theorie und Praxis der Gesprächsführung zu vermitteln. Der Schwerpunkt sollten Gesprächsübungen auf der „Sachebene“ (informierendes Gespräch) und auf der „Beziehungsebene“ (Problemgespräch) sein (KrPflAss, 2018, S. 14 + 15). Die Auszubildenden besitzen bereits naturwissenschaftliche Grundkenntnisse zum Verständnis des Seh- und Hörvorgangs und seiner Störungen. Die Lernenden erwerben durch die Simulation Kenntnisse und Fertigkeiten, die sie für den alltäglichen Umgang und Kontakt insbesondere mit älteren Menschen benötigen, die in ihrer Hörfähigkeit eingeschränkt sind. Die Lernenden bewerten die vorliegende Situation korrekt und ergreifen andere Kommunikationsmittel/form wie nonverbal (Piktogramme, Mimik, Gestik, Pantomime). Die Lernenden erkennen ein Problem, erschließen sich Zusammenhänge zwischen der Kommunikation und der Beeinträchtigung des Hörens und wenden ihre Kenntnisse an. Die Simulation fördert ebenfalls die sozial-kommunikative Kompetenz: In der Simulation arbeiten und kommunizieren die Lernenden effektiv mit einem Partner zusammen, finden gemeinsam Lösungen für ein Problem und führen einen Kontaktaufbau und ein Gesprächsbeginn durch und beenden diesen auch wieder. Die Lernenden verfügen über theoretisches Wissen zu Kernaussagen der Kommunikation, Interaktion, Kommunikationstheorien und Kommunikationsmodelle sowie Kontaktaufbau, Gesprächsablauf, Körpersprache und Kommunikationshemmende und -fördernde Verhaltensweisen. In der Simulation wenden die Lernenden kommunikationsfördernde Maßnahmen (auf Augenhöhe, respektvoll, wertschätzend) gezielt an. Durch das im Anschluss an die Simulation geplante Debriefing reflektieren die Lernenden die Durchführung der Simulation kriteriengeleitet und sind von ihren Fähigkeiten überzeugt und fühlen sich den ihnen gestellten Anforderungen fachlich sowie personell gewachsen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es das Ziel der Simulationen ist, insbesondere die Fach- und Methodenkompetenz, die sozial-kommunikative Kompetenz sowie die Personalkompetenz der Auszubildenden vielfältig zu fördern.

5 Didaktische Analyse

Im folgenden Abschnitt gehen die Projektteilnehmer auf die didaktische Analyse und das damit verbundene Artikulationsschema ein. Grundsätzlich sind die didaktischen Gedanken in diesem Projekt eng mit der SimNAT Leitlinie zur Simulation als Lehr-Lernmethode verknüpft, sodass bei der didaktischen Analyse insbesondere auf diese Leitlinie eingegangen wird. Zunächst soll in der didaktischen Analyse grundsätzlich auf die Methode der Simulation in der Pflegeausbildung eingegangen werden. Die Inhalte werden danach auf dieses Projekt bezogen und mit den Vorgaben des Curriculums in Bezug gesetzt. Abschließend wird das Artikulationsschema dargestellt.

Das simulationsbasierte Lernen findet bereits seit den 1950er-Jahren Anwendung in der Pflegeausbildung in den USA (Schwermann & Loewenhardt, 2021, S. 1). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt die Umsetzung von simulationsbasiertem Lernen für die Pflegeausbildung seit dem Jahr 2013 (Schwermann & Loewenhardt, 2021, S. 1). In Deutschland haben sich seit dem Jahr 2014 verschiedene Vereine gegründet, die die Umsetzung von SkillsLab-Arbeit und simulationsbasiertem Lernen fördern wollen. Einer dieser Vereine ist der SimNAT Pflege e.V., auf dessen Leitlinie sich dieses Projekt stützt (Schwermann & Loewenhardt, 2021, S. 2). Grundsätzlich stammt der Begriff Simulation aus dem Lateinischen (*simulatio*) und lässt sich mit Heuchelei, Verstellung und Täuschung übersetzen (Schröppel, 2021, S. 14). Aus einer wissenschaftlichen Perspektive ist die Simulation dazu geeignet Prozesse zum Beispiel aus Testzwecken nachzuahmen. Simulationen als professionelles Instrument sind vor allem in der Pädagogik und Systementwicklung verbreitet (Schröppel, 2021, S. 14). Simulationen in der Pflegeausbildung werden eingesetzt um „berufliche Realitäten in Lernumgebungen nachzustellen, um erfahrungsbasiertes reflexives Lernen und den Erwerb von Handlungs-, Interaktions- und Reflexionskompetenz zu ermöglichen.“ (Schröppel, 2021, S. 14). Laut Hildegard Schröppel sind Simulationen durch drei Elemente bestimmt. Erstens wird in einer pädagogisch gestalteten Umgebung „wechselseitige Zusammenhänge von Aufgaben und Problemen einer realen Lebens- und Handlungswelt nachgebildet“ (2021, S. 14). Zweitens übernehmen Lernende im Rahmen der Simulation eine definierte Rolle. Dabei handeln sie selbstverantwortlich (Schröppel, 2021, S. 14). Drittens lernen die Teilnehmer einer Simulation durch ein Debriefing mit Reflexion und Feedback (Schröppel, 2021, S. 14). Im Rahmen dieses Projekts finden sich alle drei Elemente der Simulation wieder: Die einzelnen Simulationen entstanden aus der Arbeitserfahrung der Projektgruppe und wurden detailliert ausgearbeitet, sodass die Auszubildenden sich in die Situation schnell einfinden und ein hoher Wiedererkennungswert zur Arbeitspraxis geboten wird. Die Handlungswelt entspricht sowohl dem bereits aus der Ausbildung bekanntem als auch den Tätigkeiten, die in Zukunft durch die Auszubildenden durchgeführt werden sollen. Die Auszubildenden haben darüber

hinaus die Möglichkeit in ihrer Rolle als Gesundheits- und Krankenpflegeassistent im Rahmen der Simulation im geschützten Rahmen Tätigkeiten selbstverantwortlich auszuführen. Durch ein strukturiertes Debriefing mit Selbstreflexion und moderiertem Feedback von Schauspielpatienten, anderen Auszubildenden und den Gruppenmitgliedern sollen weitere Erkenntnisse gewonnen und der Lernerfolg gesichert werden.

Für die detailliertere Planung der Umsetzung der Simulation nutzte die Projektgruppe die SimNAT-Leitlinie. Im Folgenden soll kurz dargelegt werden, wie die Inhalte der Leitlinie in den Simulationen umgesetzt wurden. Dabei soll die Leitlinie auch kritisch reflektiert werden. Die Leitlinie fordert, dass die Teilnehmer der Simulation sich „in einer geschützten Lernatmosphäre, in der sie die Inhalte des Szenarios und der Simulation schützen“ bewegen. (Simulationsnetzwerk Pflege (SimNAT e.V.), 2021, S. 5) Daher wurden die Simulationen durch Berufspraktiker entwickelt und mit dem curricularen Ausbildungsstand der Teilnehmer verglichen, damit es zu keinen Überforderungen kommt. Die Vertraulichkeit der gewonnen Erkenntnisse und Erlebnisse innerhalb der Simulation sind für die Projektmitglieder von besonderer Bedeutung und werden den Teilnehmern im Rahmen des Briefings verdeutlicht (Simulationsnetzwerk Pflege (SimNAT e.V.), 2021, S. 5). Ein „konstruktiver, ehrlicher, respektvoller Umgang“ (Simulationsnetzwerk Pflege (SimNAT e.V.), 2021, S. 5) ist für die Projektmitglieder selbstverständlich und wird durch sie im Rahmen der Umsetzung vorgelebt. Die Leitlinie fordert von der Simulation des Weiteren eine Lernzielorientierung (Simulationsnetzwerk Pflege (SimNAT e.V.), 2021, S. 5). Hierzu wurde durch die Projektgruppe das Curriculum und die hier definierten zu erwerbenden Kompetenzen genutzt um die zu fördernden Zielkompetenzen (siehe Kapitel 3.4) zu erarbeiten. Anhand des Vergleiches zwischen vorhandenen Kompetenzen und Zielkompetenzen wurden die Simulationen strukturiert entwickelt, wie es die Leitlinie fordert (Simulationsnetzwerk Pflege (SimNAT e.V.), 2021, S. 5). Ein umfassende Sachanalyse der Simulationen (siehe Kapitel 4) soll die, durch die Leitlinie geforderte, Evidenzbasierung der Simulation sicherstellen (Simulationsnetzwerk Pflege (SimNAT e.V.), 2021, S. 5). Im nächsten Schritt wurden die Lernziele formuliert. Dieses geschah in enger Abstimmung mit dem Ausbildungscurriculum. Die Lernziele müssen laut SimNAT Leitlinie bestimmte Kriterien erfüllen: Es muss die Domäne des Lernens beschrieben sein, die Lernziele müssen am Wissensstand der Auszubildenden orientiert erstellt werden. Weiterhin müssen die Lernziele dem Curriculum entsprechen und die aktuelle evidenzbasierte Praxis darstellen (Simulationsnetzwerk Pflege (SimNAT e.V.), 2021, S. 6). Im Rahmen des Projektes nehmen die Projektmitglieder auch die Rolle des Moderators während der Umsetzung der Simulation ein. Diese Aufgabe umfasst entsprechend der SimNAT Leitlinie die Planung (inklusive Szenarienentwicklung und Lernzieldefinition), die Durchführung und das anschließende Debriefing. Dabei fungiert der Moderator als Begleiter und stößt

Denkprozesse an. Er sollte als Lernbegleiter mit einer ruhigen Ausstrahlung und einer offenen Art das Vertrauen der Simulationsteilnehmer gewinnen. (Simulationsnetzwerk Pflege (SimNAT e.V.), 2021, S. 7). Grundsätzlich fordert die SimNAT Leitlinie, dass die Moderatoren eine entsprechende Qualifikation durch Fortbildung erreichen (Simulationsnetzwerk Pflege (SimNAT e.V.), 2021, S. 6). Dies kann im Rahmen dieses Projekts nicht gewährleistet werden.

Grundsätzlich erfolgt der Ablauf der Simulation den Vorgaben der SimNAT Leitlinie. Nach einer grundlegenden Einführung zum Simulationstag (vgl. Schritt Nr. 1, Kapitel 4.1) erfolgt ein Präbriefing unmittelbar vor der Simulation. Hierbei werden die Teilnehmer in die Situation eingeführt, die gegenseitigen Erwartungen werden erfasst und die Lernziele noch einmal erläutert (Simulationsnetzwerk Pflege (SimNAT e.V.), 2021, S. 9). Das Präbriefing wird bei allen Gruppen entlang eines gemeinsam festgelegten Standards erfolgen, um für die Teilnehmer durch Wiedererkennung eine leicht zu erfassende Struktur zu bieten (Schritt Nr. 2, Kapitel 4.1). Die Inhalte des Präbriefings sind in den Szenenbeschreibungen (Siehe Kapitel 5) hinterlegt. Grundsätzlich soll die Simulation nicht durch den Moderator unterbrochen werden. Im Anschluss an die Simulation findet ein strukturiertes Debriefing statt (Schritt Nr. 4, Kapitel 4.1) (Simulationsnetzwerk Pflege (SimNAT e.V.), 2021, S. 9). Der genaue Ablauf der einzelnen Simulationen erfolgt gemäß des Artikulationsschemas in der Tabelle in Kapitel 4.1.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die geplante Simulation und die damit verbundenen didaktischen Elemente der Simulation im Vordergrund stehen. Im Rahmen dieser didaktischen Analyse wurde insbesondere die SimNAT Leitlinie genutzt. Dabei konnte diese auf ihre praktische Anwendbarkeit geprüft werden. Es zeigte sich, dass die Leitlinie die relevanten Rahmenbedingungen eine Simulation und grundsätzliche theoretische Bezüge zum Lernen und Lehren beinhaltet. Sie ist jedoch nicht präzise genug, um eine Anleitung für die Entwicklung einer Simulation zu bieten. Hier erfordert es weitere pädagogische Begleitung durch hochschulqualifiziertes Lehrpersonal, um mit den Inhalten der SimNAT Leitlinie dann eine Simulation zu planen, durchzuführen und zu evaluieren.

5.1 Artikulationsschema

Tabelle 4: Artikulationsschema des Ablaufes des simulationsbasierten Lerntages

Nr	Schritt	Schritte Lernende	Schritte Lehrende	Methode/Material
1	Allgemeine Einführung	Vorstellung Lernende Rückfragen stellen Aktiv zuhören	Teilnehmer willkommen heißen Vorstellung der Lehrenden Ablaufplan vorstellen Lernziele vorstellen und erläutern	Vortrag/ Lehrgespräch PPP mit Ankommensrunde, Flipchart
2	Präbriefing	Rückfragen stellen Aktiv zuhören	Präbriefing nach Standard: Vergabe der Situations-beschreibungen, Rollenbeschreibung, inkl. Vorstellung des Beobachtungsbogens	Vortrag/ Lehrgespräch Szenenbeschreibung Beobachtungsbogen
3	Simulation	Durchführung der Simulation ODER Beobachtung der Simulation und Beobachtungsbogen ausfüllen	Darstellen des Szenarios als Patientendarsteller ODER Simulation beobachten, Beobachtungsbogen ausfüllen	Praktische Übung Simulationsraum, Beobachtungsbogen

4	Debriefing	<p>1. Eigene Ersteinschätzung der Durchzuführenden (im Simulations-raum)</p> <p>3. Sicht des Durch-führenden (Debriefing-raum)</p> <p>4. Einschätzung der Beobachter (Debriefing-raum)</p>	<p>2. Ersteinschätzung der Schauspieler (im Simulationsraum)</p> <p>5. Einschätzung der Lehrenden (Debriefingraum)</p>	<p>Fachgespräch/ Teamteaching</p> <p>Beobachtungsbogen</p>
5.	Abschluss/ Evaluation	<p>Reflektieren den gesamten Tag</p> <p>Verabschiedung</p>	<p>Evaluation des simulationsbasierten Lerntages</p> <p>Verabschiedung</p>	<p>Diskussion</p> <p>PPP mit 5-Finger-Abfrage</p>

5.2 Schematische Darstellung des geplanten Ablaufes

Im folgenden Unterkapitel befinden sich zwei schematische Darstellungen des geplanten Ablaufes der einzelnen Simulationen.

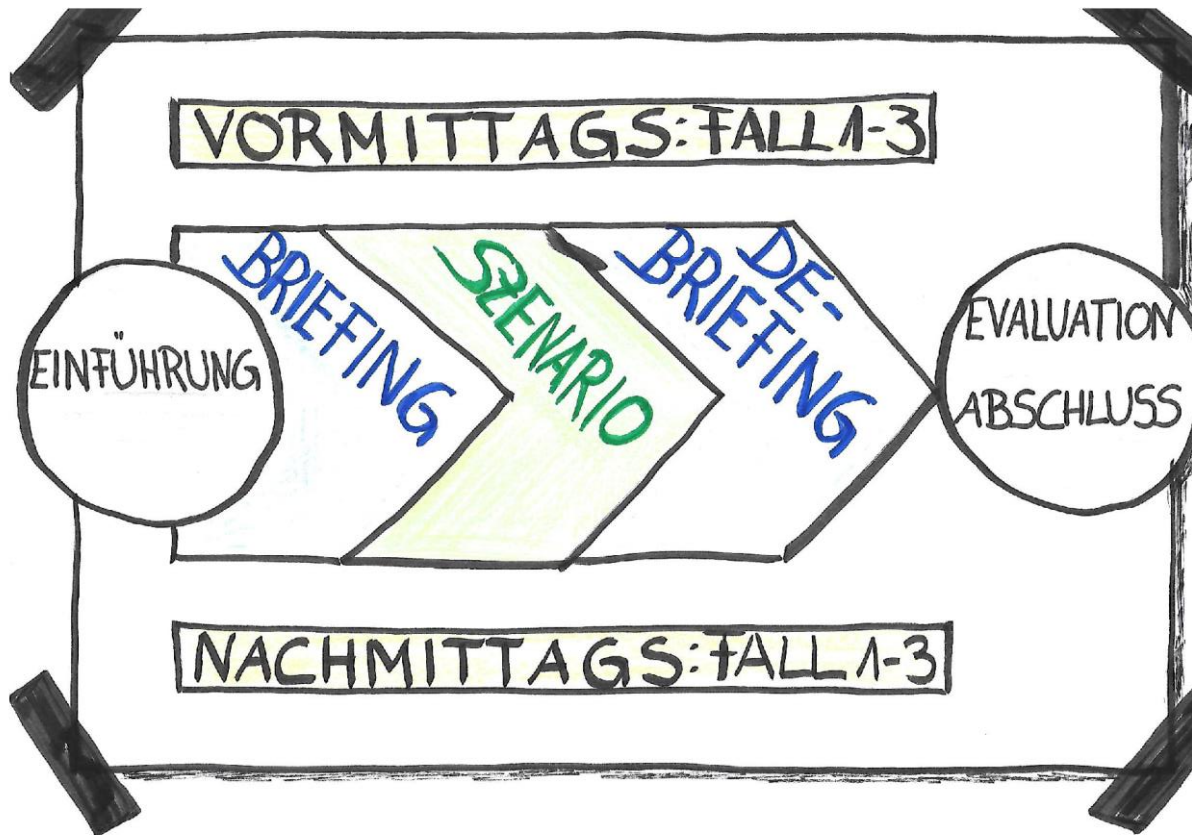


Abbildung 2: schematische Darstellung des Ablaufes eines simulationsbasierten Lerntages (eigene Darstellung)

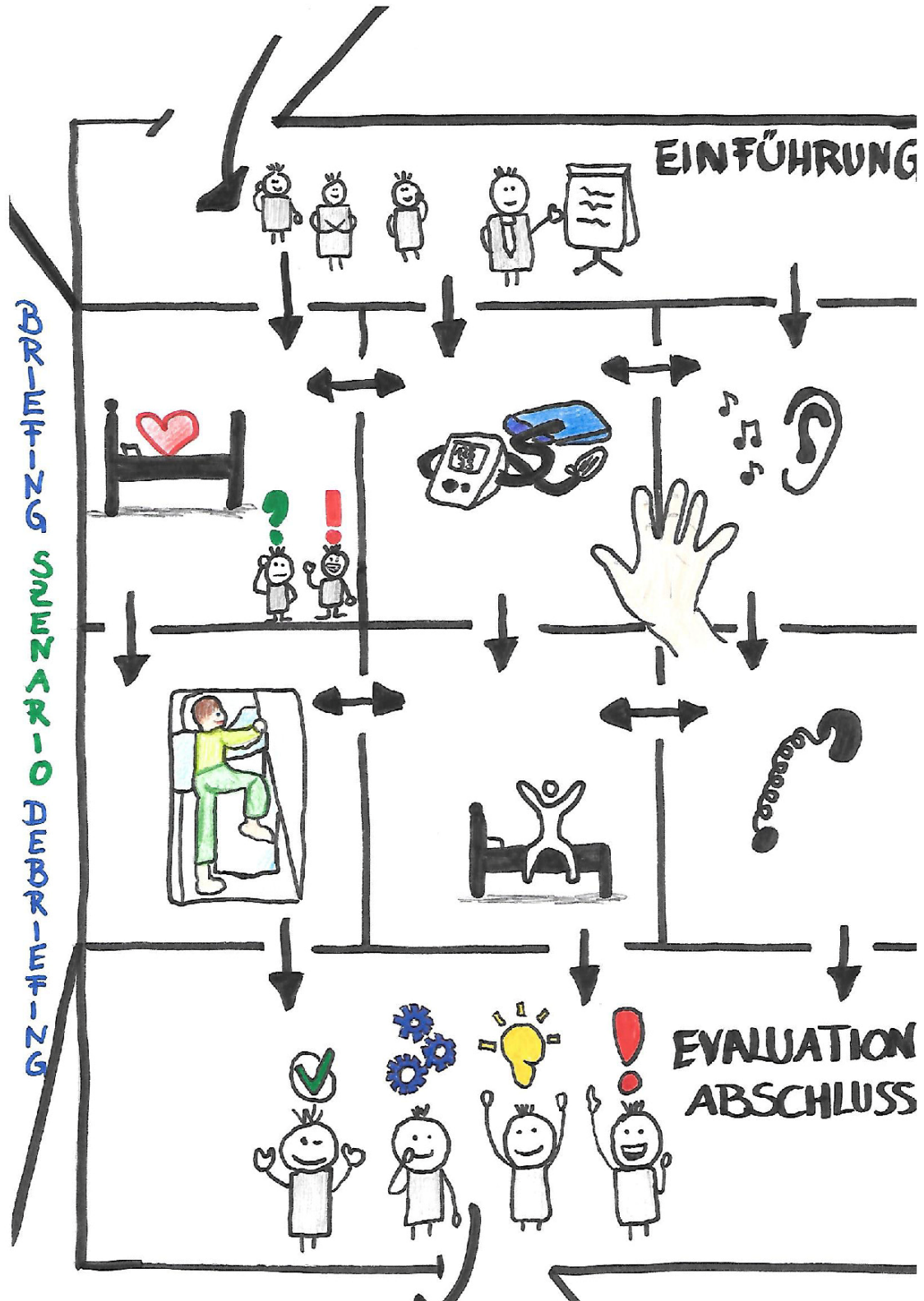


Abbildung 3: bildliche Darstellung des Ablaufes der geplanten Simulationen (eigene Darstellung)

5.3 Power Point Präsentation

Der folgende Abschnitt zeigt die Power Point Präsentation, mit welcher die im Artikulationsschema angegebenen Schritte visualisiert wurden.

Studentisches Projekt 2020-2021

Umsetzung von Simulationen im Simulationszentrum des UKM im Rahmen der Ausbildung zur Pflegeassistentenz

Projektleitung
 MSH: M. Schwermann
 UKM: L. Icking, A. Roterring, A. Rosenthal

Studierende:
 Marco Chmielewski, Melina Emde, Hanna Groß,
 Niklas Menzen, Annika Trinker, Theresa Wagner

Herzlich Willkommen! Wir freuen uns so auf Sie.

Bitte ziehen Sie sich schon um, bevor Sie in den Seminarraum gehen.

Konzeptionalisierung der Simulationen Setting: KH Interne Station/ Nachmittag

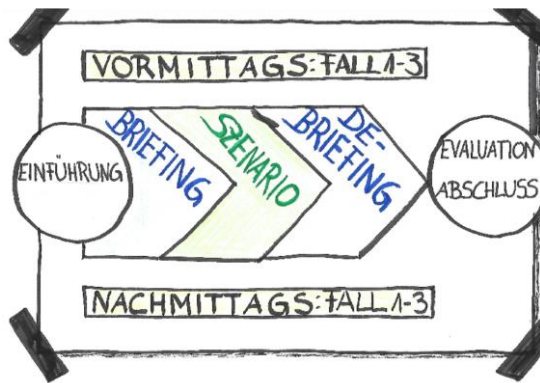


Wer?	Begleitung durch Projektleitung	Schwerpunkte der Simulation	Ort der Simulation	Beginn mit Team:
Chmielewski, Marco Menzen, Niklas	L. Icking	Positionierung im Bett (Herzbettlage und 35 Grad-Lagerung)	„OP“	A
Emde, Melina Groß, Hanna	M. Schwermann	VZ-Kontrolle Mobilisation	„Intensivzimmer“	B
Trinker, Annika Wagner, Theresa	A. Roterring	Hörbeeinträchtigung, Kommunikation VZ-Kontrolle Interdisziplinäre Kommunikation	„Notfallraum“	C

Vorstellung des geplanten Ablaufs

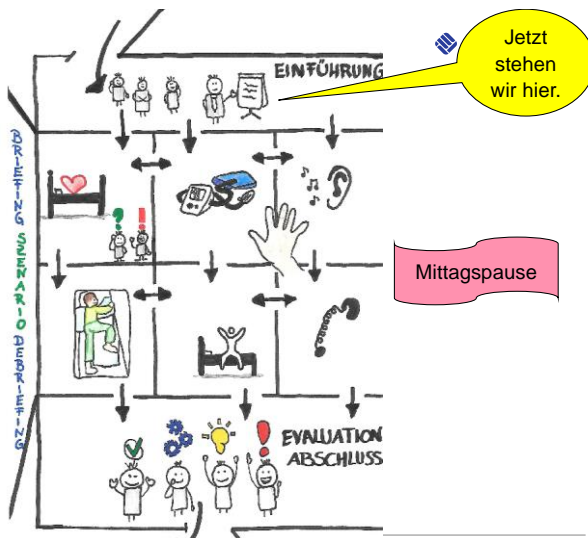


Konzeptualisierung von Simulationen und Umsetzung im Simulationszentrum des UKM im Rahmen der Ausbildung zur



12

MSH



13

Konzeptualisierung von Simulationen und Umsetzung im Simulationszentrum des UKM im Rahmen der Ausbildung zur Pflegeassistenz

MSH



Zum Einstieg

- Ich heiße....
- Ich fühle mich im Moment...
- Sorge habe ich
- Ich freue mich auf...

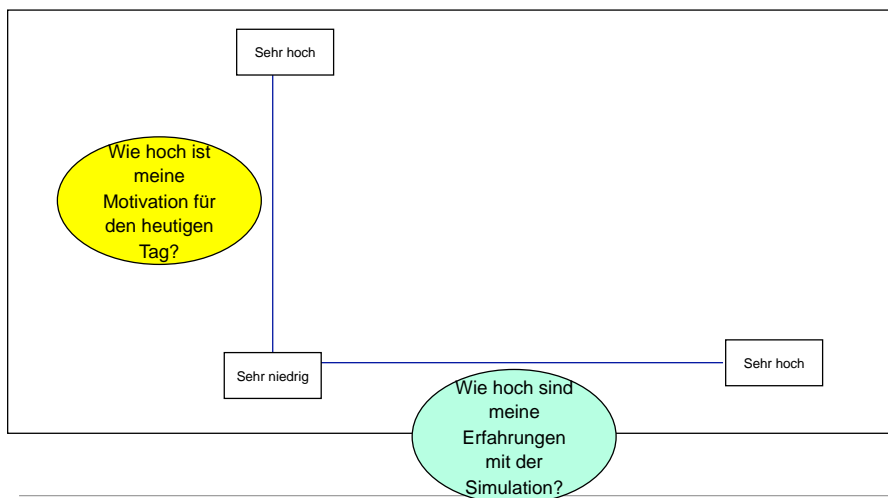


15

MSH

Einpunktabfrage

-bitte das Blatt rumgeben lassen-



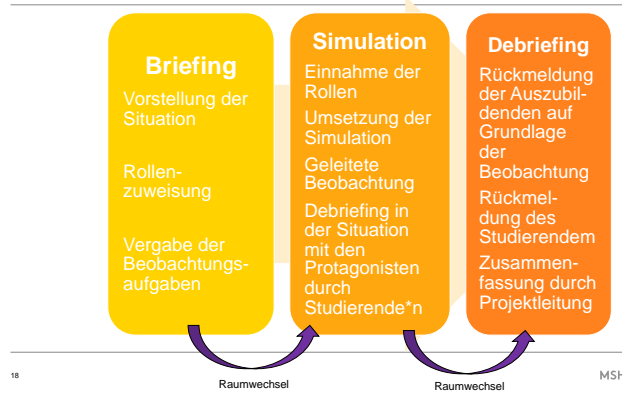
16

Geplante Umsetzung -siehe Kopien-



Konzeptualisierung von Simulationen und Umsetzung im Simulationszentrum des UKM im Rahmen der Ausbildung zur

Konkrete Umsetzung einer Simulation



Aufgaben- und Rollenzuweisungen: Briefing

	Studierende* 1	Studierende*r 2	A.: Simulationsteilnehmer	A: Beobachter*in	PG-Leitung
Simulation I Positionierung im Bett	Vorbereitung des Simulationsraumes	Hinweis zur Möglichkeit sich umzuziehen und zur Raumänderung.	Durchlesen der Falleinführung Umziehen	Durchlesen der Falleinführung	Technische Vorbereitung der Simulation
Simulation II VZ-Kontrolle Mobilisation	Rollenannahme und Einnehmen der Position für den Beginn der Simulation	Vergabe der Falleinführung/ alle. Vergabe der Beobachtungskriterien/ Beobachter*innen. Klärung offener Fragen	Hineinfinden in die Situation unter Begleitung der PG-Leitung	Durchlesen der Beobachtungskriterien/ Simulation	Briefing der Protagonisten
Simulation III Hörbeeinträchtigung, Kommunikation					

Aufgaben- und Rollenzuweisungen: Simulation

	Studierende* 1	Studierende*r 2	A.: Simulationsteilnehmer	A: Beobachter*in	PG-Leitung
Simulation I Positionierung im Bett	Umsetzung der Simulation	Beobachtung der Simulation auf der Grundlage entwickelter Kriterien	Umsetzung der Simulation.	Beobachtung der Simulation auf der Grundlage entwickelter Kriterien	Beobachtung der Simulation
Simulation II VZ-Kontrolle Mobilisation	Umsetzung des Debriefings aus der Patient*innenperspektive		Umsetzung des Debriefings aus der Perspektive der Pflegeassistenten		
Simulation III Hörbeeinträchtigung, Kommunikation	Bewusster Rollentausch		Bewusster Rollentausch Umziehen Raumwechsel		

Aufgaben- und Rollenzuweisungen: Debriefing

	Studierende* 1	Studierende*r 2	A.: Simulationsteilnehmer	A: Beobachter*in	PG-Leitung
Simulation I Positionierung im Bett	Technischer Support in Bezug auf das Debriefing Vorbereitung des Raumes für die folgende Simulation	Moderation des Debriefings: Ergebnisse der Beobachtung der Auszubildenden. Eigene Ergänzung zum Beobachtungsprotokoll. Debriefing zur Teaminteraktion	Hören zu.	Rückmeldung zu der geleiteten Interaktion.	Hört zu.
Simulation II VZ-Kontrolle Mobilisation			Geben abschließend eine Rückmeldung.	Hören zu.	Zusammenfassung des Debriefings. Holt abschließende Rückmeldung der Protagonisten ein.
Simulation III Hörbeeinträchtigung, Kommunikation					

Inhalte der Simulation



Konzeptionalisierung der Simulationen
Setting: KH Interne Station/ Vormittag

Wer?	Begleitung durch Projektleitung	Schwerpunkte der Simulation	Ort der Simulation	Beginn mit Team :
Chmielewski, Marco Menzen, Niklas	M. Schwermann	Positionierung im Bett (Herzbettlage und 35 Grad-Lagerung)	„OP“	A
Emde, Melina Groß, Hanna	A. Roterring	VZ-Kontrolle Mobilisation	„Intensivzimmer“	B
Trinker, Annika Wagner, Theresa	L. Icking	Hörbeeinträchtigung, Kommunikation VZ-Kontrolle Interdisziplinäre Kommunikation	„Notfallraum“	C

24

MSH

Konzeptionalisierung der Simulationen
Setting: KH Interne Station/ Nachmittag

Wer?	Begleitung durch Projektleitung	Schwerpunkte der Simulation	Ort der Simulation	Beginn mit Team:
Chmielewski, Marco Menzen, Niklas	L. Icking	Positionierung im Bett (Herzbettlage und 35 Grad-Lagerung)	„OP“	A
Emde, Melina Groß, Hanna	M. Schwermann	VZ-Kontrolle Mobilisation	„Intensivzimmer“	B
Trinker, Annika Wagner, Theresa	A. Roterring	Hörbeeinträchtigung, Kommunikation VZ-Kontrolle Interdisziplinäre Kommunikation	„Notfallraum“	C

25

MSH

Briefing
 Vergabe der
 Situationsbeschreibung,
 der Rollen und der
 Beobachtungsbögen



Simulation



Debriefing



Tagesabschluss



Zum Abschluss...



6 Rollen und Szenenbeschreibung als Vorbereitung der Simulationssequenzen

Im folgenden Kapitel werden die Rollen- und Szenenbeschreibungen der einzelnen Szenarien dargestellt. Die Reihenfolge der Szenarien orientieren sich an die im Kapitel 4 aufgelisteten theoretischen Grundlagen. Die Szenarien sind in jeweils zwei Szenarien unterteilt, wodurch die Patientenrolle die gleiche bleibt aber das zweite Szenario sich von einer minimalen Komplexität abhebt. Die Rollen- und Szenenbeschreibungen beginnen mit einer kurzen Rollenbiografie, darauffolgend wird die Anamnese/Krankengeschichte erläutert und dann folgen die zwei Szenarien mit dem Szenariobeginn, -ablauf und -verlauf. Zuletzt gibt es eine Möglichkeit, wie sich der Protagonist verhalten kann.

6.1 Herr Albrecht benötigt Hilfe beim Positionswechsel

Rollenbiografie:

Herr Albrecht, männlich, 58 Jahre alt

Gelernter Garten- und Landschaftsbauer, aktuell nicht mehr berufstätig

mit Partnerin in getrennten Wohnungen, keine Kinder, tageweise Betreuung durch eine Pflegekraft

orientiert, bettlägerig aufgrund von Tetraplegie, benötigt Unterstützung bei sämtlichen ATLS
-> aktuell in Behandlung aufgrund von instabilen Angina Pectoris-Beschwerden

Pflegestufen und Pflegedienst vorhanden

Hilfsmittel: Lagerungsmaterialien im Rahmen der stationären Aufnahme

Er ist freundlich, adherent und zugewandt, jedoch gelegentlich grüblerisch und zurückhaltend in der Nennung seiner Wünsche und Bedürfnisse.

Herr Albrecht ist ein lebensfroher Mensch, der gern in der Natur unterwegs ist und immer einen lockeren Spruch auf den Lippen hat. Vor dem Motorradunfall vor 18 Jahren begeisterter Sportler und Handwerker gewesen. Seit dem Unfall verfällt Herr Albrecht gelegentlich in melancholische Stimmungslagen, in denen er zwar nicht unfreundlich ist, jedoch deutlich zurückhaltender im Umgang mit anderen Menschen ist und seine eigenen Bedürfnisse nicht offen formuliert.

Anamnese:

Herr Albrecht, 58 Jahre, Aufnahme vor 3 Tagen auf die Station wegen AZ-Verschlechterung bei unklaren Angina Pectoris-Beschwerden. Er ist gelernter Garten- und Landschaftsbauer, aber seit einem Motorradunfall vor 18 Jahren tetraplegisch und berufsunfähig. Er lebt allein, hat jedoch eine Partnerin, die ihn regelmäßig besuchen kommt. An Tagen, an denen die Partnerin nicht zu Besuch kommt, wird Herr Albrecht von einer Pflegekraft betreut. Herr Albrecht benötigt Unterstützung bei sämtlichen ATLS. In seiner Wohnung benutzt er einen sprachgesteuerten Smarthome-Assistenten, welcher ihm hilft Dinge wie Jalousien, den Staubsauger oder Multimediageräte zur Beschäftigung zu steuern.

In den Vorerkrankungen ist eine durch den Unfall indizierte Tetraplegie, sowie eine globale Herzinsuffizienz nach einem Herzinfarkt vor 8 Jahren diagnostiziert worden. Darüber hinaus leidet Herr Albrecht aufgrund des Unfalls an einer chronischen Depression, welche ebenfalls medikamentös eingestellt ist.

An Medikamenten erhält Herr Albrecht folgendes:

Metoprolol 95mg 1-0-1

Amlodipin 5mg 1-0-1

Mirtazapin 15mg 1-0-1

Ramipril 2,5mg 1-0-1

Gabapentin 75mg 1-0-1

Clonidin 75 bei Bedarf

Pantoprazol 20mg 0-0-1

Torasemid 5mg 0-1-1

Vor ca. 4 Tagen berichtet Herr Albrecht über eine progrediente Dyspnoe, sowie ein Engegefühl im Brustkorb. Was er anfangs noch für einen eingeklemmten Nerv/Wirbel hielt wurde zunehmend schlechter, so dass seine pflegerische Betreuung eine Aufnahme in der Uniklinik Münster veranlasste. Trotz der anfänglichen Bedenken bezüglich der Aufnahme im Krankenhaus willigte er auch in Anbetracht seiner kardialen Vorgeschichte ein. Bei der Aufnahme stellte man mittels bildgebender Diagnostik in Form einer Echokardiografie und eines EKGs fest, dass Herr Albrechts Herz aktuell etwas überbelastet ist und eine Anpassung seiner Medikation notwendig sei. Darüber hinaus wurde eine verringerte periphere Sauerstoffsättigung festgestellt. Der Blutdruck bei Aufnahme von Herrn Albrecht war ebenfalls im hypertonen Bereich bei einem systolischen Wert von 172mmHg. Dazu konnte eine arrhythmische Tachykardie mit 112 Schlägen pro Minute gemessen werden. Zur weiteren Behandlung wurde Herr Albrecht auf eine kardiologische Normalstation verlegt, auf welcher man seine Vitalparameter regelmäßig überprüfte und ihn mittels herzentlastender Positionierung innerhalb des Bettes pflegerisch zusätzlich unterstützte. Herr Albrecht erhält während der stationären Behandlung konstante Ventilation mit Sauerstoff bei einer Laufrate von 2l. Mit dieser Dosierung hält sich die periphere O₂-Sättigung konstant bei 95-100%. Seine Beschwerden besserten sich im Laufe des Aufenthalts durch Umstellung der Medikamente.

Aufgrund der bestehenden Tetraplegie muss er durch die Pflegekräfte Unterstützung bei der Körperpflege, Nahrungsaufnahme sowie regelmäßigen Positionswechseln erhalten. Sein Urin wird durch einen suprapubischen Katheter abgeleitet, welchen er bereits vor einigen Jahren ambulant angelegt bekommen hat. Die aktuelle Situation mit der stationären Aufnahme setzt Herrn Albrecht zu, weshalb er häufig abwesend wirkt und nicht so recht mit den Pflegekräften in die Kommunikation tritt. Ein Seelsorger, sowie ein psychologisches Konsil wurden Herrn Albrecht durch die Ärzte während der Visiten angeboten, jedoch lehnte er dies ab, da er keine weiteren Umstände bereiten wollte und diese Maßnahmen als unnötig einschätzt.

1. Szenario am Morgen

<u>Ort:</u> _____	kardiologische Pflegestation
<u>Personal:</u>	Auszubildende der Gesundheits- und

Ablauf:

Briefing, Durchführung im Sim-Lab, Debriefing:

Es ist Frühdienst und Sie sind heute für die pflegerische Versorgung von Herrn Albrecht zuständig. Nach der pflegerischen Grundversorgung wollen Sie ihn in eine angemessene Position für die Einnahme des Frühstücks bringen. Aufgrund seiner kardialen Vorgeschichte entscheiden Sie sich dafür, dass eine Cardiac-/Herzbettposition sich dafür in Herrn Albrechts Fall am besten eignet. Sie klären Herrn Albrecht kurz über die von Ihnen angedachte Maßnahme auf und er willigt auch ein, da er bereits mehrere Tage auf Ihrer Station betreut wird und das Prozedere bereits kennt.

Aus der Übergabe heut früh wissen Sie, dass Herr Albrecht durch seine Tetraplegie völlig immobil ist und in jedem Fall pflegerische Unterstützung bei der Einnahme einer neuen Position benötigt. Sie organisieren sich also eine zweite Pflegekraft als Hilfe und betreten gemeinsam das Zimmer, um Herrn Albrecht bei der Positionsänderung zu unterstützen. Dieser erwartet Sie bereits und erzählt Ihnen, dass er sich darauf freut gleich etwas aufrechter zu sitzen, da er angibt wieder bereits eine leichte Erschwerung bei der Atmung zu verspüren, nachdem er während der Grundpflege flach auf dem Rücken lag. In dieser Position befindet sich der Patient auch aktuell.

Vorbereitung/Raumgestaltung: Der Patient liegt in flacher Rückenlage im Bett, das Frühstück steht bereits auf dem Nachtschrank, Materialien zur Lageveränderung liegen bereit

Requisiten: Materialien zur Vitalzeichenmessung (Blutdruckmessgerät, Pulsoxymeter), Material zur Lageveränderung

Szenariobeginn:

Herr Albrecht liegt in flacher Rückenlage im Bett und erwartet die Pflegekräfte zur Einnahme der Cardiacposition. Die Materialien zur Veränderung des Patienten im Bett liegen bereits am Bettplatz. Er begrüßt die Pflegekräfte gut gelaunt.

Szenarioverlauf:

Parameter	mögliche Handlung/Verlauf	Debriefingschwerpunkt/ Beobachtungen
	Begrüßung und Vorstellung	

Parameter	mögliche Handlung/Verlauf	Debriefingschwerpunkt/ Beobachtungen
VZ: RR: 159/75 P: 91 SpO2: 89% Dyspnoeischer Patient, Tachykardie, Hypertonie und verringerte O2- Sättigung aufgrund der angestregten Atmung	Vorhaben kommunizieren/Befinden fragen VZ-Kontrolle mit Blick auf die O2 Sättigung Situatives Handeln ->	Angemessene Aufklärung und Kommunikation mit dem Patienten Einschätzen der Lage des Patienten in Abhängigkeit von den Vitalzeichen Fachlich korrekt durchgeführte Positionierung des Patienten in die Cardiac- /Herzbettposition

Protagonistenstimme:

Zugewandt, „bereit“ für die Durchführung der pflegerischen Maßnahmen, angestrengt aufgrund der Atemsituation, kurzatmig

2. Szenario am Mittag

<u>Ort:</u>	kardiologische Pflegestation
<u>Personal:</u>	Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflegeassistenz

Ablauf:

Briefing, Durchführung im Sim-Lab, Debriefing:

Nach dem Frühstück und einigen weiteren Stunden betreten sie Herrn Albrechts Zimmer erneut, um ihm dabei zu helfen von der Cardiacposition wieder in eine andere zu wechseln. Während der Grundpflege am Morgen ist Ihnen aufgefallen, dass sich bereits eine kleine, nicht wegdrückbare Rötung am Steißbein von Herrn Albrecht abzeichnet. Mit diesem Wissen im Hinterkopf empfehlen Sie nun Herrn Albrecht eine 35°-Seitenlage einzunehmen. Sie begründen diesen Schritt damit, die bereits gerötete Stelle entlasten zu wollen und eine weitere Ausprägung des Dekubitus möglichst zu verhindern. Herr Albrecht wirkt nun deutlich zurückgezogener und wortkarger als noch am Morgen. Es fällt Ihnen schwer ein Gespräch mit dem Patienten aufzubauen und eine Position mit ihm in Zusammenarbeit zu wählen, da Herr Albrecht Ihnen nur sagt, dass Sie sich „möglichst wenig Umstände mit ihm machen sollten.“

Vorbereitung/Raumgestaltung: Herr Albrecht befindet sich in Cardiacposition im Bett, die O2-Nasenbrille benötigt er nicht mehr, schaut etwas abwesend durch den Raum

Requisiten: Material zur Positionsveränderung

Szenariobeginn:

Gemäß des Bewegungsplans von Herrn Albrecht betreten Sie mit Hilfe einer weiteren Pflegekraft erneut das Zimmer, um eine neue Position mit Herrn Albrecht einzunehmen. Im Gegensatz zur Bettung in die Herzbettposition begrüßt Herr Albrecht Sie nun nicht mehr so zugewandt wie am Morgen. Er wirkt abwesend. Durch das Fenster können Sie sehen, dass das Wetter heute sehr einladend und schön ist. Sie versuchen mit Herrn Albrecht ins Gespräch zu kommen und klären ihn darüber auf, dass eine 35°-Position zur Entlastung der Rötung am Steiß nun eine gute Wahl wäre. Herr Albrecht benötigt viel Motivation und Zuspruch, um diese Situation gemeinsam mit Ihnen auszuarbeiten.

Szenarioverlauf:

Parameter	Erwartete Handlung/Verlauf	Debriefingschwerpunkt/ Beobachtungen
	Betretten des Zimmers und Initiierung der	Kommunikation

<p>Keine Beschwerden</p> <p>Patientenstimmung scheint getrübt</p> <p>Änderung der Position zur Entlastung des Steißbeins notwendig</p> <p>Der Patient wirkt abwesend und bindet sich nicht aktiv in den Pflegeprozess mit ein</p>	<p>Kommunikation mit dem Patienten</p> <p>Befinden erfragen und die folgenden Schritte zum Lagewechsel erklären</p> <p>Eine gemeinsame Lösung mit dem Patienten finden</p> <p>Erfassen der Wünsche des Patienten</p> <p>Der Patient erhält Zuspruch durch die Pflegekraft, um aktiv in den Entscheidungsprozess mit eingebunden zu werden</p>	<p>Einschätzen des Patienten</p> <p>fachgerechte Änderung der Position</p> <p>Patientenbeobachtung und Erkennen von Veränderungen</p> <p>Angemessene Kommunikation mit dem Patienten in Anbetracht der Situation</p> <p>Reflexion der Kommunikation mit dem Patienten, fachgerechte Handlung, Welche Schritte der Dokumentation und der weiteren Behandlung sind notwendig im Falle des Patienten?</p>
---	---	--

Protagonistenstimme:

Abwesend, kraftlos, wimmelt die Pflegekräfte damit ab „sich keine Umstände machen zu müssen“, akzeptiert die Vorschläge der Pflegekräfte, bindet sich jedoch selbst erst nach mehrfachem Auffordern ein

6.2 Frau Müller soll mobilisiert werden

Rollenbiografie:

Frau Müller, weiblich, 74 Jahre alt

gelernte Gärtnerin, aktuell Rentnerin

verheiratet, lebt mit dem Ehemann in einem Haus, hat 1 Sohn und eine Tochter

orientiert, fit, mobil, selbstständig -> aktuell kraftlos und schlapp von der Pneumonie

keine Pflegestufe und Pflegedienst

Hilfsmittel: Brille

Sie ist hart im Nehmen und nahm ihre „Erkältung“ auf die leichte Schulter.

Frau Müller ist ein lebenslustiger- und unternehmenswilliger Mensch.

Anamnese/Krankengeschichte:

Frau Müller, 76 Jahre, Aufnahme vor 8 Tagen auf die Station wegen AZ-Verschlechterung bei einer Pneumonie. Sie ist gelernte Gärtnerin, aber seit einiger Zeit Rentnerin. Sie lebt mit ihrem Ehemann in einem kleinen Haus, wo sie selbst noch viel handwerkelt. Das Ehepaar hat einen Sohn und eine Tochter, die einige Kilometer entfernt wohnen. Sie besuchen sich regelmäßig. Frau Müller versorgt sich komplett selbstständig und benötigt keinen Pflegedienst/Hilfsmittel.

Als Vorerkrankungen hat sie eine arterielle Hypertonie (Bluthochdruck), sowie eine Knie-TEP (neues Kniegelenk) von vor 10 Jahren.

Medikamentös ist sie mit Metoprolol 47,5 mg Tbl. 1-0-1 und HCT 12.5 mg Tbl. 1-0-0 sehr gut eingestellt.

Vor über 9 Tagen fühlte sie sich von dem einen auf den anderen Tag sehr schlapp, klagte über Gliederschmerzen, Belastungsdyspnoe (Belastungsatemnot) und Husten. Das Atmen

fiel ihr schwer und es tat auch ein wenig in der Lunge weh. Sie machte sich keine großen Sorgen. Als sich ihr Zustand über Nacht verschlechterte, schickte sie ihr Ehemann vor 8 Tagen widerwillig zum Hausarzt, der sie schlussendlich in die Uniklinik Münster überwies. So richtig gefällt es Frau Müller nicht, weil sie hart im Nehmen ist und denkt, dass es nur eine kleine Erkältung sei und sicherlich morgen wieder besser wird. Auch war sie bisher nur dreimal im Krankenhaus, als sie vor 10 Jahren ein neues Kniegelenk bekommen hatte und bei den Geburten ihrer Kinder. In der Uniklinik Münster stellte sich heraus, dass sie hohes Fieber hat und aufgrund von einer niedrigen O2-Sättigung 4l Sauerstoff benötigte. Der Corona Abstrich war negativ. Es zeigte sich eine ausgeprägte Pneumonie im Röntgenbild. Als Antibiotika erhielt sie die ersten 5 Tage Pip/Taz 4,5g 3x tgl. i.v. (6.00/14.00/21.00), welches seit 3 Tagen oralisiert wurde mit Amoxicilin+Clavlan 1g Tbl., 3x tgl. Bei Bedarf kann Frau Müller 1g Novalgin erhalten. Nachdem sie zunächst wegen ihres geschwächten Allgemeinzustandes auf der Intensivstation lag, ist sie nun seit 5 Tagen auf der internistischen Normalstation. Die erste Zeit war Frau Müller sehr schlapp, kraftlos und konnte nicht viel allein machen, sodass eine Körperpflege im Bett und an der Bettkante mit viel Unterstützung erfolgte. Immer wieder fieberte sie bis zu 39,6 Grad auf und in den ersten Tagen musste deshalb das Bett häufiger am Tag frisch gewechselt werden. Nur mühsam konnte sie aufstehen und beim Frühstück bekam sie kaum einen Bissen herunter. Mittlerweile benötigt sie nur noch Hilfestellung bei der Mobilisation. Frau Müllers Vitalzeichen sind seit ein paar Tagen unauffällig und sie hat ebenfalls kein Fieber mehr. Auch äußert Sie, dass es ihr deutlich besser geht. Eine Entlassung ist, wenn die Laborwerte gut sind in ein bis zwei Tagen geplant.

1. Szenario am Morgen

<u>Ort:</u>	internistische Pflegestation
<u>Personal:</u>	Auszubildene der Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten

Ablauf:

Briefing, Durchführung im Sim-Lab, Debriefing:

Es ist Donnerstagmorgen und es ist ihr erster Dienst auf der internistischen Station nach einem kurzen Theorieblock in der Schule. Sie haben heute Tagdienst und nach einer Übergabe von einer examinierten Pflegekraft bekommen sie Frau Müller zugeteilt. Die examinierte Pflegekraft teilte Ihnen mit, dass Frau Müller vorhin zu müde für die Mobilisation und die Pflege war und erstmal Frühstücken wollte, bevor sie Hilfe bei der Mobilisation und

Pflege bekommt. Sie sollen sich heute um sie kümmern. Frau Müller liegt wegen einer ausgeprägten Pneumonie stationär im Krankenhaus. Von der Kollegin erfuhren sie ebenfalls, dass sie die letzten Tage noch viel Unterstützung bei der Mobilisation/bei der Körperpflege benötigte, weil sie noch sehr schlapp und kraftlos ist. Ihre Kollegin ergänzt: „Je nach Vitalzeichen kann die Mobilisation bis zur Bettkante oder zum Waschbecken erfolgen.“ Auch erzählte ihre Kollegin, dass eine Entlassung in den nächsten Tagen geplant ist. Sie gehen in das Zimmer hinein. Heute Morgen wünscht sich Frau Müller wieder ins Bad mobilisiert zu werden. Gestern war sie zum ersten Mal bis in das Bad mobilisiert worden. Frau Müller freut sich, dass es ihr etwas besser geht, ist sehr gesprächig und zugänglich.

Vorbereitung/Raumgestaltung: Patient sitzt im Bett, aufgegessenes Frühstück steht am Nachtschrank, Hausschuhe liegen auf dem Boden, Pat. trägt eine Brille

Requisiten: Materialien zur Vitalzeichenmessung (Blutdruckmessgerät, Pulsoxymeter, Thermometer), Bett, sicheres Schuhwerk, Brille, Frühstück, Nachtschränkchen

Szenarioverlauf:

Parameter	mögliche Handlung/Verlauf	Debriefingschwerpunkt/ Beobachtungen
VZ: Normwertig, keine Auffälligkeiten (angepasst an den Protagonisten)	Begrüßung und Vorstellung Vorhaben kommunizieren/Befinden fragen VZ-Kontrolle -> seine VZ, inkl. Bewusstseinszustand sind ohne Befund	Ersteindruck? Stellenwert der Kommunikation Fachgerechtes Durchführen der Vitalzeichen inkl. Interpretation

Parameter	mögliche Handlung/Verlauf	Debriefingschwerpunkt/ Beobachtungen
Keine Beschwerden/keine kritische Verschlechterung der VZ-Werte	Situatives Handeln -> Mobilisation an die Bettkante/Stand/Waschbecken	fachgerechte Mobilisation

Protagonistenstimme:

Müde; leicht verschlafen; heute ist sie froh, dass sie endlich mal wieder mehr Appetit beim Frühstück hatte; motiviert selbst etwas zu machen; freut sich, dass sie in den nächsten Tagen nach Hause kann; gibt aktuell keine Beschwerden an, sehr gesprächig

2. Szenario am Mittag

<u>Ort:</u>	Internistische Station
<u>Personal:</u>	Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflegeassistenz

Ablauf:

Briefing, Durchführung im Sim-Lab, Debriefing:

Frau M., die Sie bereits am Morgen am Waschbecken versorgt haben, meldet sich nach ihrem Mittagsschlaf und bittet um Unterstützung beim Gang zur Toilette. Bei Ihrem Eintreffen liegt sie in Seitenlage im Bett. Sie erzählt, wie stolz sie sei, dass die Mobilisation am Morgen so gut geklappt habe und dass sie das Gefühl habe, eigentlich keine Hilfe mehr zu benötigen. Sie erklären ihr, dass dies nur der Sicherheit diene und Sie ihr nur so viel wie nötig helfen werden. Frau M. ist guter Dinge, weil die Ärzte in der Visite andeuteten, dass sie wirklich bald nach Hause kann.

<u>Vorbereitung/Raumgestaltung:</u> Frau M. liegt wach im Bett, Hausschuhe liegen auf dem Boden und eine Brille liegt auf dem Nachtschränkchen
<u>Requisiten:</u> RR-Messgerät, sicheres Schuhwerk, Brille, (ggf. Puder zum blass schminken)

Szenariobeginn:

Frau M. hat die Patientenklingsel gedrückt und Sie machen sich auf den Weg zu ihr. Beim Betreten des Patientenzimmers liegt Frau Müller im Bett und ist soeben von ihrem Mittagsschlaf aufgewacht. Sie sagt zu Ihnen: „Ich melde mich wie vereinbart, weil ich nochmal ins Bad muss. Hätten Sie Zeit mir zu helfen, auch wenn ich das Gefühl habe, dass ich auch allein gehen kann?!“

Szenarioverlauf:

Parameter	Erwartete Handlung/Verlauf	Debriefingschwerpunkt/ Beobachtungen
Keine Beschwerden Auf der Bettkante ist Pat. taumelnd, Pat. sagt nicht viel, Augen sind geschlossen VZ: RR: 100/70 (hypoton) P: 96 SpO2: 96% Temp: 36.3 Grad (Hypotonie: symbolischer Darstellung mittels Zettel; mündliche Mitteilung über die Regie; Arbeit mittels Monitors inkl. Voreinstellung)	Betreten des Zimmers und fragen, weshalb Pat. geklingelt hat Befinden fragen, Schritte der geplanten Mobilisation erklären Mobilisation beginnen Bei Pat. Äußerung (Schwindel, Ohrenrauschen; sitzt zitternd da) wird Mobilisation abgebrochen und Pat. wird zurück ins Bett mobilisiert oder Pat. wird weiter mobilisiert und Kreislaufzustand verschlechtert sich (Kollaps?!)	Kommunikation Einschätzen des Patienten fachgerechte Mobilisation Patientenbeobachtung und Erkennen von Veränderungen Fachgerechte Reaktion auf Abweichung des Gesundheitszustandes Eigene Grenzen des Handelns erkennen ZIEL: Abbrechen der Mobilisation!!! Durchführen der Vitalzeichen inkl.

<p>Verschlechterung der VZ-Werte erkennen, interpretieren und dokumentieren</p> <p>Pat. geht es wieder besser, redet wieder und ist etwas enttäuscht, dass die Mobilisation nicht möglich war</p>	<p>VZ-Kontrolle inkl. Bewusstseinszustand-> RR niedrig, Puls hoch,</p> <p>Situatives Handeln: Pat. wird nicht allein gelassen, bis Zustand stabil ist</p>	<p>Interpretation (nebensächlich, da in Szenario 1 Schwerpunkt)</p> <p>Kommunikation mit dem Patienten,</p> <p>Kommunikation, fachgerechtes Handeln, Grenzen des eigenen Handelns, was muss nach der Situation erfolgen? (Doku, Übergabe an Pflegekraft evtl. Arzt, VZ-Kontrolle im Verlauf)</p>
---	--	--

Mögliches Vorgehen: (wird den Auszubildenden nicht ausgehändigt)

Sie fordern Frau M. auf das Kopfteil hochzustellen, um das Aufsetzen auf die Bettkante zu erleichtern. Außerdem reichen Sie Frau M. ihre Brille und helfen ihr beim Schuhe anziehen. Frau M. setzt sich mit Unterstützung auf die Bettkante auf, während sie viel von ihrem Mann erzählt. Plötzlich wird sie merklich stiller und äußert auf Nachfrage, dass ihr nun ganz schwindelig sei. Sie gibt ebenfalls ein Ohrenrauschen an. Sie sitzt zitternd da.

Sie erkennen, dass es Frau M. nicht gut geht und es sich nun nicht mehr um eine pflegestabile Situation handelt und eine Mobilisation nicht mehr ratsam ist. Sie entscheiden sich dazu, Frau M. wieder ins Bett zurückzulegen. Sie lassen Frau M. nicht allein, bieten ihr ein Glas Wasser an und reden ihr gut zu.

Protagonistenstimme:

leicht verschlafen; stolz, dass die Mobilisation am Morgen gut geklappt hat; motiviert selbst etwas zu machen; gibt aktuell keine Beschwerden an; anfangs sehr gesprächig (erzählt viel von ihrem Mann); im Verlauf gibt Pat. Schwindel, Ohrenrauschen und Unwohlsein an und sitzt zitternd am Bett, redet nicht mehr viel; als es ihr besser geht, ist sie enttäuscht von dem misslungenen Aufstehen

6.3 Frau Mauernhoff hört schlecht

Rollenbiografie

Frau Mauernhoff, weiblich, 84 Jahre alt, Geburtsort: Witten

Gelernte Schuhfachverkäuferin, aktuell Rentnerin

Verwitwet, Geschwister sind bereits gestorben

lebt mit ihrem einzigen Sohn Udo in Münster (Sprakel), der alleinstehend und geschäftlich oft unterwegs ist, haben ein gutes Verhältnis zueinander

hat eine 24.Std.-Kraft Anna

orientiert, gepflegt, Rollator mobil,

benötigt Unterstützung bei der Körperpflege

ist wackeliger auf den Beinen geworden

Hilfsmittel: Hörgeräte

Ihre Taubheit verschlimmert sich deutlich: seit ca. zwei Jahren kann die Pat. ohne Hörgeräte kaum noch hören.

Frau Mauernhoff geht gerne draußen mit Anna kleine Runden spazieren und liebt es den Gesang der Vögel zu hören.

Einmal in der Woche trifft Frau Mauernhoff sich mit ihrer Nachbarin zum Nachmittagskaffee, dies haben sie auch während der gesamten Pandemie fortgeführt.

Frau Mauernhoff ist traurig, dass sie schon drei Tage im Krankenhaus liegt und sie ihre Nachbarin nicht mehr gesehen hat.

Anamnese/ Krankengeschichte:

Frau Mauernhoff, 84 Jahre, Aufnahme vor drei Tagen auf die Station wegen AZ-Verschlechterung. Sie kam ins Krankenhaus, weil sie zu Hause fast umgefallen wäre, ihr ist plötzlich schwarz vor Augen geworden und konnte sich noch rechtzeitig auf die Couch setzen. Anna war schockiert und rief sofort den Krankenwagen. Frau Mauernhoff ist gelernte Schuhfachverkäuferin, aber seit langer Zeit Rentnerin. Sie lebt bei ihrem einzigen Sohn zuhause in Sprakel. Der Sohn ist alleinstehend und geschäftlich viel unterwegs. Ihr Mann sowie ihre zwei weiteren Geschwister sind bereits verstorben. Frau Mauernhoff ist wackeliger auf den Beinen geworden und benötigt deshalb Unterstützung bei der Körperpflege. Zuhause hat die Patientin Anna, die 24-Std.-Pflegekraft, die sie unterstützt. Frau Mauernhoff ist orientiert, sehr gepflegt und Rollator mobil. Als Hilfsmittel benötigt sie dringend ihre Hörgeräte, da sich ihre Hörbeeinträchtigung in den letzten zwei Jahren

deutlich verschlechtert hat. Ohne diese kann sie kaum noch etwas hören. Frau Mauernhoff geht gerne spazieren und liebt es den Gesang der Vögel zu hören Einmal in der Woche trifft Frau Mauernhoff sich mit ihrer Nachbarin zum Nachmittagskaffee.

Ihre Vorerkrankungen sind eine arterielle Hypertonie und Z.n. Bypass-OP am Herzen von vor 6 Jahren.

Medikamentös ist die Patientin mit ASS 100mg 0-1-0 und Metoprolol 47,5 mg 1-0-1 eingestellt.

Seit einer Woche fühlt sich Frau Mauernhoff schon sehr schlapp und klagt zeitweise über Kopfschmerzen. Sie fühlte sich unwohl und war immer sehr müde. Sie dachte sich dabei aber nichts weiter und schob ihre Beschwerden auf das sich immer wieder wechselnde Wetter. Als sich der Zustand so sehr verschlechterte, dass die Patientin fast gestürzt wäre, weil ihr schwarz vor Augen geworden ist, rief Anna sofort den Krankenwagen. Im Krankenhaus hat man sie auf alles getestet, dabei stellte man fest das Frau Mauernhoff dehydriert war und sie in der letzten Zeit zu wenig getrunken hat. Nun ist die Patientin schon seit drei Tagen im Krankenhaus, bekommt Flüssigkeit und wird wieder stabilisiert. Die Pflegekräfte unterstützen sie bei der Körperpflege erst an der Bettkante und dann am Waschbecken. Sie motivieren Frau Mauernhoff immer wieder zum Trinken. Die Patientin hat sich durch die Flüssigkeitsgabe schnell wieder erholt und fühlt sich wohl und fit. Frau Mauernhoff wird wahrscheinlich in den nächsten Tagen entlassen, bis dahin soll täglich zweimal der Puls und der Blutdruck gemessen werden und sie soll ein Trinkprotokoll führen. Frau Mauernhoff freut sich schon auf ihr Zuhause.

1. Szenario am Morgen

<u>Ort:</u>	internistische Pflegestation
<u>Personal:</u>	Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten

Briefing, Durchführung im Sim-Lab, Debriefing

Es ist Dienstagmorgen und es ihr erster Dienst auf der internistischen Station nach einem kurzen Theorieblock in der Schule. Sie haben heute Tagdienst und nach der Übergabe von einer examinierten Pflegekraft bekommen Sie Frau Mauernhoff als ihre Patientin zugeteilt. Die examinierte Pflegekraft teilt Ihnen mit, dass die Patientin wegen AZ-Verschlechterung und Synkope auf die Station kommt. Die Patientin benötige etwas Unterstützung bei der Grundpflege. Zu Beginn ihres Aufenthaltes erfolgte dieses an der Bettkante, jetzt kann die Patientin schon mit Begleitung ans Waschbecken gehen. Wenn sie Hilfe benötigt, könne sie diese aber auch äußern. Durch die Flüssigkeitszufuhr gehe es Frau Mauernhoff schon viel besser. Die Pflegekraft betonte, dass Frau Mauernhoff dringend ihre Hörgeräte

benötigt. Sonst könne sie nichts verstehen. Ihre Vitalzeichen wären soweit unauffällig, müssten aber noch zweimal pro Tag kontrolliert werden. Aufgrund des schlechten Hörens der Patientin, stelle sich die Kommunikation mit der Patientin als erschwert dar.

Vorbereitung/Raumgestaltung: Patient liegt im zentral positionierten Bett mit Nachtschränkchen daneben, dieses ist bestückt mit einem halbvollen Wasserglas, einem Wecker, Taschentüchern und der Dose mit ihren Hörgeräten. Die Patientin selbst liegt im Bett und schläft, Hausschuhe liegen auf dem Boden, in der Ecke des Raumes steht ein Tisch mit einem Rollstuhl

Requisiten: Bett, Nachschrank (Dose mit Hörgeräten, Taschentücher, halbvolles Wasserglas, Wecker) im Hintergrund (ggf. Sauerstoffanschluss, Luftanschluss) im Raum (Rollstuhl, Tisch + Fernbedienung auf dem Tisch, Fernseher), Materialien zur Vitalzeichenmessung (Blutdruckmessgerät, Pulsoxymeter), Brille, Luft- und Sauerstoffanschluss, Nachtschränkchen,

Szenariobeginn:

Der Auszubildende klopft an der Tür und betritt das Patientenzimmer. Er geht in das Zimmer rein und begrüßt Frau Mauernhoff. Frau Mauernhoff schläft tief und fest, dies ist an ihrem Schnarchen hörbar. Der Auszubildende spricht Frau Mauernhoff lauter an und geht mit den Messgeräten an ihr Bett. Frau Mauernhoff schläft immer noch.

Szenarioverlauf:

Parameter	mögliche Handlung/Verlauf	Debriefingschwerpunkt/ Beobachtungen
	<p>Begrüßung</p> <p>Vorhaben kommunizieren</p> <p>Sich der Patientin nähern, auf sich aufmerksam machen</p>	<p>Ersteindruck? Stellenwert der Kommunikation</p>

Parameter	mögliche Handlung/Verlauf	Debriefingschwerpunkt/ Beobachtungen
<p>VZ-Kontrolle</p> <p>RR: 130/75</p> <p>P: 90</p> <p>Keine Beschwerden/keine kritische Verschlechterung der VZ-Werte</p>	<p>Vorstellung</p> <p>Erklärung Vitalzeichenkontrolle (RR, Puls)</p> <p>Patientin versteht Auszubildenden nicht</p> <p>Vorhaben ändern, damit Pat. versteht</p> <p>Lernender sieht Hörgeräte auf Nachtschrank und gibt sie an Patientin</p> <p>Erklärt noch einmal sein Vorgehen</p> <p>VZ-Kontrolle -> seine VZ, inkl. Bewusstseinszustand sind ohne Befund</p>	<p>Fachgerechte Erklärung der VZ-Kontrolle?</p> <p>Situation der Pat wird verstanden?</p> <p>Wie geht Lernender vor?</p> <p>Fachgerechte Erklärung und Durchführung der VZ-Kontrolle</p>

Parameter	mögliche Handlung/Verlauf	Debriefingschwerpunkt/ Beobachtungen

Protagonistenstimme:

Müde, leicht verschlafen, unsicher (bei fehlenden Hörgeräten), offen und zugänglich (bei eingesetzten Hörgeräten), versteht die Situation, gibt keine Beschwerden an

2. Szenario am Mittag

<u>Ort:</u>	Internistische Station
<u>Personal:</u>	Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflegeassistenz

Ablauf:

Briefing, Durchführung im Sim-Lab, Debriefing:

Der Auszubildende soll bei der 84-jährigen Frau Mauernhoff die Vitalwerte messen. Aufgrund des schlechten Hörens der Patientin, stellt sich die Kommunikation mit der Patientin als erschwert dar. Hinzu kommt, dass die Batterien der Hörgeräte leer sind. Nun muss der Lernende versuchen anders mit der Patientin zu kommunizieren.

<u>Vorbereitung/Raumgestaltung:</u> Frau Mauernhoff sitzt in ihrem Rollstuhl zum lauten Fernseher zugewandt, neben ihr steht ein Tisch mit einem Wasserglas bestückt.
<u>Requisiten:</u> Rollstuhl, Tisch, Fernbedienung, Fernseher, im Hintergrund (Bett, Nachtschrank + Wasserglas, Wecker, Taschentücher, Dose ohne Hörgeräte) Protagonist hat Hörgeräte in den Ohren, RR-Messgerät, Pulsoxymeter,

Szenariobeginn:

Nachdem der Auszubildende an die Tür von der 84-jährigen Frau Mauernhoff klopft, tritt er in das Zimmer hinein. Während er das Zimmer betritt, hallt ihm bereits der laut tönende Fernseher entgegen. Dabei sitzt Frau Mauernhoff in ihrem Rollstuhl und schaut fern.

Szenarioverlauf:

Parameter	Erwartete Handlung/Verlauf	Debriefingschwerpunkt/ Beobachtungen
<p>Patientin reagiert nicht auf Lernenden (versteh nicht trotz Hörgeräte)</p>	<p>Betreten des Zimmers, Begrüßung der Patientin</p> <p>Auszubildender macht auf sich aufmerksam</p> <p>Vorhaben VZ messen, Pat versteht Vorhaben nicht</p> <p>Lernender bemerkt, dass Pat trotz Hörgeräten nicht versteht</p> <p>Lernender überlegt sich andere Strategien, um erfolgreich kommunizieren zu können</p>	<p>Kommunikation</p> <p>Verstehen der Situation der Patientin</p> <p>Einschätzen der Situation</p> <p>Patientenbeobachtung und Erkennen von Veränderungen</p>
<p>Patientin versteht, was der Lernende vorhat</p>	<p>Lernender nutzt Piktogramme</p>	<p>Unterstützend dazu mit Mimik und Gestik</p>
<p>RR: 130/70</p> <p>P: 90</p> <p>VZ-Werte erkennen, interpretieren und dokumentieren</p>	<p>VZ-Kontrolle</p>	<p>Fachgerechte Durchführung der VZ-Kontrolle inkl. Interpretation</p>

<p>Pat. versteht die Situation ist etwas enttäuscht, über die nicht funktionsfähigen Hörgeräte, ist aber froh über die Bemühungen.</p>		<p>was muss nach der Situation erfolgen? (Doku, Übergabe an Pflegekraft evtl. Arzt, VZ-Kontrolle im Verlauf)</p>
--	--	--

Protagonistenstimme:

Zu Beginn etwas erschrocken, da Patientin den Lernenden nicht hat kommen sehen, unsicher (bei funktionsuntüchtigen Hörgeräten), offen und zugänglich (bei Integration der Piktogramme in die Konversation Hörgeräten), gibt keine Beschwerden an.



Abbildung 4: Umsetzung der Simulationen und Debriefing

7 Fazit

Der Abschluss des Projekts „Konzeptualisierung von Simulationen und Umsetzung im Simulationszentrum des UKM im Rahmen der Ausbildung zur Pflegeassistentenz“ ging mit vielen Reflexionen und Bewertungen der abgelaufenen Durchführungen einher. Vorab lässt sich jedoch einstimmig durch alle Beteiligten und Verantwortlichen festhalten, dass jede Partei das Projekt in seiner Gesamtheit als einen erfolgreichen und gelungenen ersten Ansatz für die Einbindung und Konzeptionierung simulationsbasierten Lernens in die Ausbildung zur Krankenpflegeassistentenz bewertet. Besonders der Umgang mit den Widrigkeiten aufgrund der aktuell anhaltenden Coronapandemie und der damit verbundene

Mehraufwand was die Ablaufgestaltung und das Einhalten von hygienischen Standards anbelangt sind an dieser Stelle noch einmal erwähnenswert. Aus genau diesem Grund, war es der Projektgruppe auch nicht möglich eine gemeinsame Reflexionsrunde mit allen Projektteilnehmern in der Großgruppe durchzuführen. Die Rückmeldungen der Auszubildenden haben hier jedoch auch einzeln eine eindeutige Sprache gesprochen. Trotz der geringen bis teilweise gar nicht vorhandenen Erfahrung mit simulationsbasiertem Lernen wurden die von den Verantwortlichen entworfenen Lernsituationen von der Teilnehmergruppe insgesamt als äußerst lehrreich und gewinnbringend wahrgenommen. Auch wenn die vorab formulierten spezifischen Lernziele möglicherweise nicht immer auf Anhieb erreicht wurden, so meldeten alle Auszubildenden zurück, dass sie sich nun insgesamt sicherer im Umgang mit Patienten in solchen Situationen fühlen würden und da dieser Zuwachs an Sicherheit in pflegerischen Situationen zum übergeordneten Ziel aller Situationen und des simulationsbasierten Lernens an sich gehört, kann hier auch von einer erfolgreichen Umsetzung gesprochen werden. Auch das bereitgestellte Material und die Einteilung der Gruppen erfuhr eine positive Resonanz aus dem Kreis der Auszubildenden.

Die Briefing- und Debriefingsituationen, sowie die abschließenden Reflexionssequenzen nach Durchführung einer Pflegesituation im Rahmen der Kleingruppen verdeutlichten darüber hinaus bereits ebenso einen Kompetenzzuwachs, sowohl auf Seiten der beobachtenden Auszubildenden, sowie auch auf Seiten der „Hauptakteure“.

Reflexionsgespräche innerhalb der Gruppe der Projektverantwortlichen sprachen ebenfalls eine eindeutige Sprache. Sowohl auf Seiten der Lehrenden der Pflegeschule als auch auf Seiten des Teams der FH Münster wurde von einem positiven Lernerlebnis für die Auszubildenden gesprochen. Während der Reflexionsrunden nach den Durchführungen der Situationen herrschte eine rege Partizipation durch die Auszubildenden und ein konstruktiver Austausch zwischen allen Parteien war so möglich. Die von den Studierenden der FH anfänglich befürchtete Überfrachtung oder Überforderung durch die Pflegesituationen blieb selbst nach der Steigerung der Komplexität im Nachmittagsbereich aus. Die Steigerung der Schwierigkeit wurde jedoch von den Auszubildenden wahrgenommen. Bei der Reflexion des gewählten Instruments zur Beobachtung während der Fallbeispiele merkte die Gruppe jedoch an, dass ein Beobachtungsbogen in der Form, wie er jetzt konzipiert wurde nur bedingt hilfreich war, da die meisten Beobachter sich primär auf handgefertigte Notizen zu den Überschriften der Kompetenzformulierungen machten oder sich gänzlich auf eigene Notizen unabhängig der Vorgaben stützten und ihre Rückmeldungen dementsprechend darauf basierten. Hier stellte sich also die Frage nach einer Überarbeitung für künftige Simulationen, die mehr Freitext und weniger Vorgaben beinhaltet. Dieser Umstand könnte auch der Tatsache geschuldet sein, dass die Situationen

an sich sehr schnell abgelaufen sind (aufgrund der mehr oder weniger strikten zeitlichen Vorgaben) und daher schlichtweg keine Zeit blieb, um detaillierte Ausführungen zu formulieren. Auch die Überlegung der Aufzeichnung der Pflegesituationen und einer gemeinsamen Besprechung im Anschluss, quasi Bild für Bild wurde von den Projektverantwortlichen für die Zukunft diskutiert. Hierfür müssen die vorgegebenen zeitlichen Rahmen für die einzelnen Abläufe dann jedoch noch einmal überarbeitet und angepasst werden.

Abschließend lässt sich also sagen, dass das simulationsbasierte Lernen für alle Teilnehmer einen positiven Lerneffekt mit sich gebracht hat und sich daher in jedem Fall als eine äußerst gewinnbringende Form für die Anwendung und Überprüfung von theoretisch erlerntem Wissen anbietet. Sowohl die Auszubildenden als auch die Projektverantwortlichen konnten ihre Kompetenzen durch das Projekt in einem Ausmaß steigern, welches über andere theoretische Arbeitsweisen nicht möglich gewesen wäre. Darüber hinaus lassen sich auf Basis der genannten Verbesserungs- bzw. Veränderungsvorschläge weitere Optimierungen an der Durchführung und Gestaltung eines solchen simulationsbasierten Lerntages durchführen, welche den Lernprozess weiterhin steigern und verbessern. Zusätzlich dazu, wäre es auch hilfreich, einige Zeit nach der Durchführung noch einmal mit den Auszubildenden in Kontakt zu treten und gemeinsam zu evaluieren, ob die im Trainingszentrum trainierten Skills sich auch weiterhin positiv auf ihren beruflichen Alltag auswirken und so ein besonders nachhaltiger Lerneffekt durch das simulationsbasierte Lernen erzielt werden konnte. Insgesamt sprechen jedoch auch jetzt schon wie durch den Projektbericht ersichtlich viele Aspekte für eine dauerhafte und konsequente Integration von Simulationstraining in den Lehrplan pflegebasierter Ausbildungsberufe.



Abbildung 5: Projektteam um Meike Schwermann (r.) nach erfolgreicher Umsetzung

8 Literatur

- Ausbildungs- und Prüfungsordnung für den Beruf der Gesundheits- und Krankenpflegeassistentin und des Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten (GesKrPflAssAPrV) Vom 6. Oktober 2008
- Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK) & Deutsche Hochdruckliga (DHL). (2018). ESC/ESH Pocket Guidelines. Management der arteriellen Hypertonie. Zugriff am 09.03.2021. Verfügbar unter https://leitlinien.dgk.org/files/28_2018_pocket_leitlinien_arterielle_hypertonie.pdf
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). (07/2017) Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege [Expertenstandard]. Verfügbar unter https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandard_s/Dekubitusprophylaxe_in_der_Pflege/Dekubitus_2Akt_Auszug.pdf [06.03.2021]
- Deutschsprachige medizinische Gesellschaft für Paraplegie e.V. (DMGP). (07/2017) S1 – Leitlinie der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegie e.V. Querschnittsspezifische Dekubitusbehandlung- und -prävention [Leitlinie]. Verfügbar unter https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/179-008l_S1_Querschnittsspezifische_Dekubitusbehandlung_Dekubituspraevention_2017-08.pdf [08.03.2021]
- European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Leitlinie Dekubitusprävention – Eine Kurzanleitung [Leitlinie]. Verfügbar unter https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/qrg_prevention_in_german.pdf [06.03.2021]
- Hehlmann, T. (2018). *Kommunikation und Gesundheit. Grundlagen einer Theorie der Gesundheitskommunikation*. Wiesbaden: Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-19494-9>
- KMK. (2018). Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. Berlin. Verfügbar unter http://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2011/2011_09_23-GEP-Handreichung.pdf [16.03.2021]

- Koppenberg, J., Henninger, M., Gausmann, P. Bucher, M. (2014). Simulationsbasierte Trainings zur Verbesserung der Patientensicherheit. *Notfall + Rettungsmedizin*. 17(5), 373-378. DOI:10.1007/s10049-013-1802-y
- Kottner, J, Kröger, K., Gerber, V., Schröder, G., Dissemmond, J., Initiative Chronische Wunden e.V. (2018) Update Dekubitus: Expertenkonsens für die klinische Einschätzung und Klassifikation [Onlineartikel]. Verfügbar unter https://www.icwunden.de/fileadmin/Fachinfos/Standards/Dekubitus_Update_2018.pdf [06.03.2021]
- Krüger, L. (2017) 3.3.1 Dekubitusprophylaxe in Knipfer, E. & Kochs, E. (Hrsg.) *Klinikleitfaden Intensivpflege* (6. Auflage) (137-141). München: Elsevier.
- Lohnecker, A-M., Ortner, N. (2016). Die Schwester Der Pfleger. Gehörlose Patienten im Krankenhaus. Mit Hörbeeinträchtigten kommunizieren. Zugriff am: 26.06.2021. Verfügbar unter <https://www.bibliomed-pflege.de/sp/artikel/23986-mit-hoerbeeintraechtigten-kommunizieren>
- Meinertz, T. (Hrsg.). (2020). Kennen Sie Ihre Blutdruckwerte? Blutdruck richtig messen. In HERZ Heute. Zugriff am 01.03.2021. Verfügbar unter <https://www.herzstiftung.de/system/files/2020-05/HH0120-Rat-Hilfe-Blutdruck-richtig-messen.pdf>
- Ministerium des Innern des Landes NRW (2021). Ausbildungs- und Prüfungsordnung für den Beruf der Gesundheits- und Krankenpflegeassistentin und des Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten (GesKrPflAssAPrV). Verfügbar unter: https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_text_anzeigen?v_id=10000000000000000707 [ges. am 8.3.2021]
- Oelke, U. & Meyer, H. (2014). Didaktik und Methodik für Lehrende in Pflege- und Gesundheitsberufen. Teach the teacher. Berlin: Cornelson.
- Portal für Qualitätsmanagement und Service in der geriatrischen Pflege (pqsg). (2007) Standard „Herzbettlagerung“ [Onlineartikel]. Verfügbar unter <https://www.pqsg.de/seiten/openpqsg/hintergrund-standard-herzlagerung.htm> [13.03.2021]
- Ritter, M., Nabavi, D. & Ringelstein, B. (2007). Übersichtsarbeit: Messung des arteriellen Blutdruckes. Bestehende Standards und mögliche Folgen. In *Deutsches Ärzteblatt*, 104 (20), 1406-1410.
- Robert-Koch-Institut (RKI). (2008). Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 43, Hypertonie. Zugriff am 09.03.2021. Verfügbar unter

https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3196/23zMV5WzsY6g_26.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Rogers, C. (2015). *Der neue Mensch*. (11. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

<https://content-select-com.ezproxy.fh-muenster.de/goto/9783608202724/67>

Röhm-Kleine, S. (2014). Herz-Kreislauf-System. In Lektorat Pflege und Menche, N. (Hrsg.). *Pflege Heute- Lehrbuch für Pflegeberufe*. 5. Auflage. München: Urban & Fischer.

Rosenthal, A. (2018). Curriculum der Krankenpflegeassistenz des Universitätsklinikums Münster.

Schauffler, I., Böttges, N., DSB (Hrsg.). (2017). *Deutscher Schwerhörigenbund e.V. DSB Ratgeber 2 Tipps für schwerhörige und gut hörende Menschen im Umgang miteinander*. Zugriff am: 26.02.2021. https://www.schwerhoerigen-netz.de/fileadmin/user_upload/dsb/Dokumente/Information/Service/Ratgeber/Ratgeber2_Tipps_fuer_den_Umgang_miteinander.pdf

Schröppel, H. (2021). *Theoretische Grundlagen zur Methode*. In Kerres, A., Wissing, C. und Wershofen, B. (Hrsg.). (2021). *Skillslab in Pflege und Gesundheitsfachberufen*. Berlin: Springer.

Schwermann, M und Loewenhardt, C. (2021). *SimNAT Pflege – Simulations-Netzwerk Ausbildung und Training in der Pflege*. In: Kerres, A., Wissing, C. und Wershofen, B. (Hrsg.). (2021). *Skillslab in Pflege und Gesundheitsfachberufen*. Berlin: Springer.

Sekretariat der Kultusministerkonferenz Referat Berufliche Bildung, Weiterbildung und Sport. http://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2011/2011_09_23-GEP-Handreichung.pdf. abgerufen am 29.05.2020

Simulationsnetzwerk Pflege (SimNAT) e.V. (2021).

Städeli, C., Grassi, A., Rhiner, K. & Obrist, W. (2013). *Kompetenzorientiert unterrichten – Das AVIVA © - Modell. Fünf Phasen guten Unterrichts*. (2. Auflage). Bern: hep Verlag ag.

UKM Trainingszentrum (n.d.). UKM Trainingszentrum. Verfügbar unter: <https://ukm-trainingszentrum.de/index.php?id=trainingszentrum-start> [ges. am 8.3.2021]

Universitätsklinikum (UKM). Schule für Gesundheits- und Krankenpflegeassistenz. Verfügbar unter: <https://www.ukm.de/index.php?id=ukm-schule-pflegeassistenz> [ges. am 8.3.2021]

Wichert, M. & König, P. (2020). Pressemeldung: Niedriger Blutdruck: Harmlos oder bedenklich für das Herz? Zugriff am 01.03.2021. Verfügbar unter

<https://www.herzstiftung.de/service-und-aktuelles/presse/pressemitteilungen/niedriger-blutdruck-harmlos-oder-bedenklich>

Wied, S., Warmbrunn, A. (Hrsg.). (2012). Psychrehabil Pflege. 3. Auflage. Berlin/Boston: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG.