

BACHELORARBEIT

Skills Lab Training in der akademischen Pflegeausbildung für die Versorgung von palliativen PatientInnen: Konzepte und Lerneffekte

Vorgelegt am 02. Juni 2020
von Christine Schütt



1. Prüferin: Prof. Dr. Adina Dreier-Wolfgramm
 2. Prüferin: Kathrin Dehning
-

**HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE
WISSENSCHAFTEN HAMBURG**

Department Pflege und Management
Alexanderstraße 1
20099 Hamburg

Abstract

Problembeschreibung: Pflegestudierende werden während ihrer theoretischen Ausbildung nicht ausreichend auf die klinische Praxis hinsichtlich der palliativen Pflege vorbereitet. Insbesondere in Deutschland ist die palliative Pflege weitestgehend eine Fortbildung und noch nicht ausreichend in das Pflegecurriculum integriert. Das Simulationstraining in einer gesicherten Lernumgebung dient hierbei als Vorbereitungsmöglichkeit für Studierende, um erste praktische Erfahrungen in der Palliativversorgung zu sammeln.

Forschungsziel: Ziel ist es, anhand von Studien einen Überblick zu aktuell bestehenden Konzepten und Lerneffekten des Skills Lab Trainings zu beschreiben, welche die AbsolventInnen adäquat auf den Versorgungsbereich der palliativen Pflege vorbereiten.

Methodik: Es erfolgte eine systematische Literaturanalyse in der Datenbank PubMed. Anhand der Fragestellung wurden Suchbegriffe abgeleitet, um thematisch passende Studien zu finden.

Ergebnisse: Pflegestudierende können durch das Simulationstraining ihr Wissen bezüglich des Sterbeprozesses erweitern und dadurch physiologische Veränderungen als Anzeichen des bevorstehenden Todes frühzeitig erkennen. Des Weiteren fühlen sie sich sicherer in der Kommunikation mit PatientInnen, welche an einer lebenslimitierenden Erkrankung leiden sowie mit deren Angehörigen und verfügen über eine höhere Selbstwirksamkeit. Als geeignetes Konzept zum Erlernen der palliativen Pflege stellte sich das praktische Simulationstraining in Verbindung mit Prä- und Post-Tests sowie Vor- und Nachbesprechungen heraus.

Fazit: Studierende können durch das Simulationstraining einen Lernzuwachs bezüglich des Umgangs mit palliativen PatientInnen und deren Angehörigen verzeichnen. Das Simulationstraining dient als gute Vorbereitung auf die klinische Praxis, jedoch besteht weiterhin Forschungsbedarf in Bezug auf die Umsetzung des Gelernten im Krankenhaussetting.

Schlüsselwörter: simulation nursing, academic training, palliative care

Inhaltsverzeichnis

I.	Abbildungsverzeichnis.....	I
II.	Tabellenverzeichnis	I
III.	Abkürzungsverzeichnis.....	I
1.	Einleitung	1
2.	Theoretischer Hintergrund.....	2
2.1.	Palliative Versorgung in Deutschland.....	2
2.2.	Palliative Versorgungsansätze	3
2.2.1.	Ambulant.....	4
2.2.2.	Stationär	4
2.3.	Palliativpflege.....	5
2.3.1.	Begriff Palliative Care	5
2.3.2.	Kommunikation mit Schwerstkranken und Sterbenden.....	7
2.3.3.	Psychoziale Begleitung von Sterbenden.....	7
2.3.4.	Begleitung von Angehörigen.....	8
2.4.	Konzepte des Simulationstrainings	9
2.5.	Lerneffekte	11
2.5.1.	Kommunikation	11
2.5.2.	Kritisches Denken.....	11
2.5.3.	Wissen	12
2.5.4.	Selbstbewusstsein	12
2.6.	Simulationstraining als spezifische Lernform für palliative Lerninhalte ..	13
2.6.1.	Palliativpflege in der akademischen Pflegeausbildung	14
2.6.2.	Kompetenzen nach der akademischen Pflegeausbildung	14
3.	Fragestellung und Ziel der Arbeit	15
4.	Methodisches Vorgehen.....	15
5.	Ergebnisse	18
5.1.	Konzepte.....	20
5.2.	Lerneffekte	22
5.2.1.	Kommunikation	22
5.2.2.	Wissen bezüglich physiologischer Veränderungen.....	23
5.2.3.	Selbstwirksamkeit	23
5.3.	Kritische Studienbewertung	24
6.	Diskussion.....	27
7.	Fazit und Schlussbemerkung.....	30
	Literaturverzeichnis	32

I. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flow-Schema	17
--------------------------------	----

II. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ergebniszusammenfassung der Studien	19
------------------------------------------------------	----

III. Abkürzungsverzeichnis

SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
DRG	Diagnosis Related Groups
AAPV	Allgemeine ambulante Palliativversorgung
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1. Einleitung

Die palliative Versorgung in Deutschland gibt es erst seit 35 Jahren, weshalb sie als junge Disziplin gilt (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2018). Die palliative Pflege beinhaltet die Begleitung am Lebensende, welche in vielen Fällen mit Trauer und Angst verbunden ist (ebd.). Palliative Versorgung findet in unterschiedlichen Settings statt. Dazu zählen unter anderem ambulante Hospizdienste, Palliativstationen, Hospize oder Hospize für Kinder und Jugendliche (Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., 2020a). Anders als die kurative Pflege beschäftigt sich die palliative Pflege mit der Linderung von Symptomen, welche im Verlauf des Sterbeprozesses eintreten (ebd.). Im Vordergrund stehen die Schmerzlinderung und Symptombefreiheit und nicht die Genesung des Patienten (ebd.). Ein Schwerpunkt der palliativen Pflege liegt auf der Kommunikation und Begleitung von Patienten und deren Angehörigen (ebd.).

Da die palliative Versorgung ein sehr sensibler Bereich ist, welcher viel Einfühlungsvermögen und Empathie voraussetzt, sollte bereits in der pflegerischen Ausbildung ein Schwerpunkt darauf gelegt werden. Bisher sieht das Ausbildungsgesetz lediglich einen theoretischen Anteil zum Thema palliative Pflege vor, jedoch keine vorgeschriebenen Praxisanteile (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium für Gesundheit, 2017). Bereits während der praktischen pflegerischen Ausbildung machen viele Studierende erste Erfahrungen mit sterbenden PatientInnen, worauf sie nicht entsprechend vorbereitet werden (Ludwig, 2018). Für Pflegestudierende stellt die palliative Pflege eine große Herausforderung dar (ebd.). Die zu erlernenden palliativen pflegerischen Kompetenzen beinhalten das Wissen über den physiologischen Sterbeprozess, den Umgang mit den verschiedenen Symptomen und Schmerzen sowie die emotionale Betreuung der PatientInnen und Angehörigen (Halbmayr-Kubicsek, 2015). Insbesondere die Kommunikation mit den Patienten und Angehörigen ist für Studierende oft mit Unsicherheiten und mangelnder Erfahrung verbunden (ebd.). Um die Kompetenzen für die Palliativversorgung zu verbessern und diese in einem sicheren Umfeld zu erlernen, kommt es zur Etablierung sogenannter Simulationstrainings im Skills Lab (MacLean et al., 2017). Das Lernen in Form von Simulationstraining geht über die reine Wissensvermittlung hinaus und schafft durch die praktische Anwendung theoretisch erlernter

Fertigkeiten einen sogenannten Theorie-Praxis-Transfer (Jeppesen et al., 2017). Dieser Transfer ermöglicht den Studierenden, sich bereits im Vorfeld auf die Betreuung sterbender Patienten und deren Angehöriger vorzubereiten. Es ist nachgewiesen, dass das Simulationstraining eine gute Vorbereitung für Pflegestudierende auf die klinische Praxis darstellt (Solvik und Struksnes, 2018). Außerdem wird deutlich, dass Pflegestudierende nicht ausreichend auf die palliative Versorgung vorbereitet werden, sodass weitere Lernorte geschaffen werden müssen (Kerr et al., 2020). In Deutschland ist die palliative Pflege zumeist durch Fort- und Weiterbildungen zu erlernen und erst seit dem Jahr 2020 einheitlich in das Ausbildungscurriculum integriert (Happe et al., 2015; Dlubis-Mertens, 2019).

Ausgehend von den positiven Effekten des Simulationstrainings im Skills Lab, beschäftigt sich die nachfolgende Arbeit mit der Thematik des Simulationstrainings im Skills Lab in der akademischen Pflegeausbildung für die Versorgung von palliativen PatientInnen als Vorbereitung für die klinische Praxis. Der Fokus liegt hierbei auf den unterschiedlichen Konzepten und Lerneffekten des Simulationstrainings.

Nachfolgend werden die aktuelle palliative Patientenversorgung in Deutschland dargestellt sowie palliative Versorgungsansätze benannt. Die Palliativpflege wird von der Begrifflichkeit über die psychosoziale Begleitung von Sterbenden bis hin zur Unterstützung von Angehörigen erläutert. Konzepte des Simulationstrainings sowie Lerneffekte im Hinblick auf die pflegerische Patientenversorgung werden herausgearbeitet. Anschließend wird die Palliativpflege als Inhalt der Pflegeausbildung beschrieben und auf das Simulationstraining als spezifische Lernform für palliative Lerninhalte eingegangen. Nach einer Beschreibung des methodischen Vorgehens werden die Ergebnisse der bearbeiteten Studien dargestellt und einer kritischen Beurteilung unterzogen. Die Ergebnisse werden bezüglich ihrer Aussagekraft diskutiert und dienen der Überleitung zum Fazit und zukünftigen Forschungsbedarf.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1. Palliative Versorgung in Deutschland

Das Feld der palliativen Versorgung ist in Deutschland noch sehr jung und weist im internationalen Vergleich noch bedeutende Mängel auf (Happe et al., 2015). Die ersten palliativen Stationen und Hospize wurden in den achtziger Jahren in

Deutschland eröffnet (Prütz und Saß, 2016). Der Nutzen und die Inanspruchnahme der palliativen Versorgung in Deutschland ist ansteigend, jedoch kann bisher noch keine lückenlose Versorgung gewährleistet werden (ebd.). Einer Datenanalyse der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zufolge verfügte Deutschland im Jahr 2015 über 1268 ambulante Hospizdienste, 206 stationäre Hospize, 289 Palliativstationen in Krankenhäusern und 246 Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) (ebd.). Die Zahl der PatientInnen, welche gesetzlich krankenversichert sind und im Jahr 2013 von der SAPV versorgt wurden, ist, im Vergleich zum Jahr 2010, mit 74.594 abgerechneten Fällen um mehr als 200 Prozent gestiegen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2015). Im Jahr 2014 waren es bereits 87.460 Fälle (Prütz und Saß, 2016).

Über das Abrechnungssystem der Diagnosis Related Groups (DRG) wurden im Jahr 2014 33.385 PatientInnen auf Palliativstationen deutscher Krankenhäuser gezählt (ebd.). Hinzu kommen etwa 30.000 PatientInnen, deren Versorgung in Hospizen erforderlich wurde (ebd.). Bei der Betrachtung weiterer Daten wird deutlich, dass im Jahr 2014 bisher nur ein Prozentsatz von 30 Prozent der sterbenden Menschen eine palliative Versorgung erhielt, auch wenn der Bedarf bei 90 Prozent lag (Bertelsmann Stiftung, 2015).

Bei den häufigsten Erkrankungen, die der Auslöser für eine palliative Versorgung sind, handelt es sich um bösartige Neubildungen, gefolgt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und neurologischen Erkrankungen (ebd.).

2.2. Palliative Versorgungsansätze

Auch wenn die meisten PatientInnen am Lebensende eine Versorgung in den eigenen vier Wänden bevorzugen, ist die Umsetzung dessen nicht immer möglich (Bertelsmann Stiftung, 2015). Die Gründe hierfür sind der kritische Zustand des Patienten oder die Angst der Angehörigen vor einer Entlassung aus dem Krankenhaus (ebd.).

Diese Umstände offenbaren, dass palliative Versorgung in ambulanten und stationären Settings stattfindet, in welchen unterschiedliche Versorgungsansätze dominieren.

2.2.1. Ambulant

Sofern PatientInnen einer ambulanten Versorgung unterliegen, befinden sie sich entweder in ihrer eigenen Häuslichkeit oder im Pflegeheim (Radbruch et al., 2011). Die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) besteht aus niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie ambulanten Pflegediensten, welche eine zusätzliche palliativmedizinische Basisqualifikation nachweisen können (Dlubis-Mertens, 2018). Die Betreuung palliativer PatientInnen stellt nur einen geringen Anteil der Patientengruppe der AAPV dar (ebd.). Die Palliativversorgung findet neben der eigentlichen Tätigkeit als allgemeiner Pflegedienst statt (ebd.). Im Idealfall ist das angebotene Versorgungsspektrum für den Patienten ausreichend (ebd.). Wenn eine adäquate Versorgung der PatientInnen durch das AAPV-Team nicht mehr gewährleistet werden kann, wird eine spezialisierte Palliativversorgung benötigt (ebd.).

Die SAPV ist auf die Versorgung sterbender PatientInnen spezialisiert und wird in einem solchen Fall hinzugezogen (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2018). Die Notwendigkeit eines SAPV-Teams kann vorübergehend oder dauerhaft sein (ebd.). Die SAPV besteht aus einem multiprofessionellen Team und ist für die PatientInnen jederzeit kontaktierbar (ebd.).

2.2.2. Stationär

Wenn eine Betreuung im ambulanten Sektor nicht möglich ist und es keiner stationären Aufnahme im Krankenhaus bedarf, ist eine Aufnahme in ein stationäres Hospiz gewährleistet (Bundesministerium für Gesundheit, 2019). Die Betreuung erfolgt innerhalb eines interprofessionellen Teams (Radbruch et al., 2011). Das Ziel ist die Linderung der Symptome, eine kurative Behandlung findet nicht statt (ebd.). Ein Hospiz soll eine häusliche Atmosphäre darstellen, in welcher sich die PatientInnen in ihrem letzten Lebensabschnitt wohlfühlen und eine bestmögliche Betreuung erhalten (ebd.). BesucherInnen sind jederzeit zulässig (ebd.). Die holistische Versorgung des Patienten mithilfe von Pflegekräften, ehrenamtlichen MitarbeiterInnen und ÄrztInnen, deren Schwerpunkt auf der palliativen Versorgung liegt, steht im Vordergrund der Hospizversorgung (Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., 2020b). Ein Hospiz gilt als eigenständige Institution und ist nicht an ein Krankenhaus gebunden (Ehlert and Neitzke, 2013).

Wenn schwerkranke PatientInnen in der letzten Phase ihres Lebens auf medizinische Betreuung im Krankenhaus angewiesen sind, werden sie auf Palliativstationen versorgt, die in ein Krankenhaus als Station mit eingliedert sind (Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., 2020b). Im Gegensatz zum Hospiz werden die PatientInnen bei Bedarf noch kurativ behandelt und eine Entlassung nach Hause wird angestrebt (ebd.). Dementsprechend ist es keine ausschließlich palliative Versorgung. Auch Palliativstationen versuchen, eine wohnliche Atmosphäre herzustellen, welche nicht dem normalen Krankenhaussetting entspricht. Die Bettenanzahl ist nach Möglichkeit gering (Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., 2020b). Einer Studie von Ehler und Neitzke (2013) zufolge wird eine Palliativstation nicht mit dem endgültigen Lebensende verbunden, einer Annahme, die mit einem Hospiz assoziiert wird.

Die Versorgung der PatientInnen erfolgt durch ein multiprofessionelles Team, zu dem auch ehrenamtliche MitarbeiterInnen zählen (ebd.). Gemeinsam gestaltet dieses Team die Pflege der sterbenden PatientInnen.

2.3. Palliativpflege

Diese ist nur bedingt an Standards gebunden, da sie individuell auf den jeweiligen Patienten zugeschnitten ist (Feichtner, 2018). Vor allem eine Sterbebegleitung erfordert eine enge Zusammenarbeit zwischen PatientInnen, Pflegekräften und Angehörigen und benötigt eine reflektierte Einstellung der Pflegekraft bezüglich der Kommunikation über Sterben, Trauer und Tod. Daher benötigen Pflegekräfte in der Palliativversorgung neben den pflegerischen Kompetenzen ein hohes Maß sozialen Empfindens, um die Lebensqualität der PatientInnen zu verbessern (ebd.).

2.3.1. Begriff Palliative Care

„Palliativmedizin/Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“ (WHO, 2002)

Die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschreibt bereits, dass der Fokus von Palliative Care auf einer Linderung der Symptome der PatientInnen liegt (Feichtner, 2018). Das Wohl des Patienten steht im Vordergrund und die Lebensqualität soll bestmöglich erhalten und ein würdevoller Tod ermöglicht werden (ebd.). Palliative Care beinhaltet ebenfalls die Behandlung und Verbesserung der psychischen Belastung der PatientInnen und ihrer Angehörigen (ebd.). Die Behandlung der PatientInnen erfolgt ganzheitlich und im Fokus steht die Symptomkontrolle und -linderung, welche wiederum zu einer höheren Lebensqualität des Patienten beiträgt. Ein großer Bestandteil von Palliative Care ist die enge Einbindung der Angehörigen in die Pflege am Lebensende (ebd.).

Auch sie benötigen Unterstützung in der Trauerbewältigung, Ängste müssen aufgefangen und Fragen beantwortet werden (ebd.). Die Angehörigen sind in den Sterbeprozess des Patienten mit eingegliedert und begleiten diesen eng. Wenn die Angehörigen eine gute Betreuung erfahren und eine emotionale Stabilität aufweisen, wirkt sich dieses positiv auf das Wohlbefinden des Patienten aus (ebd.).

„Palliative Care bedeutet nicht, dem Leben bei fortgeschrittener Erkrankung mehr Zeit, sondern der verbleibenden Zeit mehr Leben zu geben“ (Doyle, 1998 zit. in Feichtner, 2018, S. 2).

Palliative Care bezieht sich im Allgemeinen nicht auf die letzten Stunden des Lebens, sondern beginnt wesentlich früher (ebd.). Der frühe Einsatz einer palliativen Versorgung ermöglicht den PatientInnen ein qualitativ hochwertigeres Leben mit der Möglichkeit, dass dieses Lebensgefühl bis hin zum Lebensende aufrechterhalten wird (ebd.). Um dieses optimal zu gestalten, müsste die Option der palliativen Versorgung bereits zeitgleich mit der Diagnosestellung einer lebenslimitierenden Erkrankung einhergehen (ebd.).

Die Anwendung von Palliative Care wird jedoch meist erst dann thematisiert, wenn eine vollständige Heilung des Patienten nicht mehr möglich ist. Dabei ist es irrelevant, ob das Lebensende schon sehr nah ist oder der Patient noch mehrere Jahre mit der Erkrankung leben kann (ebd.).

Insgesamt fördert Palliative Care die Lebensqualität am Lebensende. Sie thematisiert den Tod als etwas Normales und versucht sowohl PatientInnen als auch Angehörige bestmöglich in der neuen und schweren Situation zu unterstützen (ebd.).

2.3.2. Kommunikation mit Schwerstkranken und Sterbenden

Hierfür ist die Kommunikation mit sterbenden und schwerkranken Menschen für das betreuende Team von Bedeutung und birgt zugleich große Herausforderungen (Feichtner, 2018). Die PatientInnen haben Angst vor dem Tod oder der Zeit unmittelbar davor. Sie empfinden eine tiefe Traurigkeit und sind emotional aufgewühlt und ungefestigt (ebd.). Damit die Kommunikation innerhalb der palliativen Versorgung gelingt, sollten sich die Pflegekräfte mit dem Leid und der Trauer der PatientInnen beschäftigt haben und dieses dem Patienten durch ihr Verhalten widerspiegeln (ebd.). Jeder Patient ist individuell und verarbeitet seine Erkrankung und Situation dementsprechend unterschiedlich (ebd.). Hierbei ist es wichtig, dass die individuelle Strategie des Patienten im Umgang mit der Erkrankung respektiert und auch seine Vergangenheit akzeptiert wird (ebd.). Die Kommunikation erfolgt häufig auf nonverbalem Weg, da es für den bevorstehenden Tod nicht immer helfende Worte gibt und ein teilnehmendes Schweigen das Mitgefühl und die Anteilnahme gleichermaßen ausdrückt wie ein gesprochenes Wort (ebd.). Es ist wichtig, dass die Pflegekräfte den PatientInnen signalisieren, dass sie sich die Zeit nehmen, ihnen zuzuhören und beizustehen (ebd.).

Eine große Bedeutung in der Kommunikation mit sterbenden Menschen nimmt die Reflektion der eigenen Haltung diesbezüglich ein (ebd.). Denn der Mensch kann laut Watzlawick „*nicht nicht kommunizieren*“ (Watzlawick und Schulz von Thun, 2016, S. 14). Die nonverbale Kommunikation durch gemeinsames Schweigen, Weinen oder wortlosen Körperkontakt ist ebenso wichtig wie die verbale Kommunikation (Wehner und Gygax, 2014). In der Kommunikation wird beispielsweise das passive Zuhören dem aktiven vorgezogen, da es dem schwerkranken und/oder sterbenden Patienten mehr Raum für seine Bedürfnisse gibt und er nicht durch Zwischenfragen unterbrochen wird (ebd.). Die Ausstrahlung von Empathie und Verständnis vermittelt den PatientInnen ein Gefühl von Sicherheit (ebd.).

2.3.3. Psychosoziale Begleitung von Sterbenden

Neben den kommunikativen Aspekten in der Versorgung palliativer PatientInnen ist ein weiterer Punkt die psychosoziale Begleitung (Deutscher Hospiz- und

PalliativVerband e.V., 2020c). Diese umfasst alle Bedürfnisse rund um den Patienten und schließt auch die Angehörigenarbeit mit ein (ebd.). PatientInnen erhalten die Möglichkeit, über Ängste und Gefühle zu reden und Unterstützung zu erfahren, auch in Bezug auf die Kontaktaufnahme mit Familie und Freunden (ebd.). Sie stehen für Fragen bezüglich aktueller Möglichkeiten hinsichtlich Ausflügen oder Reisen zur Verfügung und geben Angehörigen den Raum, sich etwas Zeit zu nehmen, während sie den Patienten in guter Betreuung wissen (ebd.). Die Arbeit umfasst auch organisatorische Aspekte wie zum Beispiel die Trauerfeier oder Bestattung (ebd.). Die Betreuung beinhaltet zudem auch den eigentlichen Sterbeprozess. Wenn die PatientInnen oder Angehörigen in den letzten Lebensstunden Unterstützung benötigen, stehen ihnen die Pflegekräfte betreuend zur Seite (ebd.).

2.3.4. Begleitung von Angehörigen

Allgemein ist es für die PatientInnen wichtig, dass sie einen guten Rückhalt durch ihre Angehörigen haben (Göth et al., 2018). Durch die Einbindung der Angehörigen in die Pflege des Patienten wird der Umgang mit Ängsten gefördert und es wird ihnen eine verantwortungsvolle Aufgabe in der Patientenversorgung gegeben (ebd.). Pflegekräfte fungieren für die Angehörigen auch als erste AnsprechpartnerInnen. Sie bestärken die Angehörigen darin, dass sie den PatientInnen durch die Pflege und die enge Begleitung am Lebensende etwas Gutes tun können (ebd.). Die Angehörigen durchleben verschiedene Stadien der Krankheitsverarbeitung. Diese gehen von Trauer über Verdrängung, Wut und Frustration bis hin zur Akzeptanz der Erkrankung (ebd.). In der Begleitung ist es wichtig, die unterschiedlichen Emotionen nicht auf sich selbst zu beziehen, sondern sie als Teil der Bewältigung zu sehen (ebd.). Das Thema Sterben und Tod sollte immer wieder vorsichtig thematisiert werden, damit die Angehörigen sich darauf vorbereiten und den Patienten nach und nach loslassen können (ebd.). Insbesondere das Loslassen fällt einigen schwer, da sie sich von der sterbenden Person im Stich gelassen fühlen. Hierbei benötigen sie Unterstützung, um zu verstehen, dass die sterbende Person sie nicht allein lassen möchte (ebd.). Es ist hilfreich, den Angehörigen zu zeigen, wie sie den PatientInnen in der letzten Lebensphase helfen können (ebd.). Mit dem Wissen, dass der Patient gesprochene

Worte vermutlich noch wahrnehmen kann, fällt es ihnen leichter, mit ihnen zu kommunizieren (ebd.).

Im Allgemeinen ist es in der Begleitung der Angehörigen wichtig, ihnen Einfühlungsvermögen in Form des aktiven Zuhörens entgegenzubringen sowie Respekt und Kongruenz in den Gesprächen (Kränzle et al., 2011). Des Weiteren ist die helfende Unterstützung bei Selbstvorwürfen bedeutend für Angehörige, wodurch sie das Gefühl bekommen mit der Situation nicht allein zu sein, und ein Verständnis für das eigene Verhalten erfahren (ebd.). Die Fragen zu existentiellen Themen, zum Sterbeprozess, dem Abschiednehmen oder die Zukunftsunsicherheit werden von den Pflegenden beantwortet, erklärt oder in reflektierenden Gesprächen begleitet (ebd.). Diese Gespräche erfordern zuvor erlernte Kompetenzen.

2.4. Konzepte des Simulationstrainings

Um die beschriebene Palliativversorgung zu gewährleisten, bedarf es entsprechender Lernkonzepte für Pflegestudierende. Beispielhaft hierfür ist das Simulationstraining in der Pflegeausbildung.

Simulationstraining in der akademischen Pflege hat bisher auch in anderen pflegerischen Bereichen zu positiven Ergebnissen hinsichtlich der Vorbereitung auf die anschließende klinische Praxis geführt (Solvik und Struksnes, 2018).

Es gibt unterschiedliche Konzepte das Simulationstraining in der Pflege zu nutzen (Jeppesen et al., 2017). Ein Konzept ist, dass das Simulationstraining in einem extra dafür konzipierten Skills Lab stattfindet (St.Pierre und Breuer, 2018). Ein separater Kontrollraum sollte zur Verfügung stehen (ebd.). Der Kontrollraum beschreibt den Bereich, von welchem aus der Anleiter die Simulation beobachten kann (ebd.). Ein Skills Lab beschreibt Räumlichkeiten, die beispielsweise ein Krankenhaussetting darstellen (Fichtner, 2013). In einem Skills Lab werden Fertigkeiten geübt, welche die Studierenden auf die klinische Praxis vorbereiten (ebd.). Der Name setzt sich aus den Worten „Skill“, übersetzt „Können“ beziehungsweise „Geschick“, und „Lab“, die Abkürzung für Laboratory, übersetzt Untersuchungsraum, zusammen (ebd.). Die Räumlichkeiten sind mit unterschiedlichen Technologien ausgestattet (St.Pierre und Breuer, 2018). Die Durchführung des Simulationstrainings unterschiedlicher Studien zeigt eine große Ähnlichkeit der verwendeten Konzepte. Sie beinhalten

Fragebögen, die vor und nach der Simulation ausgefüllt werden, eine praktische Durchführung im Skills Lab und eine Vor- und Nachbesprechung (Shinnick und Woo, 2013; Khalaila, 2014; Solvik und Struksnes, 2018). Vor der praktischen Durchführung können sich die Studierenden im Skills Lab mit dem Equipment vertraut machen (ebd.). Das Simulationstraining wird von gut geschulten Pflegekräften angeleitet und begleitet (ebd.).

Des Weiteren gibt es sowohl Simulationseinheiten für Einzelpersonen als auch Gruppentraining, und die Studierenden können unterschiedliche Positionen, wie zum Beispiel ZuschauerInnen oder TeilnehmerInnen, einnehmen (Kirsten und Kagermann, 2018).

Die in den Simulationen verwendeten Simulatoren unterscheiden sich in ihrer Nähe zur Realität.

Für die Simulationen werden als low-, medium- oder high-fidelity bezeichnete Simulatoren genutzt, welche aufsteigend die Nähe zur Realität beschreiben (Bland et al., 2011). Das Wort „fidelity“ bedeutet übersetzt „Wiedergabetreue“ und bezieht sich auf die genannte Realitätsnähe (Issenberg und Scalese, 2008). Dementsprechend besitzt eine high-fidelity Simulation große Ähnlichkeit mit der klinischen Realität, während die low-fidelity Simulation hiervon abweichen kann.

High-fidelity Simulation beschreibt unter anderem das Simulationstraining mit Ganzkörperpuppen, die mithilfe von eingebauter Technik die Funktionen des menschlichen Körpers nachahmen können (Kiernan, 2018). Die Vitalparameter des Simulators können sich ändern und er kann Reaktionen auf die geleistete Pflege zeigen (Luctkar-Flude et al., 2012). Beispiele hierfür sind die Imitation von Herztönen oder Lungengeräuschen sowie das Zwinkern mit den Augen (Lioce, 2020). Diese ermöglichen eine realitätsnahe Erfahrung und die Möglichkeit, mit dem Patienten zu interagieren, da dieser auch physiologische Reaktionen zeigt (ebd.).

Low-fidelity Simulatoren verfügen über einfache und nicht veränderbare Funktionen des Körpers (Lioce, 2020). Fallstudien, Rollenspiele und nicht geschulte SchauspielerInnen zählen ebenfalls dazu (ebd.).

SimulationspatientInnen, auch standardisierte PatientInnen genannt, umfassen gut ausgebildete Menschen/SchauspielerInnen, welche in klinischen Szenarien PatientInnen authentisch darstellen (MacLean et al., 2017).

Der Einsatz von Schauspielern im Simulationstraining führt dazu, dass sich die Simulationen leichter an unterschiedliche Gegebenheiten anpassen und sich somit

individuell steuern lassen (ebd.). Geschulte SimulationspatientInnen sorgen für eine realitätsgetreue Situation (high-fidelity) und können die Studierenden mit gezieltem Feedback unterstützen und schulen (Luctkar-Flude et al., 2012).

2.5. Lerneffekte

Die Anwendung von Simulationstraining in der akademischen Pflegeausbildung ist eine gute Übungsmöglichkeit für Studierende, um positive Lernerfolge zu erzielen (Jeppesen et al., 2017). Lerneffekte umfassen die neu erlernten Fertigkeiten, welche durch den Einsatz von Simulationstraining erzielt werden (Lubbers and Rossman, 2017). Das Erlernte hat einen positiven Effekt auf die Zufriedenheit und das Selbstvertrauen und führt letztendlich zu einer höheren Qualität der Patientenversorgung (ebd.).

2.5.1. Kommunikation

Hierbei spielt auch eine gute Kommunikation zwischen PatientIn und Pflegekraft eine wichtige Rolle. In der Kommunikation wird zwischen verbaler und nonverbaler Kommunikation unterschieden (Duden, 2020)

Die Kommunikation mit Patienten und Angehörigen ist eine wichtige Fähigkeit. Um diese auszuprobieren und zu festigen, bietet das Simulationstraining im Skills Lab einen sicheren Lernrahmen. (MacLean et al., 2017). Das Selbstbewusstsein in der Kommunikation wird gestärkt und kann in unterschiedlichen Bereichen der Pflege Anwendung finden (ebd.). Insbesondere die Kommunikation über unterschiedliche Behandlungsweisen, der Umgang mit depressiven PatientInnen oder das Überbringen der Nachricht eines palliativen Krankheitsverlaufes erfordern durchdachte und geübte Kommunikationsstrukturen (ebd.). Simulation wird von den Studierenden als gute Option zum Erlernen kommunikativer Fähigkeiten gezählt (ebd.).

2.5.2. Kritisches Denken

Zudem fördert das Skills Lab Training die Entwicklung von kritischem Denken und des problemorientierten Arbeitens, indem die Studierenden lernen, die Durchführung ihrer pflegerischen Interventionen im Anschluss zu reflektieren (Jeppesen et al., 2017). Das erhöhte Selbstbewusstsein durch das

Simulationstraining und das Erlernen des kritischen praxisbezogenen Denkens werden beide als Mehrwert des Simulationstrainings angegeben (Cant und Cooper, 2017).

„Der Prozess des kritischen Denkens ist eine wichtige Voraussetzung in der Entscheidungsfindung und Gestaltung eines individuellen Pflegeprozesses. Der Pflegeprozess, als Problemlösungs- und Entscheidungsfindungsprozess, beeinflusst die Qualität der professionellen Pflege“ (Aichberger, 2015, S. 1).

Nicht nur das kritische Denken, sondern vielmehr auch das Vorhandensein von Wissen und Verständnis sind somit für die Gestaltung eines individuellen Pflegeprozesses von großer Bedeutung.

2.5.3. Wissen

Die Vermittlung von Wissen und Verständnis ist daher ebenfalls Ziel des Simulationstrainings und führt im Falle der Pflege zu einer besseren Vorbereitung auf die klinische Praxis (Bland et al., 2011). Außerdem zeigen Tests, die vor und nach einem Simulationstraining durchgeführt wurden, dass die Studierenden nach dem absolvierten Simulationstraining einen Wissenszuwachs verzeichnen können (Moule et al., 2008; Shinnick und Woo, 2013). Auch das Ergebnis einer weiteren Studie zeigt ein erhöhtes Wissen und eine erhöhte klinische Leistung nach abgeschlossenem Simulationstraining auf (Liaw et al., 2012). Die realistische Darstellung eines simulationsbasierten Trainings sei Grundvoraussetzung für den Lernzuwachs der Studierenden (Kerr et al., 2020).

2.5.4. Selbstbewusstsein

Studien zufolge steigt auch das Selbstbewusstsein der Studierenden nach einem durchgeführten Simulationstraining an (Khalaila, 2014). Das höhere Selbstbewusstsein führt zu einer besseren Arbeit in der klinischen Praxis, da das Angstlevel dadurch verringert wird (ebd.). Ein niedriges Angstlevel wirkt sich positiv auf die Pflegekompetenz aus, genauso wie ein hohes Maß an Selbstvertrauen (ebd.).

Die Ergebnisse zeigen, dass die Studierenden nach der Simulation zufriedener und selbstbewusster sind (Lubbers und Rossman, 2017). Um den Fokus auf die

Bedürfnisse des Patienten legen zu können, benötigen Studierende ein gestärktes Selbstbewusstsein (Reilly und Spratt, 2007). Um die Bedürfnisse adäquat wahrnehmen und erfüllen zu können, bedarf es einer gefestigten Persönlichkeit, damit nicht die eigenen Ängste und Bedürfnisse die Handlungskompetenz einschränken (ebd.).

Auch Kerr et al. (2020) beschreiben, dass durch die Simulation das eigenständige Lernen gefördert wird und dieses als Grundlage für die Steigerung des Selbstvertrauens und der praktischen Kompetenz der Studierenden gilt. Dieses wiederum führt zu einem höheren Wissenszuwachs und befürwortet das kritische Denken, um daraus resultierend eine Fehlerreduktion und ein besseres Patientenoutcome herbeizuführen (Kiernan, 2018).

2.6. Simulationstraining als spezifische Lernform für palliative Lerninhalte

Positive Lerneffekte des Skills Lab Trainings sind auch in der Vermittlung palliativer Lerninhalte wiederzufinden.

Um diese zu vermitteln, gibt es bereits erste Ideen und Lernkonzepte, die in dem Bereich umgesetzt wurden.

Unterschiedliche simulierte Szenarien mit einem high-fidelity Simulator zeigten beispielsweise verbesserte kommunikative Fähigkeiten mit sterbenden PatientInnen auf (Hjelmfors et al., 2016). Das Simulationstraining wurde mittels themenspezifischer Vorlesungen vorbereitet und endete mit einer Nachbesprechungsrunde, in welcher die Studierenden die Simulation und die Gefühle reflektieren konnten (ebd.).

Es bietet Studierenden die Möglichkeit erste pflegerische Fertigkeiten der Palliativversorgung in einem sicheren Rahmen wie dem Skills Lab zu üben, bevor sie diese am Patienten durchführen müssen (Cant und Cooper, 2017).

Beispielsweise die Entscheidung bezüglich der effizienten Priorisierung der Pflege oder das Erkennen von Symptomen am Lebensende können im Skills Lab erprobt werden (ebd.). Das Simulationstraining erschafft für die Studierenden eine Realität außerhalb des Krankenhauses (ebd.; Bloomfield et al., 2015).

2.6.1. Palliativpflege in der akademischen Pflegeausbildung

Trotz der Tatsache, dass die Palliativpflege in den vergangenen Jahren an Bedeutung gewonnen hat, bleibt das Simulationstraining in diesem Bereich eine Seltenheit.

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin erarbeitete vor Kurzem einen Entwurf zur einheitlichen Etablierung der Palliativpflege in die Ausbildung (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2019). Dieser bezieht sich lediglich auf den Anteil theoretischer Stunden (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium für Gesundheit, 2017).

Die palliative Pflege stellt einen wichtigen Ausbildungsinhalt in der seit dem Jahr 2020 generalisierten Ausbildung dar, welche durch die Pflegeberufereform eingeführt wurde (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend and Bundesministerium für Gesundheit, 2017). Bisher gab es im Ausbildungscurriculum nur wenige Stunden, die für die Palliativversorgung vorgesehen waren. In der aktuellen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung gibt es nun einen Bereich, der die Palliativversorgung mit einem Stundensatz belegt (Dlubis-Mertens, 2019). Entsprechend sind 250 Stunden der Pflegeausbildung zur Vermittlung der palliativen Kompetenzen angedacht (ebd.).

Hierfür wurden extra Abschlusskompetenzen definiert, die eine Pflegefachkraft auf hochschulischem Niveau im Bereich der Palliativpflege aufweisen sollte (ebd.).

2.6.2. Kompetenzen nach der akademischen Pflegeausbildung

Die Studierenden erhalten Kenntnisse im Studium über Inhalte der palliativen Pflege, Hospize, ambulante Versorgungsangebote und Palliativstationen.

Beispielhafte Themen sind der Umgang und die adäquate Erfassung von Schmerzen sowie die Bewältigung belastender Situationen (Bögli, 2014). Nicht nur die Vermittlung von Kenntnissen und Kompetenzen in der Versorgung von PatientInnen und Angehörigen sind wichtig, sondern auch ein gutes Bewältigungsverhalten im Umgang mit den unterschiedlichen lebenslimitierenden Krankheitsbildern und den PatientInnen (ebd.). Dazu gehört die Anwendung von Entspannungstechniken und Copingstrategien zur Bewältigung belastender Situationen, den Umgang mit Stress, Trauer und Sterben (ebd.). Weitere Inhalte sind ethische und rechtliche Aspekte und die Kommunikation mit Angehörigen (ebd.).

Kommunikative Kompetenzen beinhalten das Thematisieren einer lebenslimitierenden Erkrankung sowie bestehender Versorgungsangebote (Dlubis-Mertens, 2019; Bögli, 2014).

Zur besseren Vermittlung dieser Kompetenzen wäre eine Integration des Simulationstrainings im Skills Lab als praktische Lernform palliativer Inhalte in die pflegerische Ausbildung empfehlenswert.

3. Fragestellung und Ziel der Arbeit

Daher beschäftigt sich die vorliegende Bachelorthesis mit der Fragestellung: Welche Konzepte und Lerneffekte lassen sich für das Simulationstraining im Bereich der palliativen Versorgung identifizieren?

Ziel ist es, einen Überblick zu aktuell bestehenden Konzepten und Lerneffekten des Skills Lab-Trainings zu beschreiben, welche die AbsolventInnen adäquat auf den Versorgungsbereich der palliativen Pflege vorbereiten.

4. Methodisches Vorgehen

Dazu wurde eine systematische Literaturlanalyse in PubMed am 6. April 2020 durchgeführt.

Die Suchstrategie ((simulation nursing) AND (academic training) AND (palliative care)) ergab 66 Treffer (n = 66). (Siehe Abbildung 1: Flow-Schema).

Einschlusskriterien waren dabei: (a) Akademische Pflege, (b) Simulationstraining, (c) Skills Lab, (d) Palliativpflege und (e) Publikationszeitraum von 1995 bis 2020.

Begründet ist der Einschluss der (a) akademischen Pflege dadurch, dass eine Abgrenzung zur dreijährigen Ausbildung erfolgen soll. Durch das (b) Simulationstraining im (c) Skills Lab sollen Lerneffekte und Konzepte herausgefunden werden, damit die Lücke zwischen Theorie und Praxis in der pflegerischen Ausbildung geschlossen wird. Da sich das Simulationstraining als Vorbereitung auf die (d) palliative Versorgung beziehen soll, finden nur thematisch übereinstimmende Studien Berücksichtigung. Der (e) Publikationszeitraum von 1995 bis 2020 wurde gewählt, um die Veränderung der Ausbildung in Bezug auf die Palliativpflege darzustellen.

Außerdem wurden nur Studien englischer Sprache miteinbezogen, da hierbei die höchste Trefferzahl thematisch geeigneter Studien erzielt werden konnte und die Suche auf einer englischen Datenbank erfolgte. Aufgrund der derzeitigen Corona-

Pandemie erfolgte keine Handsuche in Bibliotheken von Universitäten und Fachhochschulen.

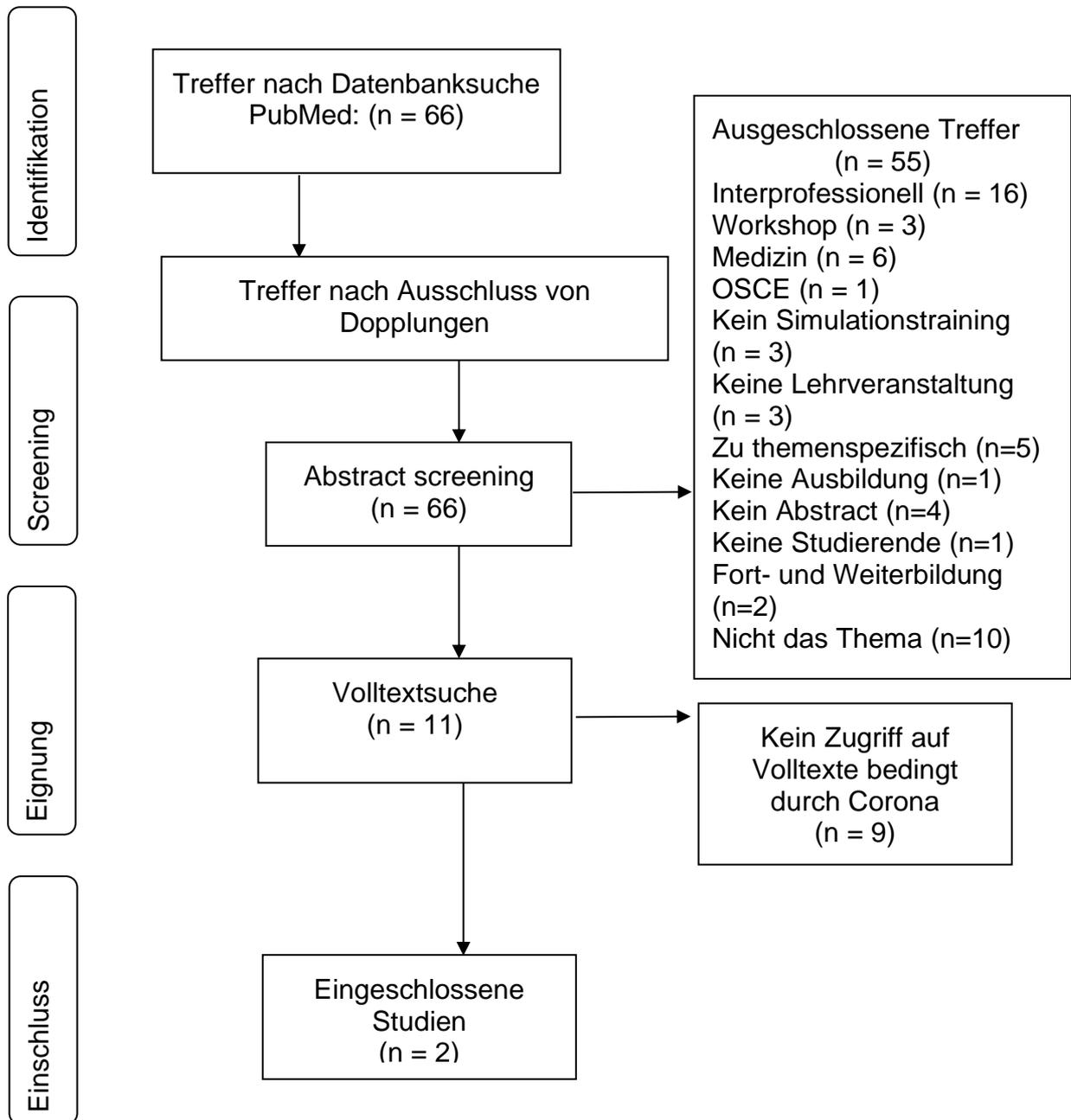
Nach Sichtung der Abstracts sind $n = 55$ Studien ausgeschlossen worden.

Ausgeschlossen wurden 16 Abstracts, welche (a) interprofessionelles Simulationstraining thematisierten, da nur das Simulationstraining in Bezug auf die Pflege untersucht werden sollte. Drei Studien wurden ausgeschlossen, da sie sich mit (b) Workshops zum Thema Simulationstraining beschäftigten und diese nicht Teil der pflegerischen Ausbildung sind. Sechs Studien beinhalteten Simulationstraining in der (c) medizinischen Ausbildung oder eine in Form von (d) OSCE-Training, welches beides nicht den eingeschlossenen Fachbereich untersuchte beziehungsweise kein Simulationstraining beschrieb. Drei Studien (e) ohne Simulationstraining wurden ebenso ausgeschlossen wie drei Studien, die (f) keine Lehrveranstaltung, sondern Kongresse oder Symposien behandelten. Fünf Studien untersuchten das Simulationstraining in (g) themenspezifischen Bereichen wie Onkologie oder Trauma, welche keine allgemeinen Aussagen über das Simulationstraining in der Palliativpflege zuließen. Zwei Studien bezüglich (h) Fort- und Weiterbildungen wurden ausgeschlossen, da sich diese nicht mit der grundlegenden Pflegeausbildung auseinandersetzten. Außerdem wurde eine Studie ausgeschlossen, die (i) keine Ausbildung beinhaltete, und eine, die (j) keine Pflegestudierenden untersuchte, da auch diese nicht den Bezug zur akademischen Pflegeausbildung herstellen konnten. Bei vier Studien führte das (k) Fehlen eines Abstracts zum Ausschluss, da somit keine Informationen zugänglich waren. Weitere zehn Studien hatten (l) keine thematische Übereinstimmung, weshalb sie für die Bachelorthesis nicht zielführend waren. Übrig blieben elf thematisch passende Studien. In einem letzten Schritt erfolgte die Volltextsuche, nach welcher für $n = 9$ kein Volltextzugriff möglich war, sodass schlussendlich insgesamt zwei Studien in die Literaturanalyse einbezogen wurden. Aufgrund der Corona-Pandemie war es nicht möglich, Zugriff auf den Volltext der Studien über universitäre und fachhochschulische Bibliotheken zu erhalten.

Abbildung 1: Flow-Schema



PRISMA 2009 Flow-Schema



5. Ergebnisse

Ergebnisse zweier Mixed-Method-Designstudien wurden miteingeschlossen (siehe Tabelle 2). Die Studien wurden in den Jahren 2012 und 2016 in den USA und in Spanien durchgeführt. Die Studie von Sarabia-Cobo et al. (2016) fand in dem Virtual Hospital Valdecilla in Spanien statt, welches auf das Simulationstraining spezialisiert ist. Die zweite Studie wurde in einer privaten Institution mittlerer Größe im Nordosten der Vereinigten Staaten durchgeführt (Moreland et al., 2012).

Die Studien schlossen zwischen 14 und 68 TeilnehmerInnen mit ein. Das durchschnittliche Alter lag zwischen 20,8 und 22,59 Jahren und die Mehrzahl der TeilnehmerInnen war weiblich. Beide Studien untersuchten die Anwendung von Simulationstraining als Vorbereitung für die palliative Patientenversorgung mit ähnlichen Konzepten. Ein Konzept bestehend aus Prä- und Postsimulationstests, einem 15-minütigen Simulationstraining und einer Nachbesprechung ließ sich identifizieren (Moreland et al., 2012; Sarabia-Cobo et al., 2016). Übereinstimmend in beiden Studien war ebenfalls das Krankheitsbild der PatientInnen (ebd.). Alle dargestellten PatientInnen litten an Krebs im Endstadium (ebd.). Der fidelity-Grad unterschied sich von low-fidelity Simulatoren (Sarabia-Cobo et al., 2016) zu high-fidelity Simulatoren in der Studie von Moreland et al. (2012). Für die Durchführung wurden SchauspielerInnen, ein low-fidelity Simulator und ein high-fidelity Simulator genutzt.

Beide Studien ermittelten einen Wissenszuwachs hinsichtlich des Erkennens physiologischer Veränderungen und Symptome eines Palliativpatienten mithilfe des Einsatzes von Simulation. Die Studie von Sarabia-Cobo et al. (2016) zeigte zusätzlich erhöhte Kommunikationskompetenzen der Studierenden nach dem Simulationstraining auf, während die Studie von Moreland et al. (2012) positive Ergebnisse hinsichtlich einer erhöhten Selbstwirksamkeit verzeichnen konnte.

Tabelle 1: Ergebniszusammenfassung der Studien

Autor/Jahr/ Land	Ziel der Studie	Studien- design	Sample/ Semester	Ergebnisse Konzepte	Ergebnisse Lerneffekte
Moreland, S. S.; Lemieux, M. L.; Myers, A. 2012 USA	Evaluation von Wissen und Selbstwirksamkeit von Pflegestudierenden bezüglich Palliativpflege mithilfe von Simulationstraining Die Qualität der Pflege von PalliativpatientInnen und ihren Angehörigen erhöhen	Pilotstudie Mixed-Method quasi-experimental-Design	n = 14 Pflegestudierende	High-fidelity Simulator (Laerdal) Prä- und Post-Tests, Simulationseinheit, Nachbesprechung	Erhöhtes Wissen bezüglich des Erkennens von physiologischen Veränderungen eines sterbenden Patienten Höhere Selbstwirksamkeit in der Pflege (im Pflegen) Erhöhtes Selbstvertrauen
Sarabia-Cobo, C. M.; Alconero-Camarero, A. R.; Lavín-Alconero, L. 2016 Spanien	Evaluation einer Lernintervention in der palliativen Versorgung bezüglich ihrer Erwartungen und Lernziele Erwartungen und Wissen bezüglich Simulation in der palliativen Versorgung herauszufinden und die Zufriedenheit mit der Nutzung von Simulationstraining in der Thematik zu erfragen	Mixed-Method-Design Gemischte deskriptive Designstudie	n = 68 Pflegestudierende (2. Jahr)	Low-fidelity Simulatoren SchauspielerInnen; Simulator Prä- und Post-Tests, Simulationseinheit, Nachbesprechung	Erhöht die Kommunikationsfähigkeit von Pflegestudierenden Erhöht das Wissen über Veränderungen und Symptome am Lebensende

5.1. Konzepte

Übereinstimmend für beide Studien ist festzustellen, dass das Simulationstraining ein Aspekt des Erlernens von Palliativpflege ist.

In den Studien werden drei unterschiedliche Szenarien zum Thema Palliativpflege dargestellt. Alle drei Szenarien fanden in einem Skills Lab statt (Moreland et al., 2012; Sarabia-Cobo et al., 2016). In beiden Studien sind die beschriebenen PatientInnen an Krebs im Endstadium erkrankt (ebd.). Die Skills Labs waren mit einem separaten Kontrollraum ausgestattet (ebd.). Die Durchführung der Simulation dauerte in beiden Studien lediglich 15 Minuten und bestand jeweils aus Prä-Test, Simulation, Post-Test sowie Vor- und Nachbesprechungen (ebd.). Die durchgeführten Studien unterscheiden sich hinsichtlich ihres fidelity-Grades und in der Interaktion zwischen AnleiterIn und TeilnehmerInnen.

In der Studie von Sarabia-Cobo et al. (2016) werden die Szenarien von einem, speziell auf die Theorie des experimentellen Lernens ausgebildeten und für die Durchführung klinischer Simulation zertifizierten, Anleiter erklärt (ebd.). In der Studie werden zwei Szenarien basierend auf einer wahren Begebenheit genutzt. Die Durchführung fand mit zwei unterschiedlichen Methoden der low-fidelity Simulation statt (ebd.).

Vor der Simulation erklärte der Anleiter den Studierenden die Fallszenarien und den Ablauf der Simulation (ebd.).

Fall A, eine 79 Jahre alte Frau mit Lungenneoplasma und Gehirnmetastasen fand im Krankenhaus statt (ebd.).

Die Simulation fand in Form eines Rollenspiels zwischen den Studenten und einer Schauspielerin in der Rolle der Patientin statt (ebd.). Das Rollenspiel wurde bereits eine Woche vor der Durchführung mit dem Anleiter einstudiert, um die Glaubhaftigkeit zu erhöhen (ebd.). Der Anleiter leitete durch die Simulation und organisierte Aufgaben wie die Überwachung der Vitalzeichen von dem Kontrollraum aus, während eine Pflegekraft, die nur für die Simulation schauspielerte, die Patientin spielte. Eine weitere Person stellte die Pflegekraft oder ein Familienmitglied dar (ebd.) Der Fokus des Szenarios lag auf der sozialen Unterstützung der Familie und der optimalen Pflege der Patientin. Ziele des Lernens waren aktives Zuhören, Empathie und die Fähigkeit, die Bedürfnisse der Patientin zu erkennen (Sarabia-Cobo et al., 2016).

Fall B, ein 60-jähriger Mann mit Magentumor und Hautmetastasen fand im häuslichen Setting des Patienten statt (ebd.).

Ein low-fidelity Simulator, welcher aufgrund der verbauten Technologie lediglich einfache und nicht veränderbare physiologische Zeichen des Körpers imitierte, stellte den Patienten dar (ebd.).

Eine Pflegekraft spielte die Tochter des Patienten (ebd.). Der Anleiter steuerte von einem Kontrollraum aus einige Aufgaben, wie die rasselnde Atmung. In dem Szenario befand sich der Patient in einer qualvollen Situation, und das Ziel war die adäquate Begleitung und Unterstützung des Patienten am Lebensende und die Unterstützung der Familie in der Trauerphase (ebd.). Die Lernziele waren aktives Zuhören, Empathie und Entscheidungsfindung (ebd.). Jede Gruppe nahm nur an einem Szenario teil (ebd.).

Jede Simulation dauerte zwei Stunden. Jeder Fall ging circa 15 Minuten, die Nachbesprechung dauerte circa 25 Minuten (ebd.). Beide Simulationsfälle wurden für eine gemeinsame Analyse (Anleiter und Student) aufgezeichnet (ebd.). Der Anleiter konnte die Simulation durch ein Fenster des Kontrollraumes beobachten. Er war kontinuierlich über Mikrofon beziehungsweise Kopfhörer mit den SchauspielerInnen in Kontakt, um sie entsprechend anzuleiten (ebd.). Alle Aktionen wurden auf Anweisung des Anleiters hin durchgeführt, welcher durch eine verspiegelte Wand zwar in der Nähe war, aber somit nicht im gleichen Raum (ebd.). Nach jeder Simulation diskutierten die Studierenden, die SchauspielerInnen und der Anleiter über die wichtigsten Aspekte des Falls (ebd.).

Ein Fragebogen wurde den Studierenden vor dem Start der Simulation ausgehändigt, die zwei weiteren Fragebögen (Teilnehmer und Beobachter) wurden nach jeder Simulation ausgefüllt (ebd.). Die Fragebögen waren anonym und sollten innerhalb von 10 Minuten ausgefüllt werden. Um den Einfluss des Anleiters zu verhindern, verließ Letzterer für diese Zeit den Raum (ebd.).

Vor Beginn des Simulationstrainings in der Studie von Moreland et al. (2012) füllten die Studierenden zwei Prä-Tests aus.

Die Durchführung des Simulationstrainings beginnt mit einer zuvor aufgenommenen Schichtübergabe. Die Studierenden können sich währenddessen Stichworte machen (ebd.).

Es folgte eine Sichtung des Equipments. Im Anschluss ging der durchführende Student in das Skills Lab, um einen ersten Eindruck des Patienten zu erhalten (ebd.). Bei dem Patienten handelte es sich um einen high-fidelity Simulator von Laerdal, der durch die gute technische Ausstattung Veränderungen der physiologischen Vitalzeichen eines Menschen imitieren konnte (ebd.). Der Patient litt an Lungenkrebs im Endstadium.

Sie sollten alle Tätigkeiten durchführen, die sie in der Pflege des Patienten für notwendig empfanden (ebd.). Nach einer bestimmten Zeit veränderte der Simulator sein Atemmuster (ebd.). Eine Cheyne-Stoke Atmung wurde deutlich und die Vitalzeichen verschlechterten sich kontinuierlich, bis der Patient in Minute 14 aufhörte zu atmen (ebd.).

Die Forscher waren währenddessen im Kontrollraum und interagierten nicht mit den Studierenden (ebd.).

Direkt nach der Simulation verließen die Studierenden das Skills Lab und nahmen an einer aufgenommenen Nachbesprechung mit einem Forscher der Studie teil (ebd.). Durchgeführt wurde diese mithilfe eines leitfadengestützten Interviews (ebd.). Die Studierenden erhielten im Verlauf des Tages der Durchführung noch einen Anruf der Forscher, um das Befinden nach der Simulation zu ermitteln.

Eine E-Mail mit den Post-Tests wurde am Tag nach der Simulation verschickt (ebd.).

5.2. Lerneffekte

5.2.1. Kommunikation

Die durchgeführten Simulationsszenarien bestätigten verbesserte Kommunikationskompetenzen der Studierenden mit palliativen PatientInnen (Sarabia-Cobo et al., 2016). Sie erlernten durch aufmerksames und aktives Zuhören eine enge und respektvolle Beziehung zu den PatientInnen und Angehörigen aufzubauen (ebd.). Das aktive Zuhören während des Simulationsprozesses ermöglichte den Studierenden eine bessere Lösung des Falls (ebd.). Die Studierenden nannten folgende wichtige kommunikative Inhalte der palliativen Pflege: „Wie führe ich ein Interview?“, „Wie höre ich aktiv zu?“, „Wie gebe ich angemessenes Feedback?“ und „Wie kommuniziere ich adäquat verbal und nonverbal?“ (ebd.).

Die TeilnehmerInnen präferierten das Szenario des Falls A zum Erlernen kommunikativer Kompetenzen (ebd.). Das Rollenspiel mit SchauspielpatientInnen lässt eine bessere Interaktion zu, weshalb die notwendigen Kommunikationsfähigkeiten besser gefördert werden (ebd.). Die Kommunikation wurde als vielfältiger beschrieben und ermöglichte gleichzeitig die Anwendung sozialer Fähigkeiten (ebd.). Außerdem beschrieben sie die Wichtigkeit des Einbezugs der Angehörigen der PatientInnen und dass auch diese Unterstützung in Form von Zuhören, Gesprächen oder Einbezug in die Pflege benötigten (ebd.).

5.2.2. Wissen bezüglich physiologischer Veränderungen

In beiden Studien wird ein Wissenszuwachs bezüglich der Pflege am Lebensende verzeichnet (Sarabia-Cobo et al., 2016; Moreland et al., 2012). In der Studie von Moreland et al. (2012) stieg das Wissen von Prä- zu Post-Test um 11 Prozent an. Das erworbene Wissen ermöglichte den Studierenden, Zeichen und Symptome des bevorstehenden Todes besser zu verstehen (ebd.). Zu den Symptomen zählten vermehrtes Atemsekret, veränderte Atemfrequenzen, Veränderung des Atemmusters, niedriger Blutdruck und die fehlende Urinausscheidung (Moreland et al., 2012).

Studierende gaben an, dass die Simulation von realen Situationen ein verbessertes Verständnis der Palliativpflege fördert und ihr Wissen diesbezüglich erhöht (Sarabia-Cobo et al., 2016). Das Simulationstraining förderte das Wissen bezüglich des Krankheitsprozesses einer lebenslimitierenden Erkrankung, der Symptome und der angemessenen Behandlung (ebd.).

5.2.3. Selbstwirksamkeit

Die Auswertung der Ergebnisse bezüglich der Selbstwirksamkeit der Studierenden vor und nach dem Simulationstraining zeigt einen signifikanten Anstieg der Selbstwirksamkeit nach durchgeführtem Simulationstraining von auf (Moreland et al., 2012). Ein identifiziertes Thema der Selbstwirksamkeit war die Unterscheidung von Fürsorge und Heilung in der Palliativpflege. Die Studierenden gaben Schwierigkeiten im Perspektivwechsel von Heilen im Sinne der kurativen Pflege hin zur alleinigen Fürsorge für sterbende Patienten an (ebd.). Die Fürsorge bezieht sich nur auf die Linderung der Symptome, ohne eine Heilung anzustreben (ebd.).

Die Ergebnisse der Aussagen der Studierenden, die sich auf emotionale Probleme und die Patientenversorgung am Lebensende bezogen, zeigen eine Abnahme der Selbstwirksamkeit (ebd.). Der Vergleich zwischen Prä- und Post-Test mithilfe eines T-Tests zeigt eine Abnahme der Selbstwirksamkeit von 4,70 auf 4,50 bezüglich der Reaktion der Studierenden auf den Tod eines Patienten (ebd.). Außerdem sank die Selbstwirksamkeit von Prä- zu Post-Test von 4,93 auf 4,57 in Bezug auf die Fähigkeit, nach dem Tod eines Patienten die Schicht normal fortzusetzen und weitere PatientInnen angemessen zu versorgen (ebd.).

Die Simulation erlaubte den Studierenden, ihre Überzeugung in Bezug auf ihre Selbstwirksamkeit und Fähigkeiten in der Pflege eines sterbenden Menschen zu testen (ebd.)

Die Studierenden hatten im Vorfeld die emotionale Auswirkung eines verstorbenen Patienten unterschätzt, weshalb sie die eigene Selbstwirksamkeit nach dem Simulationstraining neu und realistischer einschätzen können (ebd.).

5.3. Kritische Studienbewertung

Um die Aussagekraft der herausgefundenen Ergebnisse zu prüfen, erfolgte eine kritische Literaturbewertung in Anlehnung an den ermittelnden Leitfaden von O'cathain et al. (2008), da beide Studien über ein Mixed-Method-Design verfügen. Bewertet wird zunächst die Studie mit dem Titel „Assessment of a learning intervention in palliative care based on clinical simulations for nursing students“ aus dem Jahr 2016 in Spanien. Es handelt sich um eine gemischte deskriptive Designstudie (Sarabia-Cobo et al., 2016).

Die Studie verfügt über eine klar formulierte Forschungsfrage, welche mithilfe des Mixed-Method-Designs beantwortet werden konnte. In der Studie werden drei Fragebögen mit qualitativen und quantitativen Anteilen angewandt (ebd.). Die Kombination von qualitativen und quantitativen Anteilen ist gerechtfertigt, da die qualitativen Antwortmöglichkeiten (offene Fragen) die Realitätsnähe gewährleisten und die quantitativen Anteile (Likert-Skala) eine Replizierbarkeit erhöhen. Insgesamt ließ sich mit den Fragebögen schnell eine große Datenmenge sammeln. Der Aufbau der Fragebögen bezüglich der qualitativen und quantitativen Anteile wird genau beschrieben. Jedoch werden lediglich die zu erfassenden Themen und nur vereinzelt explizite Fragen beschrieben, sodass die Intervention nur bis zu

einem gewissen Grad replizierbar ist. Die qualitativen Antworten wurden von zwei Forschern codiert und bezüglich Themen kategorisiert.

Die Anonymisierung der Fragebögen führt zu ehrlichen Antworten der TeilnehmerInnen, welche sich positiv auf die Glaubhaftigkeit der Ergebnisse auswirken.

Die Auswertung der Ergebnisse zeigt, dass die Fragebögen die gefragten Themen erfassen und somit intern valide sind (ebd.).

Die Aufgabe jeder Methode wird deutlich beschrieben und ist für die Durchführung der Studie geeignet. Die Fragebögen wurden von den Forschern konzipiert und der Beobachterfragebogen wurde bereits durch eine vorherige Studie validiert mit dem Ergebnis von $\text{Alpha} = 0,860$, welches für eine gute Reliabilität spricht. Aufgrund der Validierung des Fragebogens kann von einer höheren Aussagekraft der Ergebnisse ausgegangen werden. Aufgrund dessen ist davon auszugehen, dass die Forscher Fachwissen bezüglich der Anwendung der Fragebögen besitzen, welches die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse erhöht. Der mitwirkende Anleiter der Studie war speziell auf die Theorie des experimentellen Lernens ausgebildet und war in der Durchführung klinischer Simulation zertifiziert, sodass das erforderliche Fachwissen gegeben ist (ebd.). Die qualitativen Ergebnisse entsprechen mittels des Konfidenzintervalls zu 95 Prozent der Realität. Die mögliche Differenz zwischen den Gruppen wurde mithilfe eines Chi-Quadrat-Tests (qualitative Variablen) oder eines T-Tests (quantitative Variablen) berechnet.

Die Berücksichtigung des Signifikanzniveaus von 0,05 beschreibt, dass die Ergebnisse nur mit einer sehr geringer Wahrscheinlichkeit durch einen Zufall entstanden sind, sondern vielmehr, dass die ermittelten Ergebnisse nach der Simulation durch die Intervention erreicht wurden.

Bewertet wird die zweite Studie mit dem Titel „End-of-life Care and the Use of Simulation in a Baccalaureate Nursing Program“ aus dem Jahr 2012, verfasst in den USA.

Die Pilotstudie wurde mithilfe eines Mixed-Method-Ansatzes mit einem quasiexperimentellen Design durchgeführt (Moreland et al., 2012). In der Studie wird eine klar definierte Forschungsfrage formuliert. Die qualitative und quantitative Datenerfassung ist gerechtfertigt, um die Forschungsfrage zu beantworten, welche das Wissen und die Selbstwirksamkeit der Studierenden bezüglich der Pflege am

Lebensende evaluiert (ebd.). Der qualitative Anteil (Interview) gewährleistet die Realitätsnähe und die quantitativen Anteile (Multiple-Choice-Fragen) erhöhen die Replizierbarkeit. Das verwendete Design wird deutlich formuliert und die Instrumente für die Datenerfassung beschrieben. Hierfür werden quantitative Multiple-Choice-gestützte Fragebögen genutzt und ein qualitatives Interview geführt. Das erste in der Forschung eingesetzte Instrument wurde für die Studie auf der Grundlage eines bereits entwickelten Instrumentes von Ferrell et al. (2010) entwickelt. Es ist aus einem Prä- und einem Post-Test zusammengesetzt. Durch die vorherige Anwendung ist eine gewisse Validität gegeben.

Die Gültigkeit des Instrumentes wurde von drei promovierten Pflegekräften überprüft, um die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse zu erhöhen.

Das zweite Instrument bestand aus einer sechsstufigen Likert-Skala. Um die Gültigkeit zu gewährleisten, wurde diese von drei Mitgliedern der Pflegefakultät und einem Mitglied der Bildungsabteilung untersucht. Es bestand auch aus einem Prä- und einem Post-Test. Dieses stärkt die Aussagekraft der Ergebnisse. Der Cronbachsche Alpha-Koeffizient des Instruments lag bei einem Wert von .777. Dieses spricht für eine gute Reliabilität. Der Aufbau der Fragebögen und des Interviewleitfadens sind in der Studie genauestens beschrieben, sodass die Studie transparenter wird und eine Replikation der Studie möglich macht.

Ein mit acht Leitfragen gestütztes Interview wurde von dem Forscher nach dem Simulationstraining geführt, welches aufgenommen und im Anschluss von den Autoren transkribiert wurde. Dieses gewährleistet eine detailliertere und hochwertigere Auswertung der Ergebnisse.

Die durchschnittlichen Prä- und Post-Test-Ergebnisse der ersten zwei Instrumente wurden mithilfe eines T-Tests ermittelt. Die transkribierten Interviews wurden von den Forschern thematisch codiert. Dieses spricht für eine angemessene und unbeeinträchtigte Datenanalyse mit präzisen Ergebnissen. Die interne Validität ist durch die thematisch genauen Ergebnisse gegeben.

Fachwissen innerhalb des Teams zur Durchführung der Methoden ist vorhanden, da sie thematisch geschult waren, welches ebenfalls die Glaubwürdigkeit der Studie stützt.

6. Diskussion

Die Ergebnisse der Studien zeigen, dass sich das Simulationstraining positiv auf das Erkennen von physiologischen Veränderungen und Symptomen eines Patienten am Lebensende, die Kommunikation und die Selbstwirksamkeit auswirkt (Moreland et al., 2012; Sarabia-Cobo et al., 2016). Hierfür eignet sich ein Konzept bestehend aus Prä- und Post-Tests, Vor- und Nachbesprechungen sowie einer praktischen Simulationseinheit (Sarabia-Cobo et al., 2016; Moreland et al., 2012). Die Ergebnisse stützen die Wichtigkeit von Simulationstraining in der Palliativversorgung als Teil der akademischen Pflegeausbildung. Verdeutlicht wird dieses durch das Review von Bassah et al. (2014), welches Simulationstraining in der Palliativversorgung als Inhalt der akademischen Pflegeausbildung empfiehlt. Das Review bestätigt, dass sich die Einstellung der Studierenden hinsichtlich der Pflege eines sterbenden Patienten positiv verändert (ebd.).

Die Selbstwirksamkeit und das Wissen der Studierenden in der Studie von Moreland et al. (2012) waren ansteigend in Bezug auf die Unterscheidung von Heilung und Fürsorge in der Pflege sterbender PatientInnen. Dieses wird gestützt von der Studie von Wang (2019), in der die Studierenden ebenfalls eine Verbesserung im Patientenmanagement und der Selbstwirksamkeit nach abgeschlossenem Simulationstraining verzeichnen konnten. Die Studie nutzte einen computergesteuerten Simulator, welcher der high-fidelity Methode von Moreland et al. (2012) ähnelte. Es wird deutlich, dass sich das Simulationstraining mit high-fidelity Methoden positiv auf die Selbstwirksamkeit der Studierenden auswirkt. Des Weiteren bietet das Simulationstraining mit computergesteuerten Simulatoren einen sicheren Rahmen, um die Kommunikation mit sterbenden PatientInnen und ihren Angehörigen zu üben (ebd.). Jedoch wird das Erlernen von Kommunikationskompetenzen mit SchauspielpatientInnen von den Studierenden befürwortet, da Letztere mit ihnen interagieren können und ihnen ein direktes Feedback ermöglichen (Sarabia-Cobo et al., 2016).

Eine weitere Studie kommt zu ähnlichen Ergebnissen. Die Studie von Fluharty et al. untersuchte den Wissenszuwachs, das Level des Selbstvertrauens und die Kommunikationsfähigkeiten der Studierenden mithilfe von high-fidelity Simulation (Fluharty et al., 2012). Die Studie stützt die Ergebnisse, dass Pflegestudierende sich nach absolviertem Simulationstraining im Skills Lab sicherer in der Kommunikation

mit sterbenden PatientInnen und ihren Angehörigen fühlten und außerdem besser vorbereitet auf deren Begleitung im klinischen Setting seien. In der Studie von Fluharty et al. (2012) nahmen die Studierenden selbst unterschiedliche Rollen ein und es wurden keine SchauspielpatientInnen eingesetzt wie in der Studie von Sarabia-Cobo et al. (2016). Hierbei wird deutlich, dass die Kommunikation und das Wissen in der Palliativversorgung sowohl mit Kommilitonen als auch mit professionellen Schauspielern trainiert werden kann und das Selbstvertrauen der Studierenden in den Bereichen dennoch ansteigt.

Die genutzten Patientensimulatoren der Studien unterschieden sich durch den Grad der Realitätsnähe. Während Fluharty et al. (2012) high-fidelity Simulatoren einsetzten, verwendeten Sarabia-Cobo et al. (2016) low-fidelity Simulatoren. Jedoch ist festzustellen, dass sowohl der Einsatz von high-fidelity Simulatoren als auch low-fidelity Simulatoren zu positiven Lerneffekten in der Kommunikation führen.

Das Konzept des Erlernens von Palliativversorgung mithilfe von Prä- und Post-Tests, dem praktischen Simulationstraining im Skills Lab und den Vor- und Nachbesprechungen hat sich in beiden Studien als geeignete Methode erwiesen (Sarabia-Cobo et al., 2016; Moreland et al., 2012). Die Studie von Fluharty et al. (2012) stützt diese Ergebnisse. Das Simulationstraining wurde auch in dieser Studie von Prä- und Posttests sowie Vor- und Nachbesprechungen unterstützt (ebd.). Die Fallschilderungen erfolgen in den bearbeiteten Studien direkt vor dem Simulationstraining, während sie in der Studie von Fluharty et al. (2012) innerhalb von zwei Wochen vor der Simulation stattfanden. Dieses scheint aber keine Auswirkungen auf die Ergebnisse zu haben.

Die Nachbesprechung mit qualifizierten AnleiterInnen ist auch Teil des Erfolgs des Simulationstrainings, welches durch weitere Studien belegt wird (Gillan et al., 2014; Foronda et al., 2013; Fluharty et al., 2012).

Während sich andere Studien expliziter auf das Wissen bezüglich der Pflege am Lebensende beziehen, wird der Wissenszuwachs in der Studie von Moreland et al. (2012) nur anhand des Erkennens von Symptomen am Lebensende festgemacht (ebd.). Dieses wird als positiver Aspekt für den Einsatz von Simulationstraining in der palliativen Pflegeausbildung gewertet, allerdings wird nicht untersucht, wie die Studierenden mit den erkannten Symptomen umgehen. Ergänzend hierzu wäre das

Erlernen des Themas Symptomkontrolle und Schmerzmanagement vorteilhaft (Arber, 2001). Dieses wird in der Studie von Arber (2001) untersucht.

Zusammenfassend zeigen die verwendeten Studien, dass die Studierenden durch das Simulationstraining ihre Kenntnisse erweitert haben (Moreland et al., 2012; Sarabia-Cobo et al., 2016). Positiv in beiden Studien hervorzuheben ist der Einsatz gut geschulter AnleiterInnen in den Simulationsszenarien sowie der Einsatz validierter Fragebögen (ebd.). Die transparent dargestellte Datenerfassung und -analyse stärken die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse.

Jedoch verfügen beide Studien über eine geringe Teilnehmeranzahl und bestehen lediglich aus einer Interventionsgruppe ohne Kontrollgruppe, weshalb die Ergebnisse trotzdem mit Vorsicht zu betrachten sind. Außerdem findet in der Studie von Moreland et al. (2012) keine Übertragung der Ergebnisse in die klinische Praxis statt, wodurch nicht deutlich wird, ob es zu einer nachhaltigen Verbesserung in der Praxisanwendung kommt. Trotzdem lassen sich die Ergebnisse der Studien für einen ersten Überblick in diesem Bereich nutzen.

Aufgrund dessen, dass lediglich zwei Studien in die Literaturanalyse eingeschlossen wurden, ist keine Generalisierbarkeit der Ergebnisse möglich. Die genutzten Studien beschreiben nur den Erwerb einiger ausgewählter Lerneffekte. Wie bereits in den Kapiteln 2.5.1. bis 2.5.4. erwähnt, gibt es weitere Lerneffekte, welche durch das Simulationstraining erworben werden können und in den bearbeiteten Studien nicht aufgeführt werden.

Bisher gibt es noch wenige Studien bezüglich des Simulationstrainings in der Palliativversorgung in der akademischen Pflegeausbildung. Dementsprechend werden weitere Studien mit höherer Teilnehmeranzahl benötigt, um eindeutige Ergebnisse zu erhalten. Die verwendeten Studien untersuchen keine Copingstrategien für Studierende, weshalb es auch in diesem Bereich weiterer Forschung bedarf. Auch der Umgang mit einem bereits verstorbenen Patienten sollte stärker in nachfolgende Studien mit eingebunden werden.

Des Weiteren sollte das verwendete Konzept durch weitere Studien auf die Anwendbarkeit untersucht werden. Es werden weitere internationale und nationale Erfahrungswerte bezüglich der erworbenen Fähigkeiten in der Palliativversorgung in der klinischen Praxis benötigt. Hierbei sollte die Übertragung der im Skills Lab erlernten pflegerischen Kompetenzen in die Praxis ermittelt werden. Zusätzlich

werden Erfahrungswerte zu dem Thema benötigt, ob sich die Versorgung palliativer PatientInnen im praktischen Setting durch das Simulationstraining verbessert.

In Deutschland wurde das Skills Lab Training bereits in einigen Bereichen der Pflege wie der Anästhesiologie, der Intensivmedizin oder dem Rettungsdienst etabliert, jedoch bisher nicht in der Palliativpflege (Kirsten und Kagermann, 2018). Deshalb wäre eine Etablierung des Simulationstrainings in die Ausbildung der palliativen Versorgung notwendig, um die Vorteile für die Studierenden hierfür zu ermitteln.

Gerade durch die Umstellung auf eine generalisierte Pflegeausbildung in Deutschland wäre es eine Option, das Simulationstraining als Teil der praktischen palliativen Ausbildung zu integrieren (Prütz und Saß, 2017).

Erschwerend für die Einführung des Simulationstrainings in Deutschland ist der aktuelle Fachkräftemangel in der Pflege (Bundesgesundheitsministerium, 2020). Dieser bezieht sich nicht nur auf die praktische Pflege in der Klinik, sondern auch auf den Mangel an Lehrkräften in der Pflegeausbildung (Springer Medizin, 2014). Da das Simulationstraining mit einem erhöhten zeitlichen Aufwand und hohen Anschaffungskosten verbunden ist und die Ressourcen aufgrund des Lehrermangels begrenzt sind, werden weitere Strategien hinsichtlich der ganzheitlichen Einführung von Simulationstraining in Deutschland benötigt.

7. Fazit und Schlussbemerkung

Die Ergebnisse zeigen, dass die Studierenden einen hohen Wissenserwerb, pflegerische Fähigkeiten und Verhaltensweisen durch das Simulationstraining erwerben. Das Simulationstraining hat sich dementsprechend als gute Methode für das Erlernen der Palliativversorgung herausgestellt und verbessert das Pflegecurriculum hinsichtlich der palliativen Pflege. Es stellt eine gute Lernmöglichkeit für Studierende dar, um das Wissen bezüglich physiologischer Veränderungen am Lebensende, der eigenen Selbstwirksamkeit und der angemessenen Kommunikation mit sterbenden PatientInnen und ihren Angehörigen zu verbessern. Sowohl Simulatoren als auch SchauspielerInnen eignen sich für das Simulationstraining in der palliativen Pflege.

Studien bezüglich des Simulationstrainings in der palliativen Pflege sind jedoch bisher noch in den Anfängen. Es werden mehr Studien benötigt, die den Nutzen von

Simulationstraining in der Palliativpflege untersuchen, um eindeutige Ergebnisse hinsichtlich dessen Wirksamkeit in der klinischen Praxis zu erhalten. Es bedarf weiterer Untersuchungen, inwieweit Simulationstraining in das Curriculum der akademischen Pflegeausbildung integriert werden kann und welche Art der Patientensimulatoren (SchauspielerInnen oder Simulatoren) in dem Bereich die bessere Alternative sind. Des Weiteren wurde noch nicht ausreichend erforscht, inwieweit die Studierenden das Wissen, welches sie durch das Simulationstraining erworben haben, in der klinischen Praxis anwenden und umsetzen können. Im Allgemeinen sollte das Thema Palliativpflege in Form von praktischen Übungsmöglichkeiten intensiver in die Ausbildung von Pflegekräften integriert werden, um eine bestmögliche Vorbereitung auf die Praxis zu gewährleisten.

Literaturverzeichnis

- Aichberger, M. (2015):
Kritisches Denken in der Pflege. Der Weg zur Professionalisierung in der Pflege. AV Akademikerverlag, Saarbrücken. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:101:1-20150726622>
- Arber, A. (2001):
Student nurses' knowledge of palliative care: evaluating an education module. *International Journal of Palliative Nursing* 7, 597–603.
<https://doi.org/10.12968/ijpn.2001.7.12.9284>
- Bassah, N., Seymour, J., Cox, K. (2014):
A modified systematic review of research evidence about education for pre-registration nurses in palliative care. *BMC Palliative Care* 13, 56.
<https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-56>
- Bertelsmann Stiftung (2015):
Spotlight Gesundheit Daten, Analysen, Perspektiven.
https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/SPOTGes_VV_Palliativversorgung_2015.pdf [Zugriff am 14.04.2020]
- Bland, A.J., Topping, A., Wood, B. (2011):
A concept analysis of simulation as a learning strategy in the education of undergraduate nursing students. *Nurse Education Today* 31, 664–670.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.10.013>
- Bloomfield, J.G., O'Neill, B., Gillett, K. (2015):
Enhancing student communication during end-of-life care: A pilot study. *Palliative & Supportive Care* 13, 1651–1661.
<https://doi.org/10.1017/S147895151500022X>
- Bögli, J. (2014):
Palliative Care [WWW Document]. URL
https://www.researchgate.net/profile/Cornelia_Oertle/publication/263550681_Editorial/links/00b4953b3d66ccd07f000000/Editorial.pdf [Zugriff am: 24.04.2020].
- Bundesgesundheitsministerium (2020):
Beschäftigte in der Pflege [WWW Document].
Bundesgesundheitsministerium. URL
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegekraefte/beschaeftigte.html> [Zugriff am 09.05.2020].
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2018):
Palliativversorgung – DLR Gesundheitsforschung [WWW Document].
Forschen für ein gesundes Leben. URL <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/palliativversorgung-7535.php> [Zugriff am 10.04.2020].

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bundesministerium für Gesundheit (2017):
Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe 132.
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/A/Ausbildungs-_und_Pruefungs_Verordnung_Pflegeberufe_final.pdf [Zugriff am 09.05.2020].
- Bundesministerium für Gesundheit (2019):
Hospiz [WWW Document]. Bundesgesundheitsministerium. URL <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/h/hospiz.html> [Zugriff am 14.04.2020].
- Cant, R.P., Cooper, S.J. (2017):
Use of simulation-based learning in undergraduate nurse education: An umbrella systematic review. *Nurse Education Today* 49, 63–71.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.11.015>
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2019):
DGP_Stellungnahme_Palliative Care in der Pflegeausbildung_20190313.pdf.
https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_Stellungnahme_Palliative_Care_in_der_Pflegeausbildung_20190313.pdf [Zugriff am 09.05.2020].
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2018):
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) [WWW Document]. URL <https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/sapv.html> [Zugriff am 14.04.2020].
- Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (2020a):
Zahlen u. Fakten – Deutscher Hospiz- u. PalliativVerband [WWW Document]. URL https://www.dhpv.de/service_zahlen-fakten.html [Zugriff am 10.04.2020].
- Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (2020b):
Palliativstationen – Deutscher Hospiz- u. PalliativVerband [WWW Document]. URL https://www.dhpv.de/themen_palliativstationen.html [Zugriff am 18.04.2020].
- Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (2020c):
Psychoziale Begleitung – Deutscher Hospiz- u. PalliativVerband [WWW Document]. URL https://www.dhpv.de/themen_hospiz-palliativ_psychosoziale-begleitung.html [Zugriff am 20.04.2020].
- Dlubis-Mertens, K. (2019):
DGP begrüßt Lehreinheit zur letzten Lebensphase: Palliativversorgung endlich verbindlicher Teil der Grundausbildung von Pflegefachkräften [WWW Document]. URL <https://www.dgpalliativmedizin.de/dgp-aktuell/palliativversorgung-endlich-verbindlicher-teil-der-grundausbildung-von-pflegefachkraeften.html> [Zugriff am 20.05.2020].

- Dlubis-Mertens, K. (2018):
Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) [WWW Document]. URL <https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/allgemeine-ambulante-palliativversorgung-aapv.html> [Zugriff am: 14.04.2020].
- Duden (2020):
Duden | Kommunikation | Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft [WWW Document]. URL <https://www.duden.de/rechtschreibung/Kommunikation> [Zugriff am 03.05.2020].
- Ehlert, J., Neitzke, G. (2013):
Versorgung auf der Palliativstation. *Palliativmedizin* 3, 73–79.
<https://doi.org/10.1055/s-0032-1327377>
- Feichtner, A. (2018):
Palliativpflege in der Praxis: Wissen und Anwendungen. Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Ferrell, B., Virani, R., Malloy, P., Kelly, K. (2010):
The Preparation of Oncology Nurses in Palliative Care. *Seminars in Oncology Nursing, Integrating Palliative Care into Cancer Care* 26, 259–265. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2010.08.001>
- Fichtner, A. (2013):
Lernen für die Praxis: Das Skills-Lab, in: St.Pierre, M., Breuer, G. (Eds.), *Simulation in der Medizin*. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, pp. 105–114. https://doi.org/10.1007/978-3-642-29436-5_10
- Fluharty, L., Hayes, A.S., Milgrom, L., Malarney, K., Smith, D., Reklau, M.A., Jeffries, P., McNelis, A.M. (2012):
A Multisite, Multi-Academic Track Evaluation of End-of-Life Simulation for Nursing Education. *Clinical Simulation In Nursing* 8, e135–e143.
<https://doi.org/10.1016/j.ecns.2010.08.003>
- Foronda, C., Liu, S., Bauman, E.B. (2013):
Evaluation of Simulation in Undergraduate Nurse Education: An Integrative Review. *Clinical Simulation in Nursing* 9, e409–e416.
<https://doi.org/10.1016/j.ecns.2012.11.003>
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015):
Inanspruchnahme der Palliativversorgung [WWW Document]. URL http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=25786 [Zugriff am 13.04.2020].

- Gillan, P.C., van der Riet, P.J., Jeong, S. (2014):
End of life care education, past and present: a review of the literature.
Nurse Educ Today 34, 331–342. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.06.009>
- Göth, M., Silberzahn-Jandt, G., Roser, T., Gratz, M., Jaun, C., Nau, H. (2018):
Psychosoziale Begleitung von Sterbenden und Angehörigen, in: Kränzle,
S., Schmid, U., Seeger, C. (Eds.), *Palliative Care: Praxis, Weiterbildung,
Studium*. Springer, Berlin, Heidelberg, pp. 35–64.
https://doi.org/10.1007/978-3-662-56151-5_4
- Halbmayr-Kubicsek, U. (2015):
Tod und Sterben begegnen – Befürchtungen und Erwartungen
Studierender der Gesundheits- und Krankenpflege in Bezug auf die künftige
Konfrontation mit Sterben und Tod [WWW Document]. *Pflegewissenschaft*.
URL <http://www.pflegewissenschaft.info/pflegewissenschaft/2015/november/1748-tod-und-sterben-begegnen-befuerchtungen-und-erwartungen-studierender-der-gesundheitsund-krankenpflege-in-bezug-auf-die-kuenftige-konfrontation-mit-sterben-und-tod> [Zugriff am 22.04.2020].
- Happe, K. (2015):
Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina, Union der Deutschen
Akademien der Wissenschaften (Eds.), *Palliativversorgung in Deutschland:
Perspektiven für Praxis und Forschung: [Stellungnahme], Schriftenreihe zur
wissenschaftsbasierten Politikberatung*. Dt. Akad. der Naturforscher
Leopoldina, Halle (Saale).
https://www.akademienunion.de/fileadmin/redaktion/user_upload/Publikationen/Stellungnahmen/2015_Palliativversorgung_LF_DE.pdf [Zugriff am 16.05.2020]
- Hjelmfors, L., Strömberg, A., Karlsson, K., Olsson, L., Jaarsma, T. (2016):
Simulation to Teach Nursing Students About End-of-Life Care: *Journal of
Hospice & Palliative Nursing* 18, 512–518.
<https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000279>
- Issenberg, S.B., Scalese, R.J. (2008):
Simulation in Health Care Education. *Perspectives in Biology and Medicine*
51, 31–46. <https://doi.org/10.1353/pbm.2008.0004>
- Jeppesen, K.H., Christiansen, S., Frederiksen, K. (2017):
Education of student nurses – A systematic literature review. *Nurse
Education Today* 55, 112–121. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.05.005>
- Kerr, D., Ratcliff, J., Tabb, L., Walter, R. (2020):
Undergraduate nursing student perceptions of directed self-guidance in a
learning laboratory: An educational strategy to enhance confidence and
workplace readiness. *Nurse Education in Practice* 42, 102669.
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.102669>

- Khalaila, R. (2014):
Simulation in nursing education: An evaluation of students' outcomes at their first clinical practice combined with simulations. *Nurse Education Today* 34, 252–258. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.08.015>
- Kiernan, L.C. (2018):
Evaluating competence and confidence using simulation technology. *Nursing* 48, 45–52.
<https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000545022.36908.f3>
- Kirsten, A., Kagermann, D. (2018):
Simulation in der Berufsbildung der Pflege, in: St.Pierre, M., Breuer, G. (Eds.), *Simulation in der Medizin: Grundlegende Konzepte – Klinische Anwendung*. Springer, Berlin, Heidelberg, pp. 445–465.
https://doi.org/10.1007/978-3-662-54566-9_30
- Kränzle, S., Schmid, U., Seeger, C. (2011):
Psychosoziale Begleitung von Sterbenden und Angehörigen, in: Kränzle, S., Schmid, U., Seeger, C. (Eds.), *Palliative Care: Handbuch für Pflege und Begleitung*. Springer, Berlin, Heidelberg, pp. 31–77.
https://doi.org/10.1007/978-3-642-20934-5_4
- Liaw, S.Y., Scherpbier, A., Rethans, J.-J., Klainin-Yobas, P. (2012):
Assessment for simulation learning outcomes: A comparison of knowledge and self-reported confidence with observed clinical performance. *Nurse Education Today* 32, e35–e39. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.10.006>
- Lioce, L. (Ed.) (2020):
Healthcare Simulation Dictionary, Second. ed. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://doi.org/10.23970/simulationv2>
- Lubbers, J., Rossman, C. (2017):
Satisfaction and self-confidence with nursing clinical simulation: Novice learners, medium-fidelity, and community settings. *Nurse Education Today* 48, 140–144. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.10.010>
- Luctkar-Flude, M., Wilson-Keates, B., Larocque, M. (2012):
Evaluating high-fidelity human simulators and standardized patients in an undergraduate nursing health assessment course. *Nurse Education Today* 32, 448–452. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.04.011>
- Ludwig, O. (2018):
Pflege am Ende des Lebens – Eine Herausforderung für Azubis und Studierende. *Pflege* 71, 62–62. <https://doi.org/10.1007/s41906-018-0509-6>
- MacLean, S., Kelly, M., Geddes, F., Della, P. (2017):
Use of simulated patients to develop communication skills in nursing education: An integrative review. *Nurse Education Today* 48, 90–98.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.09.018>

- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. (2009):
PRISMA 2009 flow diagram.pdf [WWW Document]. URL <http://prisma-statement.org/documents/PRISMA%202009%20flow%20diagram.pdf> [Zugriff am 22.05.2020].
- Moreland, S.S., Lemieux, M.L., Myers, A. (2012):
End-of-life Care and the Use of Simulation in a Baccalaureate Nursing Program. *International Journal of Nursing Education Scholarship* 9.
<https://doi.org/10.1515/1548-923X.2405>
- Moule, P., Wilford, A., Sales, R., Lockyer, L. (2008):
Student experiences and mentor views of the use of simulation for learning. *Nurse Education Today* 28, 790–797.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2008.03.007>
- O’cathain, A., Murphy, E., Nicholl, J. (2008):
The Quality of Mixed Methods Studies in Health Services Research. *J Health Serv Res Policy* 13, 92–98.
<https://doi.org/10.1258/jhsrp.2007.007074>
- Prütz, F., Saß, A.-C. (2017):
Daten zur Palliativversorgung in Deutschland: Welche Datenquellen gibt es, und was sagen sie aus? *Bundesgesundheitsbl* 60, 26–36.
<https://doi.org/10.1007/s00103-016-2483-8>
- Prütz, F., Saß, A.-C. (2016):
Daten zur Palliativversorgung in Deutschland.
<http://dx.doi.org/10.25646/2868>
- Radbruch, L., Payne, S. (2011):
Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 2. *Palliativmedizin* 12, 260–270. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1276957>
- Reilly, A., Spratt, C. (2007):
The perceptions of undergraduate student nurses of high-fidelity simulation-based learning: A case report from the University of Tasmania. *Nurse Education Today* 27, 542–550. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2006.08.015>
- Sarabia-Cobo, C.M., Alconero-Camarero, A.R., Lavín-Alconero, L., Ibáñez-Rementería, I. (2016):
Assessment of a learning intervention in palliative care based on clinical simulations for nursing students. *Nurse Education Today* 45, 219–224.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.08.014>
- Shinnick, M.A., Woo, M.A. (2013):
The effect of human patient simulation on critical thinking and its predictors in prelicensure nursing students. *Nurse Education Today* 33, 1062–1067.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.04.004>

- Solvik, E., Struksnes, S. (2018):
 Training Nursing Skills: A Quantitative Study of Nursing Students' Experiences before and after Clinical Practice [WWW Document]. Nursing Research and Practice. <https://doi.org/10.1155/2018/8984028>
- Springer Medizin (2014):
 Lehrermangel in der Pflege [WWW Document]. www.springer.com. URL <https://www.springer.com/gp/about-springer/media/press-releases/medicine/lehrermangel-in-der-pflege/42554> [Zugriff am 09.05.2020].
- St.Pierre, M., Breuer, G. (2018):
 Simulation in der Medizin: Grundlegende Konzepte – Klinische Anwendung. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-54566-9>
- Wang, Y. (2019):
 End-Of-Life Simulation Improve Nursing Undergraduates' Self-Efficacy in Palliative Care, in: Proceedings of the 2019 3rd International Conference on Education and Multimedia Technology, ICEMT 2019. Association for Computing Machinery, Nagoya, Japan, pp. 179–183. <https://doi.org/10.1145/3345120.3345123>
- Watzlawick, P., Schulz von Thun, F. (2016):
 Man kann nicht nicht kommunizieren: das Lesebuch, 2., unveränderte Auflage. ed. Hogrefe, Bern.
- Wehner, L., Gygax, A. (2014):
 Kommunikation mit Sterbenden, in: Wehner, L. (Ed.), Empathische Trauerarbeit: Vielfalt der professionellen Trauerarbeit in der Praxis. Springer, Vienna, pp. 17–32. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1589-3_3
- WHO (2002):
 WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf [WWW Document]. URL https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf [Zugriff am 19.04.2020].

