

Anhang 3: Rollenskript-Template für Simulationspersonen (SP). Beispiel für Lehre in der Pflege

Anhang 3 zu Peters T, Bauer D, Fritz AH, Hahn S, Hempel L, Reck L, Reicherts M, Schönauer A, Strohmer R, Thrien C, Weber M, Zimmermann A, Pippel E. *Development of a standardized role script template for simulated participant scenarios – Results of a multi-step consensus process in the German-speaking countries.* GMS J Med Educ. 2026;43(2):Doc18. DOI: 10.3205/zma001812

Rollenskript-Template

für Simulationspersonen (SP)

Beispiel für Lehre in der Pflege

1. Datenblatt

Disziplin	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegewissenschaft
Sub-Disziplin	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychiatrische Pflege
Anlass / Diagnose / Situation	Freiwillige stationäre Aufnahme einer Person in der Klinik aufgrund akuter Symptomatik im Rahmen einer chronischen Schizophrenie.
Key words	Schizophrenie, Akutsymptomatik, pflegerisches Assessment

Lernsituation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lehre
Schwierigkeitsgrad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausbildung/Studium <ul style="list-style-type: none"> ○ Mittel
Zeitpunkt im Curriculum	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2.-3. Studienjahr, Studiengang Pflege (primärqualifizierend)
Verortung im Curriculum	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflichteinsatz Psychiatrie
Lernziele / Prüfziele / Lernergebnis / Kompetenz	<p>Nach Abschluss der Simulation sind die Studierenden in der Lage, ...</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ... Krisen zu erkennen und situationsgerecht darauf zu reagieren. ▪ ... eine personenzentrierte und wertschätzende Kommunikation zu gestalten. ▪ ... pflegerische Assessmentinstrumente für Menschen mit psychischen Erkrankungen anzuwenden.

SP-Casting	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none"> - Spielalter: 35 – 45 Jahre - Spielerfahrung bei komplexen Rollen - Bereitschaft, sich auch äußerlich auf die Rolle einzulassen - Fähigkeit, starke emotionale Szenen zu spielen (Verzweiflung, Angst, Isolation) ▪ Ausschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none"> - eigene psychische Erkrankung oder psychische Erkrankung im nahen Umfeld (Triggerwarnung) - Ablehnung der Rolle
Fallenentwickler*innen / Fallautor*innen	<p>Autorin: Elvira Pippel Geprüft durch: Katja H. (Pflegefachperson für Psychosomatik und Psychotherapie) Sophie R. (Schauspielerin, SP-Trainerin) Ferdinand N. (Schauspieler, SP)</p>
Institution	Hochschule für angewandte Wissenschaften, Bereich Pflege
Erstellungsdatum	05/2023
Letzte Überarbeitung	18.12.2024
Überarbeitung durch	Pippel, Elvira

2. Personenbezogene Daten des Rollencharakters

Sie sind Oliver Schäfer, 35 - 45 Jahre alt, und haben eine chronische Form der Schizophrenie. Sie weisen sich heute selber in die Klinik ein, weil die Stimmen im Kopf zu laut geworden sind. Sie haben Angst, sich oder anderen etwas anzutun.

Kategorie	Inhalt	Kommentare
Name, Vorname	Oliver Schäfer	mit SP festlegen
Alter	35 – 45 Jahre	mit SP festlegen
Biologisches Geschlecht	männlich	
Phänotypische Erscheinung & Herkunft	adipös, lange bzw. ungepflegte Haare, starker Bartwuchs	
Persönlichkeitsmerkmale	O – wenig offen für Neues C – planend E – ruhig, zurückhaltend, in sich gekehrt A – kooperativ, friedlich N – ängstlich, sorgenvoll	
Familienstand	alleinlebend, keine feste Beziehung	
Kinder	keine	
Berufliche Situation	keine Berufsausbildung, nicht arbeitsfähig	
Bildungshintergrund / Ausbildung	10. Klasse Schulabschluss, keine Ausbildung	
Freizeitaktivitäten	keine regelmäßigen Hobbies	
Wohnsituation	2-Zimmer-Wohnung, Plattenbausiedlung am Stadtrand einer Großstadt	
Sprache	Deutsch	

3. Biographie, Charakter und Erscheinungsbild

Diagnose

Ich bin Oliver Schäfer und ich bin zwischen 35 und 45 Jahre alt. Als ich 18 war, geriet mein Leben aus den Fugen. Eines Nachts am Bahnhof... ich erinnere mich noch, wie die Wut in mir tobte wie ein unkontrollierbares Feuer. Ich randalierte, als wäre ich der Herrscher der Welt und schrie immer wieder: „Ich bin Gott!“, „Ich darf alles!“ und „Ich bestimme über alles!“. Es war, als wäre ich unantastbar, als wäre ich der Spieler, der die Regeln macht. Doch dann kamen die Polizisten und nahmen mich fest, ohne dass ich es verstand und ohne dass ich irgendetwas einsah. Ich wurde gegen meinen Willen auf eine geschlossene psychiatrische Station gebracht. In meinem Kopf war nur Chaos, Wut und Hass. Die Ärztinnen und Ärzte entschieden, dass ich krank war und gaben mir Medikamente. Ein Richter hatte es erlaubt. Zwangsmedikation nannten sie es. Es sollte gegen die Stimmen im Kopf und gegen meinen Größenwahn helfen. Vier Wochen vergingen und die Stimmen wurden leiser. Es war, als würde der Nebel in meinem Kopf langsam aufklaren. Ich wurde auf eine offene Station verlegt. Es war das erste Mal, dass mir klar wurde, dass etwas nicht stimmte und dass ... dass ich... krank war.

Anfänge bis heute

Mit 16 Jahren fing alles an. Ich war mit meinen Freunden unterwegs und wir tranken, wie es damals alle taten. „Komasaufen“ war völlig normal, es gehörte halt dazu. Es war unsere Art, das Leben zu feiern und uns frei zu fühlen. Irgendwann brachte jemand Gras mit und von da an war ich dabei. Kiffen machte Spaß, brachte gute Laune und machte attraktiv. Ich fühlte mich großartig und unbesiegbar. Die Mädels standen plötzlich auf mich und das machte irgendwie süchtig. Doch mit der Zeit veränderte sich etwas in mir. Die Realität, wie ich sie kannte, begann zu verschwimmen. Ich begann, die Welt anders zu sehen – größer, wichtiger, als ob ich alles verstehen und kontrollieren könnte. Aber das war eine Lüge. Ich verlor den Bezug zur Wirklichkeit und verlor mich in meinem Größenwahn. Trotz allem schaffte ich es irgendwie noch, meinen Schulabschluss 10. Klasse zu machen. Gerade so. Doch dann kam die Nacht am Bahnhof und die Einweisung in die geschlossene Psychiatrie. Es folgte die Diagnose Schizophrenie. Das ist nun schon viele Jahre her. Heute weiß ich, dass ich chronisch krank bin. Ich werde nie wieder gesund. Ich kämpfe jeden Tag damit, ein Leben zu führen, das normal wirkt, doch ich weiß, dass nichts mehr so ist, wie es einmal war.

Soziale Situation

Ich lebe allein in meiner kleinen 2-Zimmer-Wohnung in einer Plattenbausiedlung am Rande einer Großstadt. Ich habe keine feste Partnerin und keine Kinder. Ich habe nie einen Beruf gelernt und habe auch nie gearbeitet. Meine Krankheit hat das nicht zugelassen. Ich habe einen gesetzlichen Betreuer, den man mir zugewiesen hat. Er hilft mir bei allem, was mit meiner Wohnung, den Behörden und meinen Finanzen zu tun hat. Hobbies? Nicht wirklich. Manchmal lese ich, aber das war's auch schon. Ich kenne andere Menschen mit derselben Diagnose. Manchmal treffen wir uns zufällig und quatschen ein bisschen. Aber eigentlich bin ich lieber für mich allein. Es ist einfacher so und ich muss niemandem etwas erklären. Ich brauche meinen festen Tagesablauf und die klaren Strukturen – ohne die wäre ich verloren. Ich stehe nie vor 10 Uhr auf und gehe nie vor Mitternacht ins Bett. So komme ich am besten zurecht. Ich habe gelernt, mit meiner Krankheit zu leben. Aber offen darüber sprechen? Niemals. Es ärgert mich, wenn Menschen behaupten, wir Schizophrene wären dumm oder hätten eine gespaltene Persönlichkeit. Ich höre vielleicht Stimmen, aber ich bin immer noch Oliver Schäfer. Ich verstehe alles und ich will auch alles verstehen!

Erscheinungsbild und Einschränkungen

Mir tut nichts weh und ich habe keine körperlichen Schmerzen. Ich finde auch nicht, dass ich jemand anderes geworden bin. Meine Persönlichkeit hat sich nicht verändert. Aber die Medikamente haben mich verändert. Ich habe stark zugenommen. Ich bewege mich langsam, nicht nur weil ich so zugenommen habe, auch wegen der Nebenwirkungen der Medikamente. Und ich habe Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren. Manchmal fühle ich mich wie betäubt, mein ganzer Körper ist dann wie taub und ich spüre mich nicht mehr richtig. Ich kann mich zwar unterhalten, aber manchmal dauert es sehr lange, bis ich das Gesagte verstehe und darauf antworten kann. Mein Äußeres? Das ist mir egal. Haare und Bart lasse ich einfach wachsen. Duschen? Wenn es sein muss. Ich rauche 1-2 Schachteln Zigaretten am Tag und ich will auch nicht aufhören. Ich rauche gerne. Das gehört zu meinem Leben, das ist einfach ein Teil davon.

Stimmen im Kopf

Die Stimmen... sie sagen, ich sei nichts wert. Oder sie sagen, es wäre besser, wenn ich tot wäre. Manche Stimmen reden auch miteinander und andere wiederum kommentieren, was ich tue. Und dann gibt es die, die mir Befehle geben: „Spring von der Brücke“ oder „Nimm das Messer und stich es dir in die Brust“. Besonders schlimm sind die Stimmen, die wollen, dass ich anderen Menschen weh tue. Das macht mir am meisten Angst. Ich habe oft daran gedacht, mir das Leben zu nehmen, aber nur, weil die Stimmen es mir befohlen haben. Bisher ist glücklicherweise noch nichts passiert. Das liegt auch an meinen regelmäßigen Klinikaufenthalten. Da habe ich gelernt, wie ich besser mit den Stimmen umgehen kann. Sie werden nie ganz verschwinden, das weiß ich. Aber ich kenne Wege, um sie leiser zu machen. Manchmal reicht es, an einem Ammoniakfläschchen zu riechen, einen Schmerzreiz am Handgelenk auszulösen oder eine kleine Chilischote zu essen. Doch jedes Jahr gibt es mindestens eine Phase, in der ich mich selbst einweisen lasse oder von der psychiatrischen Institutsambulanz (Pia) eingewiesen werde. Dann bekomme ich wirklich Angst, dass ich den Stimmen nachgabe und mir oder anderen etwas antue. Besonders schwer ist es, wenn neue Stimmen auftauchen. Das bringt mich zur Verzweiflung und dann brauche ich die Hilfe im Krankenhaus.

Medikation und ambulante Hilfe (Pia)

Jeden Monat, genau alle 28 Tage, gehe ich zur psychiatrischen Institutsambulanz (Pia), um mir mein Depotmedikament spritzen zu lassen; Abilify Maintena®. Früher musste ich ständig daran denken, meine Medikamente zu nehmen, aber jetzt bekomme ich einmal im Monat meine Spritze und habe dadurch mehr Freiheit und Lebensqualität. Wenn es ganz schlimm wird, habe ich auch immer ein Bedarfsmedikament vorrätig. Ich habe lange experimentiert, bis ich die richtige Dosierung gefunden habe, die mir in Akutphasen hilft. Dann nehme ich vor dem Schlafengehen Quetiapin Retardtabletten. Die dämpfen meine Erregung und verringern die Spannungen in mir. Dadurch werden auch meine Halluzinationen und meine Stimmung besser.

Die Pia kümmert sich um Patientinnen und Patienten wie mich. Wir brauchen alle ein besonders intensives und breites Angebot an Therapie und Hilfe. Bei der Pia arbeiten Mediziner*innen, Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen, Pflegepersonen und Ergotherapeut*innen zusammen. Die Pia überwacht mich und ich muss weniger oft oder weniger lange in die Klinik. Ich bekomme Unterstützung im Umgang mit Krisen und Belastungen, auch durch telefonische Beratung. Ab und zu nehme ich an Einzel- und Gruppentherapien teil. Ich mag das Gedächtnistraining. Letztes Jahr war ich sogar bei der AG Kochen und habe an einer Wanderung teilgenommen. Gut finde ich, dass ich bei Bedarf auch Unterstützung bei der Zusammenarbeit mit meinem Betreuer bekomme, wenn es Fragen oder Unklarheiten gibt. Die Behandlung in der Pia läuft über einen Überweisungsschein von meinem Hausarzt und die Kosten übernimmt meine Krankenkasse.

Klinikaufenthalte und Autonomie

Es gibt Momente, da bekomme ich einfach Angst. Die Stimmen werden zu laut und ich kann sie nicht mehr kontrollieren. Dann gehe ich in die Klinik und lasse mich einweisen. Trotzdem bin ich bei jedem Klinikaufenthalt immer wieder besorgt, ob und wann ich wieder nach Hause kann und ob mein Betreuer das auch unterstützt. Meine größte Angst ist, die Autonomie zu

verlieren. In den letzten Jahren bin ich ein Experte für meine Krankheit geworden, ich weiß alles darüber. Ich möchte immer mitbestimmen, wenn es um meine Therapie geht. Niemand darf mich belehren oder mir etwas aufzwingen! Ich bin zuverlässig, wenn es um meine Krankheit geht, und ich bin zufrieden, wenn mir geholfen wird und die Stimmen kontrollierbar sind. Ich tue alles dafür, damit es schnell wieder besser wird.

Bezug zum Pflegepersonal

Über die Jahre hinweg habe ich viele Pflegende kennengelernt. Manche kenne ich von Anfang an. Denen vertraue ich blind. Aber das Vertrauen hat viele Jahre gebraucht. Ich bin immer skeptisch gegenüber neuen Menschen, misstrauisch und zurückhaltend. Ich weiß nicht, wer sie sind, wie sie denken und ob sie mir meine Freiheit wegnehmen wollen. Ich verhalte mich ruhig und abwartend. Die anderen Menschen müssen mir schon erst zeigen, dass ich ihnen vertrauen kann. Ich weiß nicht, ob andere Personen mich ernst nehmen oder mich verstehen, das müssen sie erst beweisen. Vertrauen braucht bei mir Zeit und Menschen müssen mich erst überzeugen. Aber wenn ich mich wohl und sicher fühle, nehme ich gern an Aktivitäten in der Klinik teil. Ich weiß, dass mir in der Klinik geholfen wird und dass es besser wird. Das war immer so, ich weiß das. Ich besuche Gruppenangebote, den Frühsport und die Gesprächstherapie. Ich weiß, dass mir diese Angebote helfen, von den lauten Stimmen abzulenken. Und ich tue alles dafür, dass ich schnell wieder nach Hause kann! Denn ich WILL nach Hause!

4. Situation und Raum

Anlass / Situation	Eine Person lässt sich freiwillig stationär einweisen aufgrund einer akuten Symptomatik im Rahmen einer chronischen Schizophrenie.
Rolle der Lernenden / Prüflinge	Pflegefachperson im Studium
Ort	Klinik: offene psychiatrische Station
Begegnung	Person mit Schizophrenie mit Akutsymptomatik befindet sich im Klinikzimmer. Pflegefachperson im primärqualifizierenden Studium kommt von draußen hinzu.
Zeit	Beliebiger Werktag, Frühdienst (während einer laufenden Visite)
Rahmenbedingungen	Dringliche, ungeplante Situation
Psychischer Zustand	Hoher Leidensdruck, gequält, Stimmen wirken bedrohlich
Physischer Zustand	Auf dem Bett sitzend, in sich zusammengesunken
Kleidung und Ausstattung der SP	In Absprache mit SP ggf. bereitstellen: Adipositasanzug, Perücke, Bart, alte und ungepflegte Kleidung, Zigarettenenschachtel
Situationsspezifische äußere Erscheinung	Adipös, Bartwuchs, wirres Haar, ungewaschen, ungepflegte Fingernägel, starker Raucher
Infrastruktur	Klinikzimmer: 1 Bett, 1 Nachttisch, 1 Tisch mit 2 Stühlen

Fachbezogenes Equipment	1x Pflegeanamnese (Checkliste Aufnahmezustand) 1x erweiterter Barthel-Index 1x Nurses Gobal Assessment of Suicide Risk (NGASR)
Befundunterlagen	1x Vorbefund erweiterter Barthel-Index 1x Vorbefund Krankengeschichte 1x Medikamentenplan

5. Vorgeschichte

Domäne	Ausprägung	Sprechmotivation ¹
Grundregeln	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alles, was nicht im Rollenskript steht, ist normal, unbekannt oder wird verneint. ▪ Nur auf Fragen antworten, die gestellt werden. Keine Symptome ohne Nachfragen mitteilen, außer dies ist explizit angegeben. 	
Symptomebene	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angst, Qual, Sorge ▪ Leidensdruck aufgrund der lauten Stimmen im Kopf 	Bei unbekannten Pflegepersonen: Grundsätzlich: 3
Historie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnose Schizophrenie besteht seit dem 18. Lebensjahr ▪ Jedes Jahr gibt es mind. 1 Episode, die einen Klinikaufenthalt notwendig machen (max. 2 Episoden) ▪ Pat. gilt als „psychiatrieerfahren“ 	Wenn Vertrauen aufgebaut wird: 1
Anamnesen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine familiäre Disposition für eine psychische Erkrankung ▪ Ursache: Kiffen ▪ Gelegentlicher Alkoholkonsum ▪ Starker Tabakkonsum (1-2 Schachteln / Tag) 	Wenn kein Vertrauen aufgebaut wird: 2 oder 3
Laientheorie/ subjektives Krankheitskonzept	Die Person weiß, dass die Schizophrenie durch den Drogenkonsum verursacht wurde. Sie fragt sich nach den vielen Jahren der Erkrankung und Therapie immer noch „Warum habe ich damals bloß mit dem Kiffen angefangen?“	

¹ Unterteilung in:

1 = „Eigene Sprechmotivation“ (aktives, spontanes Erzählen)

2 = „Getriggerte Sprechmotivation“ (kein spontan eigenes Erzählen, aber auf Nachfrage bereitwillige Auskunft)

3 = „Keine Sprechmotivation“ (Relevanz des Themas erschließt sich nicht, Frage wird kurz beantwortet, kein Bedürfnis weiter auszuholen)

4 = „Persönliche Geheimnisse“ (schambehaftete Themen, kein initiales Erzählen und auf Nachfrage nur dann, wenn eine vertrauensvolle Umgebung geschaffen werden konnte)

6. Handlungsanweisung für SP

6.1 Komplementäres SP-Verhalten

Sie können abweisendes Verhalten simulieren, wenn für Sie keine vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre durch die Studierenden geschaffen wird. Dies zeigt sich darin, dass von Ihrer Seite aus keine Sprechmotivation vorhanden ist. Auch auf Fragen antworten Sie nur kurz. Sie erzählen keine persönlichen Geheimnisse und sprechen keine schambehafteten Themen an.

6.2 Situationseinstieg

Sie beginnen von sich aus kein Gespräch. Sie reagieren situationsbezogen auf die Ansprache der Studierenden. Sie waren schon oft auf dieser Station, aber jeder neuen Person begegnen Sie misstrauisch.

6.3 Gesprächsinhalt

In Ihrem Fall sollen die Studierenden Ihren aktuellen körperlichen und psychischen Zustand einschätzen, um Ihre weitere pflegerische Behandlung planen zu können. Dazu werden Ihnen Fragen gestellt, die Sie beantworten sollen. Sie erzählen initiativ von sich aus nichts oder antworten nur kurz und einsilbig. Je nachdem wie sich der Kontakt zur/zum Studierenden entwickelt, reagieren Sie offener oder bleiben misstrauisch und verhalten.

Thema	Haltung
Stationäre Aufnahme	Wird von Ihnen als notwendig akzeptiert, aber der Wille, schnell wieder zu gehen, ist auf jeden Fall vorhanden.
Leidensdruck	Momentan unfassbar hoch, die Stimmen sind unerträglich. Sie haben Angst, jemandem etwas anzutun oder sich selbst umzubringen.
Sucht & Drogen	Warum habe ich nur gekifft?
Meine Krankheit	Ich bin krank. Nur ich selbst bin daran schuld. Niemand hat mich zum Kiffen gezwungen, es war meine eigene Entscheidung. Ich kenne meine Krankheit. Ich habe mich jahrelang damit beschäftigt.
Pflege- und Therapieplanung	Ich weiß am besten was mir gut tut, niemand darf etwas ohne mich entscheiden!
Therapietreue	Ich tue alles, damit es mir bessergeht. Ich lasse mir mein Medikament spritzen, so dass ich es nicht vergessen kann.
Autonomie	Selbstbestimmung ist das Wichtigste für mich!
Tod	Ich habe Angst vor dem Tod. Ich will nicht sterben. Ich würde mich nie freiwillig selbst umbringen.

6.4 Situationsende

Die Simulation endet nach max. 20 Minuten. Die Studierenden erhalten ein akustisches Signal und die Aufforderung, die Situation in der nächsten Minute zu einem Abschluss zu bringen.

Hinweis:

Sollten Sie sich an irgendeiner Stelle in der Situation unwohl fühlen und möchten das Gespräch von sich aus beenden, so können Sie mit folgenden Sätzen aus der Simulation aussteigen und sich von der/dem Studierenden abwenden: „*Das wird mir gerade zu viel. Ich möchte jetzt erst mal ein bisschen für mich allein sein. Kommen Sie bitte später wieder.*“

7. Diagnostische & Therapeutische Interventionen

In Ihrer Simulation ist keine körperliche Untersuchung notwendig. Es geht ausschließlich um die mündliche Befragung von Ihnen.

Es kann aber vorkommen, dass Studierende trotzdem Maßnahmen ergreifen wollen, zum Beispiel den Blutdruck messen oder Ihren Puls fühlen. In diesem Fall sagen Sie: „*Das möchte ich jetzt nicht. Vielleicht später.*“

8. Innerer Monolog

„*Ich kann nicht mehr. Ich brauche Hilfe. Ich schaffe es nicht allein. Ich will nicht, dass etwas passiert. Ich bekomme die Stimmen einfach nicht leiser. Es sind zu viele, zu viele böse Stimmen und Gedanken. Ich will niemandem weh tun, aber ich weiß nicht, ob ich mich kontrollieren kann. Die Stimmen... Sie kriechen an mir hoch, sie krallen sich an meinem Rücken fest, sie lassen mich einfach nicht los! Es ist so laut, so verdammt laut. Ich will das nicht! Ich will das sie leiser werden! Im Krankenhaus wird mir geholfen. Ich weiß das.*“

Ihre Mantras bei Aufnahme in der Klinik:

- „Ich will, dass die Stimmen leiser werden.“
- „Ich will nicht, dass etwas Schlimmes passiert.“
- „Ich will, dass man mich ernst nimmt.“

9. Lehr- und Prüfinformationen

Lernziele / Prüfziele / Lernergebnis / Kompetenz	Erwartungshorizont: <ul style="list-style-type: none">▪ Vertrauen aufbauen▪ Anteilnahme▪ Personenzentrierung▪ Wahrung der Autonomie▪ Anwendung situationsgerechter Gesprächstechniken▪ Durchführung pflegerischer Assessments in der Psychiatrie
--	---

Informationen und Aufgabenstellung für Lernende	„Sie sind in Ihrem Studium zur Pflegefachperson seit 2,5 Wochen in Ihrem praktischen Einsatz auf einer offenen psychiatrischen Station tätig. Vor 30 Minuten hat sich Herr Oliver Schäfer selbst eingewiesen und wurde daraufhin auf Ihrer Station aufgenommen. Herr Schäfer ist auf Ihrer Station bekannt und kommt seit seinem 18. Lebensjahr regelmäßig wegen einer Schizophrenie in die Klinik. Bei jeder Aufnahme werden der körperliche und psychische Zustand beurteilt. Weil gerade die Visite durchgeführt wird, führen Sie das pflegerische Assessment durch. Erheben Sie zur weiteren pflegerischen Planung bei Herrn Schäfer die Pflegeanamnese, den erweiterten Barthel-Index und beurteilen Sie die derzeitige Suizidgefahr.“
Instruktionen für weiteres Personal	Technik: Vorbereitung Audio-Video-Debriefing-System ggf. Aufbau mobiler Kameras im Simulationsraum
Zeitplanung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prebriefing: ca. 15 Minuten ▪ Simulation: ca. 15 - 20 Minuten ▪ Debriefing & Feedback: ca. 20 - 25 Minuten
Feedback & Debriefing	<ol style="list-style-type: none"> 1. Debriefing durch Dozierende (3D-Model of Debriefing) 2. Feedback durch SP (WWW.Feedback.DE-Modell), Fokus: Vertrauensaufbau 3. Feedback durch Peers (WWW.Feedback.DE-Modell)

10. Hinweise für SP-Trainer*innen

YouTube-Channel einer Betroffenen: *Living Well with Schizophrenia*

Material zur Vorbereitung auf die Rolle:

„I'm in psychosis right now“: <https://www.youtube.com/watch?v=GPcidLBluqM>

11. Changelog

Person	Datum	Änderungen (mit Angabe des Abschnitts)
Elvira Pippel	18.12.2024	Datenblatt, Sprechmotivation, Diagnostische und Therapeutische Interventionen, Innerer Monolog