

Implementation and impact of simulated patient perspective exercises in undergraduate nursing education: A scoping review

Abstract

Objectives: Exercises that immerse nursing students in the patient perspective are increasingly used to support empathy and reflective learning. This scoping review aimed to map the current literature on these exercises in undergraduate nursing education, focusing on their design, reported effects, and pedagogical implications.

Methods: Following Arksey and O'Malley's framework and PRISMA-ScR guidelines, we searched PubMed, CINAHL, Embase, and Web of Science, completing the final database search in Nov 2024. Eligible studies included peer-reviewed empirical research involving undergraduate nursing students. Relevant data were extracted, categorized using a standardized charting form, and synthesized thematically to identify common patterns across studies.

Results: Twenty-two studies published between 2009 and 2024 were included in this scoping review. Studies used qualitative, quantitative or mixed-method designs and examined simulations focused on aging, disability, or mental health. Three key themes were identified: (1) students' responses during the simulation exercises, (2) perceived impact after the exercises and (3) ethical and pedagogical considerations related to implementation.

Conclusions: Patient perspective simulations may enhance empathy and support reflective practice among nursing students. However, ethical concerns, questions of authenticity, and varied implementation approaches highlight the need for thoughtful design. Further research should explore long-term effects and establish best practices for integrating these exercises into nursing curricula.

Keywords: education nursing, simulation training, empathy, experiential learning, embodied learning

Anna Christine
Steinacker¹

Michael Klingenberg¹

Stefan Bösner²

1 University of Applied
Sciences Fulda, Fulda,
Germany

2 Philipps University Marburg,
Marburg, Germany

1. Introduction

In nursing education, as in other health-related fields, patient perspective exercises are increasingly used to immerse students in the care experience from the viewpoint of those receiving it [1], [2]. Also known as "disability simulations" or "point-of-view simulations," these activities aim to facilitate a shift in perspective by helping students better understand the physical and emotional challenges associated with illness or disability, such as using a wheelchair, living with visual or auditory impairments, or requiring assistance with daily activities [3], [4]. This pedagogical approach is particularly relevant in nursing education, where students engage in intimate and sustained patient interactions that go beyond technical competence. Nursing is a profession in which the body plays a central role, both the patient's and the nurse's. As Oelke [5] notes, recognizing one's own bodily and emotional responses is essential for compassionate care. Educators thus play a key role in fostering this

awareness through experiential methods that promote empathy, reflection, and clinical reasoning [6].

Despite their popularity, perspective-taking exercises raise critical questions about educational effectiveness and ethical implications. A recurring critique is that these simulations tend to emphasize the initial "shock" of acquiring a disability, such as sudden blindness or mobility loss, while neglecting the longer-term processes of adaptation, identity reconstruction, and resilience [4], [7], [8]. Such portrayals risk oversimplifying complex realities and may unintentionally reinforce stereotypes or provoke pity rather than authentic empathy [1], [9], [10]. These simulations often focus on technical tasks, like maneuvering a wheelchair, without fully capturing the emotional, social, or systemic dimensions of illness or disability. Students may experience strong emotional responses, including fear or discomfort, and some report difficulties separating their own imagined suffering from patients' lived realities [1], [11], [12].

Nevertheless, many educators emphasize the teaching value of these exercises. When paired with thoughtful prebriefing and debriefing, simulations can support the development of empathy, help students better grasp the patient perspective, and contribute to their professional growth [2], [4], [13]. At the same time, outcomes are not always consistent, and there is increasing attention to the ethical dynamics between students and educators, as well as the need for greater inclusion of individuals with lived experiences in designing such interventions [1], [8], [9], [11].

While some studies report positive outcomes, others show inconsistent or short-lived effects. Implementation practices likewise vary considerably, and there is currently no consensus on best practices or guiding pedagogical frameworks [13]. These concerns are gaining traction across health professions education, but little research has focused specifically on undergraduate nursing programs.

To address this gap, the present scoping review maps the existing literature on simulated patient perspective exercises in undergraduate nursing education. The review aims to

1. identify the types and designs of exercises employed,
2. examine students' experiences and reported outcomes, and
3. explore the ethical, practical, and pedagogical implications of implementing such exercises in nursing curricula.

Given the breadth of this topic and the need for a comprehensive overview, a scoping review methodology was chosen to clarify conceptual boundaries and identify areas for future research [14].

To guide this review, the following research question and sub-questions were explored:

What types of patient perspective exercises are employed in undergraduate nursing education, and how are these exercises experienced and evaluated by nursing students?

1. What emotional and physiological responses do students report during participation in these exercises?
2. What challenges, limitations, or opportunities do educators encounter when implementing patient perspective exercises?

2. Methods

2.1. Scoping review design

This scoping review was conducted following the methodological framework of Arksey and O'Malley [14], which outlines five stages: identifying the research question, identifying relevant studies, study selection, charting the data, and collating, summarizing, and reporting results. In line with evolving scoping review methodology, recommendations by Peters et al. [15] were also incorporated, particularly concerning iterative data charting and trans-

parent reporting. The review is reported in accordance with the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) [16]. The review protocol is available from the authors upon request.

2.2. Information sources and search strategy

We conducted a comprehensive literature search in four databases: PubMed, CINAHL, Embase, and Web of Science. The final database search was executed in November 2024. The search strategy was structured around three key concepts:

- Concept 1: Nursing education (e.g., undergraduate nursing education, pre-licensure nursing training)
- Concept 2: Patient perspective exercise (e.g., disability simulation, perspective training, point-of-view simulation)
- Concept 3: Keywords related to outcomes (e.g., empathy, compassion, attitudes, understanding, care)

The concept and keywords used to develop the search strategy in PubMed are provided in table 1, while the exact PubMed search strategy, as executed, is included in attachment 1, along with the number of records retrieved per line/concept. Full strategies for the other databases can be requested from the authors.

Forward and backward citation tracking of all included studies was also performed. All references were imported into Citavi reference management software, where automatic and manual deduplication was performed.

2.3. Selection of sources of evidence

To be included in this review, studies had to be empirical and peer-reviewed, published between 2009 and 2024 to capture recent results, and focus on undergraduate nursing students. Studies that included participants from other disciplines were eligible if nursing students formed a part of the sample. Eligible studies described embodied patient perspective exercises designed to simulate illness, disability, or aging from the viewpoint of the patient. Additionally, studies were required to report on relevant outcomes, including empathy, attitudes, emotional or physiological reactions, understanding, or learning outcomes related to the exercise.

We excluded literature reviews, theoretical papers, editorials, and conference abstracts, as well as studies published in languages other than English or German, due to language limitations within the research team. Furthermore, grey literature such as dissertations or unpublished reports was excluded to ensure that the review focused on peer-reviewed academic sources.

After deduplication, titles and abstracts were screened against eligibility criteria. Full texts were then assessed for inclusion. Screening was conducted by one author (the first author) due to resource constraints. To ensure methodological transparency and consistency, screening

Table 1: PubMed search terms

Concept 1	Concept 2	Concept 3
("experiential learning"[All Fields] OR "perspective taking"[All Fields] OR "patient perspective"[All Fields] OR "disability simulation"[All Fields] OR "point of view simulation"[All Fields] OR "patient experience"[All Fields] OR "role play"[All Fields] OR "patient role play"[All Fields])	("education, nursing"[MeSH Terms] OR "education, nursing, baccalaureate"[MeSH Terms] OR "nurs* students"[All Fields] OR "nurs* education"[All Fields] OR "undergraduate nurs*"[All Fields])	("empathy"[MeSH Terms] OR "empathy"[All Fields] OR "compassion"[All Fields] OR "understand*"[All Fields] OR "comprehension"[MeSH Terms] OR "comprehension"[All Fields] OR "caring"[All Fields] OR "care"[All Fields])
Filters:	Publication date: January 1, 2009 – Nov 11, 2024 Languages: English, German	

decisions were guided by predefined eligibility criteria and regularly discussed within the research team. Ambiguous cases were reviewed collaboratively until consensus was reached.

2.4. Data charting

A standardized charting form was used to capture study characteristics (author, year, country), type of simulation and implementation, student responses, reported outcomes (e.g., empathy, attitudes, emotional/learning outcomes), and pedagogical strategies (e.g., prebriefing, debriefing). Charting was conducted by the first author using MAXQDA software. To enhance rigor, two student assistants supported a second round of coding and data verification. We note that "student responses" (e.g., reflective writing, narratives) and "reported outcomes" (e.g., standardized measures, evaluations) represent distinct sources of data and were therefore analyzed separately. Themes were developed following Braun and Clarke's [17] approach to thematic analysis. This analytic framework was applied iteratively, supported by team discussions and interpretive synthesis in line with scoping review methodology. The results were narratively summarized, with tables used to present key study features and outcomes.

3. Results

3.1. Study selection

A total of 22 studies were included in this review. The selection process is illustrated as a PRISMA flow diagram in figure 1 [18]. A total of 811 records were identified across the four databases and another 2 sources were identified through citation tracking. After deduplication, titles and abstracts were screened against eligibility criteria. Full texts were then assessed for inclusion.

3.2. Characteristics of included studies

The included studies covered different simulation approaches aimed at improving empathy and understanding of patient experiences (see attachment 2). Methodologically, eleven studies employed qualitative, eight quantitative, and three mixed methods designs. Most studies were conducted in the United States (n=12), with others from Australia (n=4), Sweden (n=2), and one each from Türkiye, the Netherlands, Iran, and Taiwan.

3.3. Types and implementation of patient perspective exercises

The 22 included studies employed a variety of simulation formats to introduce perspective-taking and empathy among undergraduate nursing students. The most frequently used was a simulation exercise called "voices that are distressing" (n=6), in which participants listened to audio recordings simulating auditory hallucinations [19]. This format aimed to help students understand the psychological impact of mental health conditions such as schizophrenia [20], [21], [22], [23], [24], [25]. A "day in the life of a patient" approach was used in five studies, often combining multiple sensory or mobility limitations to reflect the complexity of living with a chronic condition [26], [27], [28], [29], [30]. Simulations focusing on wearing an ostomy appliance were conducted in four studies, aimed at increasing awareness of the emotional and practical difficulties faced by patients managing an ostomy [31], [32], [33], [34]. Two studies explored visual or hearing impairment simulations, one of which incorporated virtual reality (VR) elements to add immersion and the feeling of "being there" [35], [36]. Age simulation suits were used in two studies conducted by the same research team, one qualitative and one quantitative, to explore different aspects of aging-related challenges [37], [38]. Two studies used a program called "virtual dementia tour" intended to simulate the disorientation, frustration, and confusion associated with dementia [39], [40], [41]. One study looked at the process of HIV testing, allowing

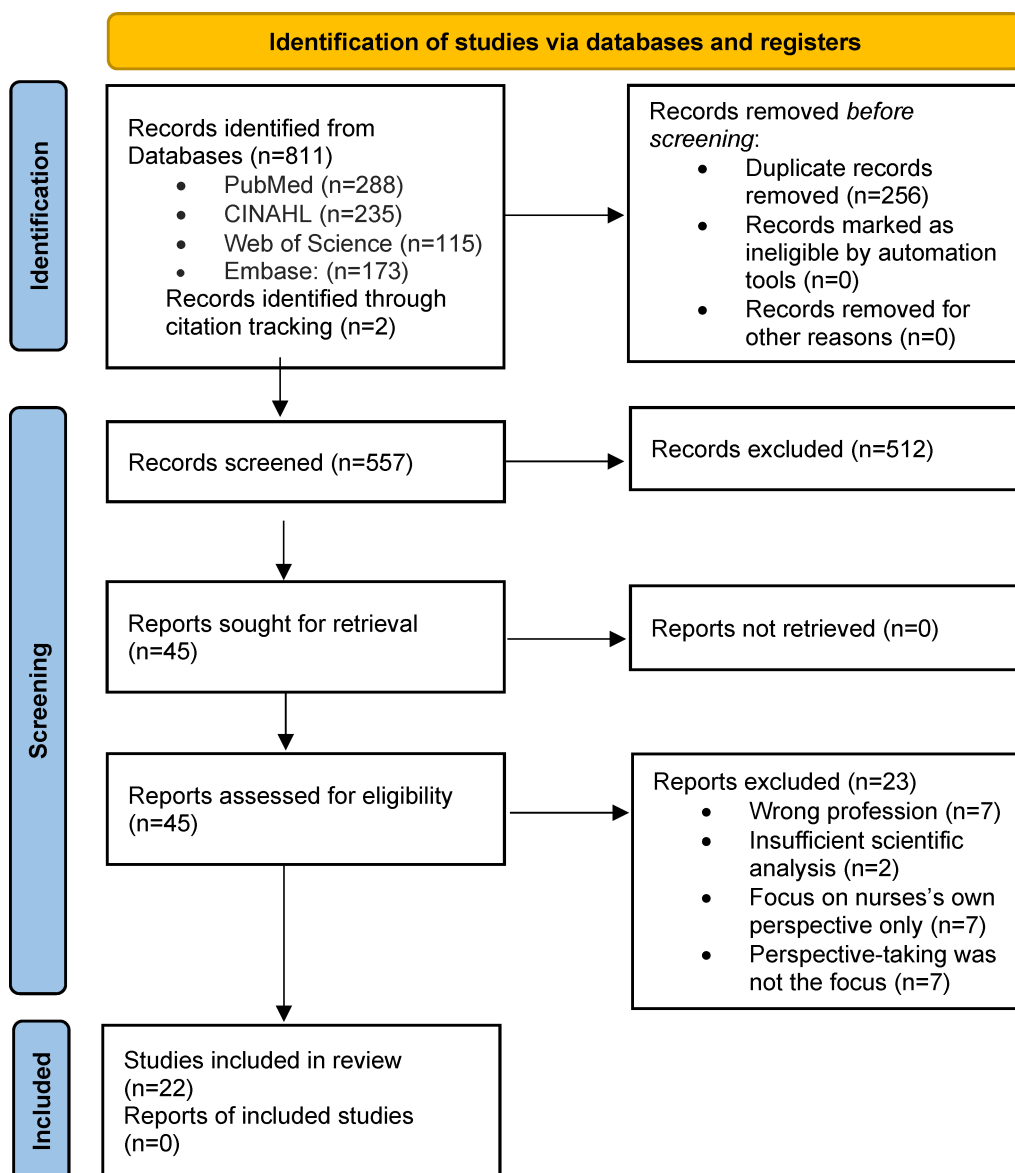


Figure 1: PRISMA Flow Chart [18]

students to reflect on how patients may feel when going through sensitive medical diagnostics [42]. Implementation practices varied across studies, particularly in how students were prepared for and debriefed after the simulation exercises. Pre-briefing commonly included structured activities such as video introductions, theoretical framing, or scenario descriptions to help students orient themselves to the patient perspective [23], [29], [36], [40]. In some cases, pre-briefing also addressed emotional safety and provided guidance for students with lived experience [23]. Debriefing practices ranged from one-on-one facilitated sessions [41] to group discussions or written reflections aimed at consolidating learning and fostering empathy [20], [29], [31]. While the structure and content of these sessions varied, they were consistently used to help students process their emotional responses and connect the simulated experiences to real-world caregiving challenges. Some studies emphasized the importance of simulation realism, enhanced through the use of professional actors, VR tools, or collaboration

with people who had lived experience with the condition being simulated [27], [40], [41]. In three studies, students rotated through different roles, e.g. taking the role of patients and nurses [21], [26], [27].

3.4. Themes

3.4.1. Theme 1: Students' responses during the simulation

Students frequently reported feelings of discomfort, frustration, fear, and heightened vulnerability while participating in the simulation exercises. The emotional responses reported by students ranged from anxiety, embarrassment, and insecurity to more intense responses such as panic, sadness, and a sense of being overwhelmed [22], [23], [31], [33], [34], [37]. Participants often described struggling to stay focused, complete basic tasks, or interact socially due to the sensory or cognitive challenges imposed during the simulations [20], [21],

[35]. Students' emotional and physiological responses varied depending on the type of simulation. For instance, exercises simulating auditory hallucinations were associated with distress, irritability, and a sense of being mentally overpowered [23]. Also, simulations involving visual impairment or mobility restrictions often triggered confusion, dependence, loneliness, and fear of physical harm [29], [35]. Students also expressed embarrassment related to the visibility of assistive devices, such as ostomy bags, and reported self-consciousness and concerns about social stigma [31], [33], [34]. Students even reported feeling physical symptoms such as tachycardia and discomfort [42], and some described feeling "trapped in their own bubble", unable to connect with those around them [38].

3.4.2. Theme 2: Perceived impact after the simulation exercises

Despite the challenges encountered during the simulations, many students expressed gratitude for having participated, describing the experiences as powerful, eye-opening, and transformative [20], [21], [23], [38], [41]. Students repeatedly stated that the simulations offered a kind of insight that could not be achieved through textbooks or clinical placements alone, with one participant emphasizing that "personal experience stays with you" [23]. The authors reported that the simulations fostered deeper awareness and empathy by allowing students to momentarily "step into the shoes" of individuals living with mental illness, sensory impairments, or age-related decline [22], [24], [27], [34], [38]. Many students reported shifts in their attitudes and empathy toward patient care [20], [21]. Complementing these qualitative accounts, studies with quantitative results found statistically significant improvements in attitudes toward patients and higher empathy levels following the simulation experiences [28], [36], [41]. Students described increased patience, a stronger commitment to preserving dignity and autonomy, and a renewed focus on listening and being present [29], [33]. Some students even characterized the experience as life-changing, noting that they would now approach patients with greater humility, attentiveness, and empathy [20], [35]. Additionally, two studies explored how the learning from the simulations translated into clinical practice. One study used a follow-up questionnaire to assess changes in students' empathy and altruism levels [30], while the other study directly observed students during their clinical experiences to evaluate the application of skills and empathy gained from the simulation [20].

3.4.3. Theme 3: Ethical and pedagogical considerations

Educators emphasized the importance of creating a supportive and safe learning environment where students can engage in simulations without fear of harm or judgment [29], [35]. Several studies highlighted the pedago-

gical value of low-cost, immersive tools when paired with clear instructional goals, reflection, and thoughtful integration into broader curricula [23], [36], [40]. Virtual reality (VR) was also noted as an effective, relatively low-cost tool that can enhance immersion and perspective-taking in simulation-based learning [28], [36], [41]. To ensure realism and relevance, researchers recommended grounding simulations in lived experience narratives, involving patients in development [27], [29], or using movies and case studies [28]. Preparation and debriefing were repeatedly stressed as essential components. A well-structured pre-briefing phase helped students better embody the patient perspective [29], [40]. One study reported that students struggled to fully engage as patients, especially when lacking clinical experience [30]. Accordingly, several authors recommended targeting more experienced students or integrating simulation with other activities, such as drama, interviews, or discussion-based courses, to deepen engagement and increase transferability of learning [21], [30]. While the studies reviewed were generally encouraging about the utility of these simulations, researchers also raised important limitations. Simulations, by design, offer only brief, artificial glimpses into what are often lifelong and complex experiences. They may not fully replicate the chronic, cumulative realities of living with disability, illness, or aging [35]. Additionally, poorly designed or insufficiently contextualized simulations carry risks of oversimplification, reinforcing stereotypes, or inadvertently increasing anxiety [22], [35].

4. Discussion

In reflecting on the use of simulated patient perspective exercises within undergraduate nursing education, this scoping review opens a broader discussion around both the potential benefits and significant challenges associated with these educational tools. As the first comprehensive attempt to map this landscape within nursing education, the review highlights the potential of important themes, yet it also invites further dialogue regarding the impact and implementation of these exercises. Across the included studies, three themes emerged:

1. students' immediate responses during the exercises,
2. the perceived impact after participation, and
3. ethical and pedagogical considerations around implementation.

These findings align with prior research showing that simulations that place learners in the role of a patient may be particularly effective in fostering empathy compared to other teaching methods [43]. For undergraduate nursing students, who will inevitably care for patients with complex health conditions, the ability to take another's perspective is described as a foundational tool of nursing practice, one that requires not only clinical reasoning but also attention to the subjective dimensions of patient experience [5], [44]. From this perspective, patient perspective simulations may represent a valuable strategy

for helping students bridge the gap between theoretical knowledge and the lived realities of patients and their families.

While the findings suggest that these exercises can deepen students' understanding of patient experiences, the review also underscores several practical, ethical, and methodological challenges that should be considered to enhance their educational value. The immersive nature of these simulations appears powerful in shaping students' perspectives, often described as "eye-opening" and more effective than traditional classroom instruction [23], [24], [33]. These experiences frequently provoked strong emotional and even physical responses: students reported feelings of frustration, anxiety, disorientation, vulnerability, and sadness [23], [31], [37], [42]. Although initially distressing, many students later described these responses as meaningful and transformative, noting that the intensity of the experience made them more aware of what it might feel like to live with a disability, dementia, or mental illness [20], [22], [27]. Several studies highlighted that this discomfort, when it is properly supported by debriefing, helped students develop more empathy, patience, and a stronger focus on individualized care. In this way, emotional discomfort was not seen as a problem, but as an important part of the learning process that encouraged reflection and changes in attitude. This is in line with earlier research showing that challenging experiences can support personal and professional growth [13]. However, while students frequently reported short-term insight and emotional impact, only two studies explored how these shifts translated into sustained behavioral change or clinical practice improvements [20], [30]. In one study, follow-up questionnaires indicated no measurable changes in attitudes or behaviors, suggesting limited durability of the simulation effects [30]. In contrast, observational data from the other study suggested that students applied some of the skills and perspectives gained from the simulations during clinical practice, although the timeframe and duration of these observations were not clearly reported, making it difficult to assess the persistence of these effects [20]. The importance of structured prebriefing and debriefing was consistently emphasized across studies as a key success factor in the design of patient perspective simulations [20], [23], [31], [36]. These stages, which are endorsed by best-practice standards from the International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (INACSL), serve not only to prepare students cognitively, but also to ensure emotional readiness [45]. Prebriefing strategies included theoretical framing, scenario explanations, and the use of lived-experience narratives, all aimed at helping students engage more meaningfully with the perspective they were about to embody [23], [40]. Emotional safety was often explicitly addressed: students were informed of their right to withdraw, and facilitators were trained to support those who experienced distress during or after the simulation [23], [40]. Debriefing served as an important pedagogical and ethical component, offering students a space for critical reflection and emotional processing

[46]. These sessions in the form of group discussions, written reflections, or one-on-one facilitation helped students articulate the complex emotions elicited by the experience and translate them into empathetic understanding [20], [27], [41]. Importantly, debriefing also functioned as a safeguard for student well-being. As Schmidt et al. argue, structured debriefing is crucial for recognizing and addressing adverse reactions or internal conflicts that may arise, particularly when simulations involve sensitive topics like disability or mental illness [12]. If left unprocessed, these responses risk reinforcing stereotypes or impeding learning. Incorporating narratives from people with lived experience and engaging them in simulation design can enhance both the authenticity and ethical grounding of the exercise [2], [9].

A key concern in the literature is the authenticity and ethical framing of simulations, particularly when they involve disabilities or mental health conditions. Scholars have cautioned that such exercises can oversimplify lived experiences and inadvertently perpetuate negative assumptions [7], [8], [9]. Some even argue that perspective-taking may reinforce rather than dismantle stereotypes, especially when the simulated group is already socially marginalized [47]. For instance, Skorinko and Sinclair [48] highlight that when learners rely on pre-existing stereotypes to imagine another's experience, simulations risk entrenching biased views. Similarly, Silverman [8] critiques disability simulations for emphasizing the initial "shock" of becoming disabled, while neglecting the long-term adaptation, resilience, and autonomy many individuals develop, thereby framing disability as tragic and disempowering. Nario-Redmond et al. [49] further contend that these activities may fail to improve attitudes toward disabled individuals and can even undermine integration efforts. Interestingly, such concerns were rarely addressed in the studies included in this review, pointing to a disconnect between theoretical critiques and the way simulations are currently evaluated in nursing education. This gap underscores the need for more explicit ethical framing and for the active involvement of people with lived experience in designing and delivering these exercises, to ensure that simulations not only foster empathy but also avoid misrepresentation and stigmatization.

4.1. Limitations and strengths

The following section outlines the main methodological limitations of this scoping review before highlighting its strengths. As with all scoping reviews, the aim of this study was to map the breadth of existing research rather than evaluate the effectiveness or quality of interventions. Consequently, while thematic analysis enabled the identification of overarching patterns across studies, a more focused qualitative synthesis could offer nuanced interpretations. The studies reviewed varied widely in methodology, participant demographics, intervention design, and educational settings. Although this heterogeneity is expected in a scoping review, it poses challenges for synthesizing findings and consistently identifying patterns. The

exclusion of non-English and non-German publications introduces a potential language bias, as relevant studies published in other languages may have been missed. Moreover, the exclusion of grey literature might also have introduced publication bias, since studies reporting positive results are more likely to appear in peer-reviewed journals. Furthermore, study selection was conducted primarily by the first reviewer, without duplicate independent screening, which may increase the risk of selection bias despite efforts to critically reassess decisions with the research team.

Despite these limitations, the methodological design of this scoping review also presents several strengths. The use of a transparent, systematically documented search strategy across multiple databases, adherence to PRISMA-ScR reporting guidelines, and structured data charting enhance the rigor and reproducibility of the review. Collaboration among the research team during data extraction and thematic synthesis further contributed to analytical consistency and reflexivity. Collectively, these elements strengthen the validity, transparency, and utility of the review findings.

In addition to these methodological strengths, certain characteristics of the included studies themselves can also be viewed as strengths of the existing evidence base. The diversity of the included studies illustrates the creativity with which nursing educators have approached patient-perspective simulations and the adaptability of such exercises across different contexts. The inclusion of various types of simulation, ranging from role-play to immersive technology-based interventions, provides a rich and multifaceted picture of how empathy and perspective-taking can be fostered in undergraduate nursing education.

5. Conclusion

In conclusion, this scoping review suggests that patient perspective simulations, despite some implementation challenges, are generally perceived by students as valuable tools for enhancing empathy, deepening understanding of patient needs, and fostering a more patient-centered approach in nursing education. The emotional reactions experienced, such as anxiety and confusion, are often seen as valuable entry points for deeper learning. However, to ensure psychological safety and educational value, simulations must be carefully designed with structured prebriefing and debriefing.

Future research should focus on optimizing the design and implementation of patient perspective exercises, particularly to understand experiences of students who respond negatively or disengage. Longitudinal studies are essential for assessing whether short-term insights translate into lasting changes in attitudes and clinical practices, especially during placements or early career stages. Expanding these exercises across diverse cultural and institutional settings could provide insights into contextual factors influencing outcomes.

Authors' ORCIDs

- Anna Christine Steinacker: [0009-0000-4466-1407]
- Michael Klingenberg: [0000-0003-1324-5210]
- Stefan Böser: [0000-0002-3095-4396]

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Attachments

Available from <https://doi.org/10.3205/zma001847>

1. Attachment_1.pdf (96 KB)
PubMed search query November 2024
2. Attachment_2.pdf (211 KB)
Summary of simulation types and study designs

References

1. Leo J, Goodwin DL. Pedagogical Reflections on the Use of Disability Simulations in Higher Education. *J Teach Physic Educ.* 2013;32(4):460-472. DOI: 10.1123/jtpe.32.4.460
2. Power T, Sheehy L, Lucas C, Bosco A, Wang B, Gavegan FL, Quast C, Patton V. Avoiding controversy: Considerations for point-of-view nursing simulations. *Nurse Educ Today.* 2024;137:106166. DOI: 10.1016/j.nedt.2024.106166
3. Ryan PM. Inside the skin of a patient with diabetes: fostering cognitive empathy through insulin pump simulation. *Can Med Educ J.* 2021;12(1):e92-e94. DOI: 10.36834/cmej.70552
4. Römer S. Inklusive Lernszenarien: Das Konzept der reflektierten Selbsterfahrung(en). Berlin: Frank & Timme Verlag für wissenschaftliche Literatur; 2023. DOI: 10.57088/978-3-7329-9007-8
5. Oelke U. Erfahrungsbezogenes Lernen in den Gesundheitsfachberufen. In: Darmann-Finck I, Sahmel KH, editors. *Pädagogik im Gesundheitswesen.* Berlin: Springer-Verlag; 2023. p.363-377. DOI: 10.1007/978-3-662-66832-0_22
6. Benner P. The roles of embodiment, emotion and lifeworld for rationality and agency in nursing practice. *Nurs Phil.* 2000;1(1):5-19. DOI: 10.1046/j.1466-769x.2000.00014.x
7. French S. Simulation Exercises in Disability Awareness Training: A Critique. *Dis Handicap Soc.* 1992;7(3):257-266. DOI: 10.1080/02674649266780261
8. Silverman AM. The Perils of Playing Blind: Problems with Blindness Simulation and a Better Way to Teach about Blindness. *J Blind Innov Res.* 2015;5(2). DOI: 10.5241/5-81
9. Leo J, Goodwin D. Simulating Others' Realities: Insiders Reflect on Disability Simulations. *Adapt Phys Activ Q.* 2016;33(2):156-175. DOI: 10.1123/APAQ.2015-0031
10. Hollo A, Brigandi CB, Jelsema CM, Shi M. Effects of a Disability Simulation Activity on the Achievement, Efficacy, Attitudes, and Interests of Preservice Professionals. *J Vis Impair Blind.* 2021;115(5):414-425. DOI: 10.1177/0145482X211046679
11. Citron I. Kinästhetik - kommunikatives Bewegungslernen. 3. Auflage. Stuttgart: Thieme; 2011. DOI: 10.1055/b-004-138029

12. Schmidt LI, Gerhardy TH, Carleton-Schweitzer L, Wahl HW, Jekel K. "If this is what it means to be old...": a mixed methods study on the effects of age simulation on views on aging and perceptions of age-related impairments. *Eur J Ageing*. 2023;20(1):47. DOI: 10.1007/s10433-023-00793-8
13. Karvelytė M, Rogers J, Gormley GJ. 'Walking in the shoes of our patients': a scoping review of healthcare professionals learning from the simulation of patient illness experiences. *Adv Simul (Lond)*. 2021;6(1):43. DOI: 10.1186/s41077-021-00194-w
14. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Method*. 2005;8(1):19-32. DOI: 10.1080/1364557032000119616
15. Peters MD, Marnie C, Tricco AC, Pollock D, Munn Z, Alexander L, McInerney P, Godfrey CM, Khalil H. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIM Evid Synth*. 2020;18(10):2119-2126. DOI: 10.11124/JBIES-20-00167
16. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, Moher D, Peters MD, Horsley T, Weeks L, Hempel S, Akl EA, Chang C, McGowan J, Stewart L, Hartling L, Aldcroft A, Wilson MG, Garrity C, Lewin S, Godfrey CM, Macdonald MT, Langlois EV, Soares-Weiser K, Moriarty J, Clifford T, Tunçalp Ö, Straus SE. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-473. DOI: 10.7326/M18-0850
17. Braun V, Clarke V. *Thematic analysis: A practical guide*. London: SAGE Publications; 2022. DOI: 10.1007/978-3-319-69909-7_3470-2
18. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, Shamseer L, Teetzlaff JM, Akl EA, Brennan SE, Chou R, Glanville J, Grimshaw JM, Hróbjartsson A, Lalu MM, Li T, Loder EW, Mayo-Wilson E, McDonald S, McGuinness LA, Stewart LA, Thomas J, Tricco AC, Welch VA, Whiting P, Moher D. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. DOI: 10.1136/bmj.n71
19. Pat Deegan PhD & Associates. *Voices Simulation*. Zugänglich unter/available from: <https://www.patdeegan.com/hearing-voices>
20. Chaffin AJ, Adams C. Creating Empathy Through Use of a Hearing Voices Simulation. *Clin Sim Nurs*. 2013;9(8):e293-e304. DOI: 10.1016/j.ecns.2012.04.004
21. Fossen P, Stoeckel PR. Nursing Students' Perceptions of a Hearing Voices Simulation and Role-Play: Preparation for Mental Health Clinical Practice. *J Nurs Educ*. 2016;55(4):203-208. DOI: 10.3928/01484834-20160316-04
22. Hamilton Wilson JE, Azzopardi W, Sager S, Gould B, Conroy S, Deegan P, Archi S. A narrative study of the experiences of student nurses who have participated in the Hearing Voices that are Distressing simulation. *Int J Nurs Educ Scholarsh*. 2009;6:Article19. DOI: 10.2202/1548-923X.1727
23. Orr F, Kellehear K, Armari E, Pearson A, Holmes D. The distress of voice-hearing: the use of simulation for awareness, understanding and communication skill development in undergraduate nursing education. *Nurse Educ Pract*. 2013;13(6):529-535. DOI: 10.1016/j.nepr.2013.03.023
24. Mawson K. Use of media technology to enhance the learning of student nurses in regards to auditory hallucinations. *Int J Ment Health Nurs*. 2014;23(2):135-144. DOI: 10.1111/inm.12031
25. Langham GW, Jones MP, Terry A. Transforming future nurses through simulation in mental health nursing. *J Nurs Educ Pract*. 2017;7(4):96-102. DOI: 10.5430/jnep.v7n4p96
26. Levett-Jones T, Lapkin S, Govind N, Pich J, Hoffman K, Jeong SY, Norton CA, Noble D, Maclellan L, Robinson-Reilly M, Everson N. Measuring the impact of a 'point of view' disability simulation on nursing students' empathy using the Comprehensive State Empathy Scale. *Nurse Educ Today*. 2017;59:75-81. DOI: 10.1016/j.nedt.2017.09.007
27. Levett-Jones T, Govind N, Pich J, Hoffman K, Lapkin S, Jeong SY, Noble D, Maclellan L, Norton C, Robinson-Reilly M, Jakimowicz S. Exploring Nursing Students' Perspectives of a Novel Point-of-View Disability Simulation. *Clin Sim Nurs*. 2018;18:28-37. DOI: 10.1016/j.ecns.2017.10.010
28. Witherspoon M, Pankonien CA, Baldwin J, Hunter C. The impact of a role-play patient simulation on nursing students as measured by the comprehensive state empathy scale. *Teach Learn Nurs*. 2023;18(3):e79-e83. DOI: 10.1016/j.teln.2023.04.016
29. Ter Beest H, van Bommel M, Adriaansen M. Nursing student as patient: experiential learning in a hospital simulation to improve empathy of nursing students. *Scand J Caring Sci*. 2018;32(4):1390-1397. DOI: 10.1111/scs.12584
30. Basit G, Su S, Geçkil E, Basit O, Alabay KN. The effect of drama-supported, patient role-play experience on empathy and altruism levels in nursing students: A randomized controlled study. *Nurse Educ Pract*. 2023;69:103634. DOI: 10.1016/j.nepr.2023.103634
31. Díaz DA, Maruca AT, Kuhnly JE, Jeffries P, Grabon N. Creating Caring and Empathic Nurses: A Simulated Ostomate. *Clin Sim Nurs*. 2015;11(12):513-518. DOI: 10.1016/j.ecns.2015.10.002
32. Maruca AT, Diaz DA, Kuhnly JE, Jeffries PR. Enhancing Empathy in Undergraduate Nursing Students: An Experiential Ostomate Simulation. *Nurs Educ Perspect*. 2015;36(6):367-371. DOI: 10.5480/15-1578
33. Swenty CF, Doerner M. Nursing Students' Perceptions Following an Ostomy Experiential Activity: A Qualitative Study. *Int J Human Car*. 2022;27(1):JHC-2021-0017.R1. DOI: 10.20467/JHC-2021-0017
34. Hood DG, Haskins TL, Roberson SC. Stepping Into Their Shoes: The Ostomy Experience. *J Nurs Educ*. 2018;57(4):233-236. DOI: 10.3928/01484834-20180322-08
35. Nikbakht Nasrabadi A, Malek M, Shali M, Jafari H. Exploring nursing students' experiences of blindness simulation: A phenomenological study. *Nurs Open*. 2022;9(4):2199-2208. DOI: 10.1002/nop2.947
36. Hannans JA, Nevins CM, Jordan K. See it, hear it, feel it: embodying a patient experience through immersive virtual reality. *Inform Learn Sci*. 2021;122(7/8):565-583. DOI: 10.1111/ISL10-2020-0223
37. Bouwmeester Stjernetun B, Hallgren J, Gillsjö C. Effects of an age suit simulation on nursing students' perspectives on providing care to older persons - an education intervention study. *Educ Gerontol*. 2024;50(3):240-253. DOI: 10.1080/03601277.2023.2258051
38. Bouwmeester Stjernetun B, Gillsjö C, Odzakovic E, Hallgren J. "It's like walking in a bubble", nursing students' perspectives on age suit simulation in a home environment - group interviews from reflection seminars. *BMC Nursing*. 2024;23:124. DOI: 10.1186/s12912-024-01792-5
39. Second Wind. *Virtual Dementia Tour*. Zugänglich unter/available from: <https://secondwind.org/programs/virtual-dementia-tour>
40. Morales K, Adewuyi M, Johnson C, Gee R. The effect of combining an e-learning module with s Virtual Dementia Tour® on knowledge and attitudes toward person-centered dementia care in prelicensure nursing education. *Nurse Educ Pract*. 2024;77:103951. DOI: 10.1016/j.nepr.2024.103951
41. Deprey SM, Kobiske KR. Dementia Simulation Impact on Empathy of Nursing and Physical Therapy Students: A Quantitative Study. *Clin Sim Nurs*. 2023;81:101412. DOI: 10.1016/j.ecns.2023.03.005
42. Chiou PY, Chien CY, Lee A, Mark H, Ko NY. Experiential learning of HIV self-test among student nurses: A qualitative study. *Nurse Educ Today*. 2019;79:111-6. DOI: 10.1016/j.nedt.2018.11.012

43. Bearman M, Palermo C, Allen LM, Williams B. Learning Empathy Through Simulation: A Systematic Literature Review. *Simul Healthc.* 2015;10(5):308-319. DOI: 10.1097/SIH.0000000000000113
44. Kocks A. Einordnung von Empathie im pflegerischen Kontext. In: Thiry L, Schönefeld V, Deckers M, Kocks A, editors. *empCARE*. Berlin, Heidelberg: Springer; 2021. p.11-27. DOI: 10.1007/978-3-662-59472-8_2
45. McDermott DS, Ludlow J, Horsley E, Meakim C. Healthcare Simulation Standards of Best Practice™ Prebriefing: Preparation and Briefing. *Clin Sim Nurs.* 2021;58:9-13. DOI: 10.1016/j.ecns.2021.08.008
46. Decker S, Alinier G, Crawford SB, Gordon RM, Jenkins D, Wilson C. Healthcare Simulation Standards of Best Practice™ The Debriefing Process. *Clin Sim Nurs.* 2021;58:27-32. DOI: 10.1016/j.ecns.2021.08.011
47. Leo J, Goodwin D. Negotiated meanings of disability simulations in an adapted physical activity course: learning from student reflections. *Adapt Phys Activ Q.* 2014;31(2):144-161. DOI: 10.1123/apaq.2013-0099
48. Skorinko JL, Sinclair SA. Perspective taking can increase stereotyping: The role of apparent stereotype confirmation. *J Exper Soc Psychol.* 2013;49(1):10-18. DOI: 10.1016/j.jesp.2012.07.009
49. Nario-Redmond MR, Gospodinov D, Cobb A. Crip for a day: The unintended negative consequences of disability simulations. *Rehabil Psychol.* 2017;62(3):324-333. DOI: 10.1037/rep0000127

Corresponding author:

Anna Christine Steinacker
 University of Applied Sciences Fulda, Leipzigerstr. 123,
 D-36037 Fulda, Germany
 anna.steinacker@gw.hs-fulda.de

Please cite as

Steinacker AC, Klingenberg M, Bösner S. Implementation and impact of simulated patient perspective exercises in undergraduate nursing education: A scoping review. *GMS J Med Educ.* 2026;43(4):Doc53. DOI: 10.3205/zma001847, URN: urn:nbn:de:0183-zma0018471

This article is freely available from

<https://doi.org/10.3205/zma001847>

Received: 2025-05-21

Revised: 2025-10-28

Accepted: 2025-12-03

Published: 2026-04-15

Copyright

©2026 Steinacker et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Implementation und Auswirkung von leiblichen Selbsterfahrungsübungen im Pflegestudium: Ein Scoping Review

Zusammenfassung

Zielsetzung: Selbsterfahrungsübungen zur Förderung der Perspektivübernahme aus Sicht von Patient:innen gewinnen in der pflegerischen Hochschulausbildung zunehmend an Bedeutung. Ziel dieses Scoping Reviews ist es, die aktuelle Literatur zu solchen Übungen systematisch zu erfassen und hinsichtlich Gestaltung, berichteter Effekte und pädagogischer Implikationen zu strukturieren.

Methoden: Basierend auf dem Rahmen von Arksey und O'Malley sowie den PRISMA-ScR-Leitlinien wurde eine systematische Literaturrecherche in PubMed, CINAHL, Embase und Web of Science durchgeführt (letzte Suche: November 2024). Eingeschlossen wurden peer-reviewte empirische Studien mit Pflegestudierenden. Die Daten wurden standardisiert extrahiert und thematisch synthetisiert.

Ergebnisse: Insgesamt wurden 22 Studien (2009-2024) eingeschlossen, die qualitative, quantitative oder Mixed-Methods-Designs verwendeten. Die Selbsterfahrungsübungen fokussierten überwiegend auf Alter, Behinderung oder psychische Gesundheit. Drei Themenbereiche wurden identifiziert: (1) unmittelbare Reaktionen der Studierenden, (2) wahrgenommene Effekte nach den Übungen und (3) ethische sowie pädagogische Aspekte.

Schlussfolgerungen: Selbsterfahrungsübungen können Empathie und reflexive Praxis bei Pflegestudierenden fördern. Gleichzeitig verdeutlichen ethische Fragestellungen und heterogene Umsetzungsformen die Notwendigkeit einer sorgfältigen didaktischen Gestaltung. Zukünftige Forschung sollte Langzeiteffekte untersuchen und Best-Practice-Ansätze für die curriculare Integration entwickeln.

Schlüsselwörter: Pflegestudium, Selbsterfahrungsübungen, leibliche Erfahrung, Simulation, Empathie

Anna Christine
Steinacker¹

Michael Klingenberg¹

Stefan Bösner²

1 University of Applied
Sciences Fulda, Fulda,
Deutschland

2 Philipps University Marburg,
Marburg, Deutschland

1. Einleitung

In der Pflegeausbildung und im Pflegestudium sowie in anderen gesundheitsbezogenen Studien- und Ausbildungsgängen werden Selbsterfahrungsübungen eingesetzt, um Lernenden einen Perspektivwechsel zu ermöglichen und sie an Versorgungssituationen aus der Sicht derjenigen heranzuführen, die gepflegt werden [1], [2]. Ziel dieser Übungen ist es, das Verständnis für körperliche und emotionale Herausforderungen im Zusammenhang mit Krankheit oder Behinderung zu vertiefen. Hierzu zählen leiblich-erfahrungsorientierte Formate, in denen Teilnehmende vorübergehend mit funktionellen Einschränkungen konfrontiert werden, etwa durch die Nutzung eines Rollstuhls, das Erleben von Seh- oder Hörbeeinträchtigungen oder die Abhängigkeit von Unterstützung bei alltäglichen Aktivitäten [3], [4].

Dieser didaktische Ansatz ist insbesondere für die Pflege von Bedeutung, da Pflegenden in ihrer beruflichen Praxis in intensive, häufig langfristige Interaktionen mit Patient*innen eingebunden sind, die weit über die Anwendung technischer Fertigkeiten hinausgehen. Pflege ist ein körperlich und emotional geprägter Beruf, in dem sowohl der Körper der Patient*innen als auch der der Pflegenden eine zentrale Rolle spielt. Wie Oelke hervorhebt, stellt die Wahrnehmung eigener körperlicher und emotionaler Reaktionen eine wesentliche Voraussetzung für mitfühlende und reflektierte Pflege dar [5]. Lehrende nehmen hierbei eine Schlüsselrolle ein, indem sie durch erfahrungsbasierte Lehrformate Lernprozesse fördern, die Empathie, Reflexion und klinisches Denken unterstützen [6].

Trotz ihrer zunehmenden Verbreitung werden Selbsterfahrungsübungen kritisch im Hinblick auf ihre pädagogische Wirksamkeit und ihre ethischen Implikationen diskutiert. Ein zentraler Kritikpunkt besteht darin, dass diese Formate häufig den anfänglichen Schock des Erwerbs

einer Behinderung – etwa durch plötzlichen Mobilitätsverlust oder den Verlust des Sehvermögens – in den Vordergrund stellen, während langfristige Prozesse der Anpassung, der Identitätsentwicklung und der Resilienz unzureichend berücksichtigt werden [4], [7], [8]. Dadurch besteht die Gefahr, komplexe Lebensrealitäten zu vereinfachen, stereotype Vorstellungen zu reproduzieren oder Mitleid anstelle einer differenzierten, authentischen Empathie zu fördern [1], [9], [10].

Darüber hinaus fokussieren viele Selbsterfahrungsübungen primär auf technische Aspekte, etwa das Manövrieren eines Rollstuhls, ohne emotionale, soziale oder strukturelle Dimensionen von Krankheit oder Behinderung angemessen abzubilden. Studierende berichten in diesem Zusammenhang teilweise von intensiven emotionalen Reaktionen wie Angst, Unsicherheit oder Unbehagen. Zudem fällt es einigen schwer, das eigene vorgestellte Leiden klar von den tatsächlichen Erfahrungen von Patient*innen zu unterscheiden [1], [11], [12].

Gleichzeitig betonen zahlreiche Lehrende den didaktischen Mehrwert von Selbsterfahrungsübungen. Insbesondere in Verbindung mit einer sorgfältigen Vor- und Nachbereitung können diese Formate zur Förderung von Empathie beitragen, das Verständnis für die Perspektive von Patient*innen vertiefen und die professionelle Entwicklung von Pflegestudierenden unterstützen [2], [4], [13]. Die berichteten Effekte sind jedoch heterogen und nicht durchgängig konsistent. Zunehmend rücken zudem die ethischen Dynamiken zwischen Studierenden und Lehrenden sowie die Frage in den Fokus, inwiefern Menschen mit eigenen Krankheitserfahrungen stärker in die Konzeption und Durchführung solcher Lehrformate einbezogen werden sollten [1], [8], [9], [11].

Während einzelne Studien positive Effekte berichten, zeigen andere lediglich kurzfristige oder inkonsistente Wirkungen. Auch die konkrete Umsetzung von Selbsterfahrungsübungen variiert erheblich, und bislang besteht kein Konsens über Best-Practice-Ansätze oder übergreifende didaktische Rahmenkonzepte [13]. Obwohl die Relevanz dieser Fragestellungen in der gesundheitsberuflichen Ausbildung insgesamt zunimmt, liegt bislang nur begrenzt Forschung vor, die sich spezifisch mit Selbsterfahrungsübungen in grundständigen pflegerischen Studien- und Ausbildungsgängen befasst.

Vor diesem Hintergrund zielt der vorliegende Scoping Review darauf ab, die bestehende Literatur zu Selbsterfahrungsübungen in der pflegerischen Hochschulausbildung systematisch zu erfassen und zu strukturieren. Ziel der Arbeit ist es,

1. die Arten und Gestaltungsformen eingesetzter Selbsterfahrungsübungen zu identifizieren,
2. die Erfahrungen der Pflegestudierenden sowie die berichteten Effekte zu untersuchen und
3. die ethischen, praktischen und pädagogischen Implikationen der Implementierung solcher Übungen in pflegerische Curricula zu analysieren.

Angesichts der thematischen Breite sowie des Bedarfs an einem umfassenden Überblick wurde ein Scoping-Review-Ansatz gewählt, um konzeptionelle Grenzen zu klären und Ansatzpunkte für zukünftige Forschung zu identifizieren [14].

Zur Strukturierung der Analyse wurden folgende Forschungsfrage sowie Unterfragen formuliert:

Welche Arten von Selbsterfahrungsübungen werden in der grundständigen Pflegeausbildung eingesetzt, und wie werden diese von Pflegestudierenden erlebt und bewertet?

1. Welche emotionalen und physiologischen Reaktionen berichten Pflegestudierende während der Teilnahme an Selbsterfahrungsübungen?
2. Welche Herausforderungen, Grenzen und Potenziale erleben Lehrende bei der Implementierung von Selbsterfahrungsübungen?

2. Methoden

2.1. Design des Scoping Reviews

Das Scoping Review wurde in Anlehnung an das methodische Rahmenmodell von Arksey und O'Malley [14] durchgeführt, das fünf Phasen umfasst:

1. Formulierung der Forschungsfrage,
2. Identifikation relevanter Studien,
3. Auswahl der Studien,
4. Daten-Charting sowie
5. Zusammenführung, Zusammenfassung und Darstellung der Ergebnisse.

Ergänzend wurden Weiterentwicklungen der Scoping-Review-Methodik nach Peters et al. [15] berücksichtigt, insbesondere hinsichtlich eines iterativen Charting-Prozesses und einer transparenten Berichterstattung. Die Berichterstattung erfolgte gemäß den PRISMA-ScR-Leitlinien [16]. Das Review-Protokoll ist auf Anfrage bei den Autor*innen erhältlich.

2.2. Informationsquellen und Suchstrategie

Es wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed, CINAHL, Embase und Web of Science durchgeführt. Die letzte Datenbanksuche erfolgte im November 2024. Die Suchstrategie basierte auf drei zentralen Konzepten:

- Pflegeausbildung (z. B. *undergraduate nursing education, pre-licensure nursing training*),
- Selbsterfahrungsübungen (z. B. *disability simulation, perspective training, point-of-view simulation*) sowie
- ergebnisbezogene Begriffe (z. B. *empathy, compassion, attitudes, understanding, care*).

Die zur Entwicklung der PubMed-Suchstrategie verwendeten Konzepte und Suchbegriffe sind in Tabelle 1 dargestellt.

Die vollständige PubMed-Suchstrategie einschließlich der Trefferzahlen ist in Anhang 1 dokumentiert. Die Suchstrategien für die weiteren Datenbanken sind auf Anfrage bei den Autor*innen erhältlich.

Ergänzend wurde ein vorwärts- und rückwärtsgerichtetes Citation-Tracking aller eingeschlossenen Studien durchgeführt. Sämtliche Referenzen wurden in Citavi importiert; die Duplikatentfernung erfolgte automatisiert und manuell.

2.3. Auswahl der Evidenzquellen

Eingeschlossen wurden empirische, peer-reviewte Studien, die zwischen 2009 und 2024 veröffentlicht wurden und sich auf Pflegestudierende in der grundständigen Ausbildung bezogen. Studien mit multiprofessionellen Stichproben wurden berücksichtigt, sofern Pflegestudierende Teil der Stichprobe waren. Eingeschlossen wurden Studien, die körperlich erfahrungsbasierte Selbsterfahrungsübungen beschrieben, in denen Krankheit, Behinderung oder Alter aus der Perspektive von Patient*innen simuliert wurden, und die relevante Ergebnisparameter berichteten, darunter Empathie, Einstellungen, emotionale oder physiologische Reaktionen, Verständnis oder lernbezogene Outcomes.

Ausgeschlossen wurden Literaturreviews, theoretische Arbeiten, Editorials und Konferenzabstracts. Studien in anderen Sprachen als Deutsch oder Englisch sowie graue Literatur (z. B. Dissertationen, unveröffentlichte Berichte) wurden aus pragmatischen und qualitätssichernden Gründen nicht berücksichtigt.

Nach der Duplikatentfernung erfolgte ein zweistufiges Screening (Titel/Abstract und Volltext) anhand vorab definierter Ein- und Ausschlusskriterien. Das Screening wurde aus Ressourcengründen von der Erstautorin durchgeführt. Zur Sicherstellung methodischer Transparenz wurden Screening-Entscheidungen regelmäßig im Forschungsteam reflektiert; uneindeutige Fälle wurden gemeinsam diskutiert, bis ein Konsens erzielt wurde.

2.4. Data-Charting und Analyse

Zur systematischen Erfassung der Studienmerkmale wurde ein standardisiertes Charting-Formular eingesetzt, das Angaben zu Autor:in, Erscheinungsjahr und Herkunftsland, Art und Umsetzung der Selbsterfahrungsübungen, Reaktionen der Studierenden, berichtete Outcomes (z. B. Empathie, Einstellungen, emotionale oder lernbezogene Effekte) sowie didaktische Begleitmaßnahmen (z. B. Prebriefing, Debriefing) umfasste. Das Charting erfolgte durch die Erstautorin mithilfe der Software MAXQDA; zwei studentische Hilfskräfte unterstützten eine zweite Kodier- und Überprüfungsrunde zur Qualitätssicherung.

„Reaktionen der Studierenden“ (z. B. Reflexionsberichte, narrative Daten) und „berichtete Outcomes“ (z. B. standardisierte Messinstrumente, Evaluationsergebnisse)

wurden als unterschiedliche Datentypen betrachtet und getrennt analysiert.

Die thematische Analyse orientierte sich am Ansatz von Braun und Clarke [17] und erfolgte iterativ unter Einbezug von Teambesprechungen sowie einer interpretativen Synthese im Einklang mit der Scoping-Review-Methodik. Die Ergebnisse wurden narrativ dargestellt und durch tabellarische Übersichten zentraler Studienmerkmale und Befunde ergänzt.

3. Ergebnisse

3.1. Studienauswahl

Insgesamt wurden 22 Studien in diesen Review eingeschlossen. Der Auswahlprozess ist als PRISMA-Flussdiagramm in Abbildung 1 dargestellt [18]. Über die vier Datenbanken wurden insgesamt 811 Datensätze identifiziert, zwei weitere Quellen wurden durch Citation-Tracking ergänzt. Nach der Duplikatentfernung wurden Titel und Abstracts anhand der Ein- und Ausschlusskriterien gescreent. Anschließend erfolgte die Volltextprüfung potenziell relevanter Studien.

3.2. Charakteristika der eingeschlossenen Studien

Die eingeschlossenen Studien umfassten unterschiedliche Übungsansätze mit dem Ziel, Empathie und das Verständnis für die Erfahrungen von Patient*innen zu fördern (siehe Anhang 2). Methodisch verwendeten elf Studien qualitative Designs, acht quantitative Designs und drei Mixed-Methods-Ansätze. Die Mehrheit der Studien wurde in den Vereinigten Staaten durchgeführt (n=12), weitere in Australien (n=4) und Schweden (n=2). Jeweils eine Studie stammte aus der Türkei, den Niederlanden, dem Iran und Taiwan.

3.3. Arten und Umsetzung von Selbsterfahrungsübungen

Die 22 eingeschlossenen Studien setzten eine Vielzahl erfahrungsbasierter Formate zur Förderung von Perspektivübernahme und Empathie ein. Am häufigsten wurde die Übung Voices that are distressing verwendet (n=6), bei der auditive Halluzinationen simuliert werden, um das Erleben von Menschen mit psychischen Erkrankungen wie Schizophrenie nachvollziehbar zu machen [19], [20], [21], [22], [23], [24], [25].

Ein „Ein Tag im Leben eine*r Patient*in“-Ansatz wurde in fünf Studien eingesetzt, häufig in Kombination mehrerer sensorischer oder mobilitätsbezogener Einschränkungen zur Abbildung der Komplexität chronischer Erkrankungen [26], [27], [28], [29], [30]. In vier Studien trugen Studierende temporär einen Stomabeutel, um emotionale und praktische Herausforderungen des Lebens mit einem Stoma erfahrbar zu machen [31], [32], [33], [34].

Tabelle 1: PubMed-Suchbegriffe

Konzept 1	Konzept 2	Konzept 3
("experiential learning"[All Fields] OR "perspective taking"[All Fields] OR "patient perspective"[All Fields] OR "disability simulation"[All Fields] OR "point of view simulation"[All Fields] OR "patient experience"[All Fields] OR "role play"[All Fields] OR "patient role play"[All Fields])	("education, nursing"[MeSH Terms] OR "education, nursing, baccalaureate"[MeSH Terms] OR "nurs* students"[All Fields] OR "nurs* education"[All Fields] OR "undergraduate nurs*"[All Fields])	("empathy"[MeSH Terms] OR "empathy"[All Fields] OR "compassion"[All Fields] OR "understand*"[All Fields] OR "comprehension"[MeSH Terms] OR "comprehension"[All Fields] OR "caring"[All Fields] OR "care"[All Fields])
Filter:	Zeitraum: Jan 1, 2009 – Nov 11, 2024 Sprachen: Englisch, Deutsch	

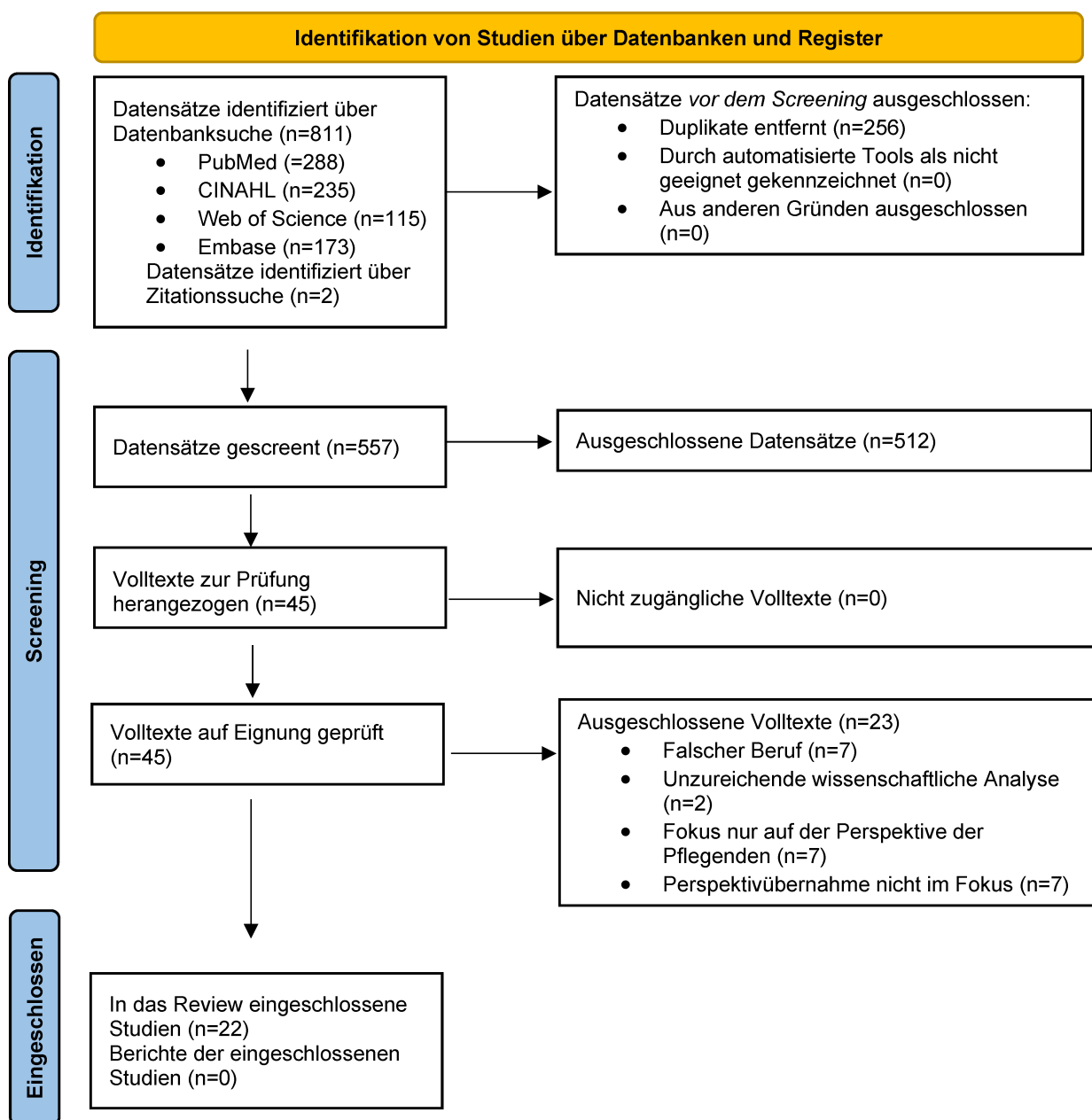


Abbildung 1: PRISMA Flow Chart [18]

Weitere Formate umfassten Simulationen von Seh- oder

Hörbeeinträchtigungen (n=2), in einer Studie unter Einsatz virtueller Realität (VR) [35], [36]. Altersanzüge wurden in zwei Studien desselben Forschungsteams verwendet, um altersbedingte funktionelle Einschränkungen zu simulieren [37], [38]. Zwei Studien nutzten die Virtual Dementia Tour, um Desorientierung und Frustration im Kontext von Demenz erfahrbar zu machen [39], [40], [41]. Eine Studie thematisierte den Prozess der HIV-Testung und fokussierte auf die emotionale Situation von Patient*innen während sensibler Diagnostik [42].

Die Umsetzungspraktiken variierten erheblich, insbesondere hinsichtlich Vorbereitung und Nachbereitung. Prebriefings umfassten häufig theoretische Einführungen, Videos oder Szenariobeschreibungen [23], [29], [36], [40] und thematisierten teilweise Aspekte emotionaler Sicherheit [23]. Debriefings reichten von Einzelgesprächen [41] über Gruppendiskussionen bis hin zu schriftlichen Reflexionen [20], [29], [31] und dienten durchgängig der Verarbeitung emotionaler Reaktionen sowie der Verknüpfung der Erfahrung mit pflegerischer Praxis. Einige Studien betonten die Bedeutung eines hohen Realismus, etwa durch den Einsatz von VR, professionellen Schauspielern*innen oder die Einbindung von Menschen mit eigener Krankheitserfahrung [27], [40], [41]. In drei Studien wechselten Studierende zwischen der Rolle von Patient*innen und Pflegenden [21], [26], [27].

3.4. Thematische Ergebnisse

3.4.1. Thema 1: Reaktionen der Studierenden während der Selbsterfahrungsübungen

Während der Teilnahme berichteten Studierende häufig über emotionale Belastungen wie Unbehagen, Frustration, Angst und erhöhte Vulnerabilität. Die Reaktionen reichten von Anspannung und Unsicherheit bis hin zu intensiveren Empfindungen wie Panik, Traurigkeit oder Überforderung [22], [23], [31], [33], [34], [37]. Viele Teilnehmende beschrieben Schwierigkeiten bei der Bewältigung alltäglicher Aufgaben oder sozialer Interaktionen infolge sensorischer, kognitiver oder motorischer Einschränkungen [20], [21], [35].

Art und Intensität der Reaktionen variierten je nach Format. Simulationen auditiver Halluzinationen wurden mit Reizbarkeit, mentaler Überlastung und Kontrollverlust assoziiert [23]. Übungen zu Seh- oder Mobilitätseinschränkungen führten häufig zu Gefühlen von Abhängigkeit, Einsamkeit, Verwirrung und Angst vor körperlicher Verletzung [29], [35]. Das Tragen eines Stomabeutels war mit Schamgefühlen, erhöhter Selbstbeobachtung und Sorgen hinsichtlich sozialer Stigmatisierung verbunden [31], [33], [34]. Vereinzelt wurden auch physiologische Reaktionen wie Tachykardie oder körperliches Unwohlsein berichtet [42]. Einige Studierende beschrieben das Gefühl, von ihrer Umwelt abgeschirmt zu sein und nur eingeschränkt mit ihr interagieren zu können [38].

3.4.2. Thema 2: Wahrgenommene Effekte nach den Selbsterfahrungsübungen

Trotz der während der Übungen erlebten Belastungen beschrieben viele Studierende die Teilnahme als eindrucksvoll, erkenntnisreich und teilweise transformativ [20], [21], [23], [38], [41]. Wiederholt wurde betont, dass Selbsterfahrungsübungen Einsichten ermöglichten, die weder durch theoretische Lehre noch durch klinische Praktika allein erreichbar seien [23].

Die Autor*innen berichteten über eine Förderung von Empathie und Perspektivübernahme, da Studierende kurzfristig Einblicke in das Erleben von Menschen mit psychischen Erkrankungen, Sinnesbeeinträchtigungen oder altersbedingten Einschränkungen erhielten [22], [24], [27], [34], [38]. Qualitative Befunde wurden durch quantitative Ergebnisse ergänzt, die signifikante Verbesserungen von Empathiewerten und Einstellungen gegenüber Patient*innen nach den Interventionen zeigten [28], [36], [41].

Darüber hinaus berichteten Studierende über eine gesteigerte Geduld, ein stärkeres Bewusstsein für Würde und Autonomie sowie eine erhöhte Sensibilität für Zuhören und Präsenz im Pflegehandeln [29], [33]. Einzelne Teilnehmende beschrieben die Erfahrungen als nachhaltig prägend und gaben an, ihr zukünftiges pflegerisches Handeln bewusster und empathischer gestalten zu wollen [20], [35]. Zwei Studien untersuchten den Transfer in die Praxis: Eine Studie nutzte einen Follow-up-Fragebogen zur Erfassung langfristiger Effekte auf Empathie und Altruismus [30], eine weitere beobachtete Studierende während klinischer Einsätze [20].

3.4.3. Thema 3: Ethische und pädagogische Aspekte

Lehrende hoben die Bedeutung eines sicheren und unterstützenden Lernumfelds hervor, in dem Studierende ohne Angst vor Schaden oder Bewertung an Selbsterfahrungsübungen teilnehmen können [29], [35]. Der didaktische Nutzen kostengünstiger und immersiver Formate wurde betont, sofern diese klaren Lernzielen folgten, reflexiv begleitet und curricular eingebettet waren [23], [36], [40]. VR wurde als effektives Instrument zur Förderung von Immersion und Perspektivübernahme beschrieben [28], [36], [41].

Zur Erhöhung von Authentizität und Relevanz empfahlen Autor*innen die Einbindung narrativer Erfahrungsberichte, die Beteiligung von Patient*innen an der Entwicklung der Formate oder die Kombination mit Filmen und Fallstudien [27], [28], [29]. Prebriefing und Debriefing wurden wiederholt als zentrale didaktische Elemente identifiziert [29], [40]. Eine Studie zeigte, dass Studierende mit geringer klinischer Erfahrung Schwierigkeiten hatten, sich vollständig auf die Rolle von Patient*innen einzulassen [30]. Entsprechend wurde empfohlen, Selbsterfahrungsübungen gezielt bei fortgeschritteneren Studierenden einzusetzen oder mit weiteren Lehrformaten zu kombinieren.

ren, um Reflexionstiefe und Lerntransfer zu erhöhen [21], [30].

Trotz überwiegend positiver Bewertungen wurden auch Limitationen benannt. Selbsterfahrungsübungen ermöglichen lediglich kurzfristige, künstliche Einblicke in oftmals lebenslange und komplexe Erfahrungen und können die chronischen Realitäten von Krankheit, Behinderung oder Alter nur begrenzt abbilden [35]. Unzureichend konzipierte oder kontextualisierte Formate bergen zudem das Risiko der Vereinfachung, der Reproduktion stereotyper Vorstellungen oder einer unbeabsichtigten Verstärkung von Angst [22], [35].

4. Diskussion

Die Ergebnisse dieses Scoping Reviews verdeutlichen sowohl das pädagogische Potenzial als auch die mit Selbsterfahrungsübungen im Pflegestudium verbundenen Herausforderungen. Als erste systematische Aufarbeitung dieses Themenfeldes für die Pflegeausbildung identifiziert der Review wiederkehrende Muster in Gestaltung, Wirkung und Bewertung dieser Lehrformate und macht zugleich Forschungs- und Reflexionsbedarfe sichtbar. Über die eingeschlossenen Studien hinweg ließen sich drei zentrale Themenbereiche identifizieren

1. die unmittelbaren Reaktionen der Studierenden während der Selbsterfahrungsübungen,
2. die wahrgenommenen Effekte nach der Selbsterfahrungsübung sowie
3. ethische und pädagogische Aspekte

Diese Befunde stehen im Einklang mit früheren Arbeiten, die darauf hinweisen, dass erfahrungsbasierte Lehrformate, in denen Lernende temporär die Rolle von Patient*innen einnehmen, besonders geeignet sind, Empathie und Perspektivübernahme zu fördern [43]. Für Pflegestudierende, die in ihrer späteren Berufspraxis mit Menschen mit komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeiten, stellt diese Fähigkeit eine zentrale professionelle Kompetenz dar. Sie erfordert neben klinischem Wissen eine bewusste Auseinandersetzung mit den subjektiven, leiblichen und emotionalen Dimensionen von Krankheit und Pflegeerfahrung [5], [44]. In diesem Sinne können Selbsterfahrungsübungen als potenziell wirksame Brücke zwischen theoretischem Wissen und gelebten Patient*innenerfahrungen verstanden werden. Gleichzeitig verweisen die Ergebnisse auf relevante praktische, ethische und methodische Herausforderungen. Die immersive Qualität der Übungen wurde von Studierenden häufig als besonders wirkungsvoll und „augenöffnend“ beschrieben [23], [24], [33], ging jedoch vielfach mit intensiven emotionalen und teilweise körperlichen Reaktionen einher, darunter Angst, Frustration, Desorientierung, Verletzlichkeit und Traurigkeit [23], [31], [37], [42]. Obwohl diese Reaktionen zunächst als belastend erlebt wurden, bewerteten viele Studierende sie retrospektiv als bedeutsam und lernförderlich. Insbesondere das Erleben von Unbehagen wurde – bei angemessener

didaktischer Begleitung – als Auslöser für Empathie, Geduld und eine stärkere Orientierung an individualisierten Pflegebedürfnissen beschrieben. Emotionale Irritation fungierte somit nicht als Lernhindernis, sondern als integraler Bestandteil eines reflexiven Lernprozesses, was mit früheren Befunden zu transformativen Lernerfahrungen übereinstimmt [13]. Allerdings zeigte sich, dass die berichteten Effekte überwiegend kurzfristiger Natur waren. Nur zwei Studien untersuchten explizit den Transfer der Lernerfahrungen in nachhaltige Einstellungs- oder Verhaltensänderungen [20], [30]. Die Befunde hierzu fielen uneinheitlich aus: Während eine Studie keine langfristigen Effekte nachweisen konnte [30], deuteten Beobachtungsdaten einer anderen Studie auf eine Anwendung empathischer Haltungen in der klinischen Praxis hin, ohne jedoch deren Dauerhaftigkeit eindeutig belegen zu können [20]. Diese Ergebnisse unterstreichen den Bedarf an Längsschnittstudien, die die Nachhaltigkeit erfahrungsbasierter Lernprozesse systematisch untersuchen.

Als zentraler Erfolgsfaktor für die pädagogische Wirksamkeit von Selbsterfahrungsübungen erwiesen sich in nahezu allen Studien strukturierte Prebriefing- und Debriefing-Phasen [20], [23], [31], [36]. Diese entsprechen den Best-Practice-Empfehlungen der International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (INACSL) und dienen sowohl der kognitiven Vorbereitung als auch der emotionalen Absicherung der Studierenden [45]. Prebriefings umfassten unter anderem theoretische Rahmungen, Szenariobeschreibungen und narrative Erfahrungsberichte, um eine reflektierte Perspektivübernahme zu unterstützen [23], [40]. Aspekte emotionaler Sicherheit, etwa die Möglichkeit des Abbruchs oder die Präsenz geschulter Lehrender, wurden dabei häufig explizit adressiert.

Das Debriefing stellte einen zentralen pädagogischen und ethischen Bestandteil dar, indem es Raum für Reflexion, Sinngebung und emotionale Verarbeitung bot [46]. In Gruppendiskussionen, schriftlichen Reflexionen oder begleiteten Einzelgesprächen konnten Studierende ihre Erfahrungen einordnen und in ein differenziertes empathisches Verständnis überführen [20], [27], [41]. Gleichzeitig fungierte das Debriefing als Schutzmechanismus für das psychische Wohlbefinden der Studierenden. Wie Schmidt et al. betonen, ist eine strukturierte Nachbereitung essenziell, um potenziell belastende Reaktionen frühzeitig zu erkennen und zu adressieren [12].

Ein zentrales Spannungsfeld betrifft die Authentizität und ethische Rahmung von Simulationen, insbesondere bei der Darstellung von Behinderung oder psychischer Erkrankung. Mehrere Autor*innen warnen davor, dass solche Übungen komplexe Lebensrealitäten vereinfachen und unbeabsichtigt stereotype oder defizitorientierte Vorstellungen reproduzieren können [7], [8], [9]. Kritisch diskutiert wird insbesondere der Fokus auf den anfänglichen „Schock“ des Behindertwerdens, während langfristige Anpassungsprozesse, Resilienz und Autonomie häufig unberücksichtigt bleiben [8]. In diesem Zusammenhang wird argumentiert, dass Perspektivübernahme nicht per

se zu differenzierten oder positiven Einstellungen führt und unter bestimmten Bedingungen bestehende Stereotype sogar verstärken kann [47], [48], [49].

Auffällig ist, dass diese ethischen und theoretischen Kritikpunkte in den eingeschlossenen Studien nur selten explizit reflektiert wurden. Dies deutet auf eine Diskrepanz zwischen konzeptionellen Debatten und empirischer Forschung zur Pflegeausbildung hin. Die Ergebnisse unterstreichen daher die Notwendigkeit einer klareren ethischen Rahmung sowie einer stärkeren Einbindung von Menschen mit eigener Krankheitserfahrung in die Entwicklung und Umsetzung von Selbsterfahrungsübungen, um Authentizität zu fördern und Stigmatisierung entgegenzuwirken.

4.1. Limitationen und Stärken

Wie für Scoping Reviews typisch, zielte diese Arbeit darauf ab, die Breite der bestehenden Literatur abzubilden, nicht jedoch die Qualität oder Wirksamkeit einzelner Interventionen zu bewerten. Die thematische Synthese ermöglichte die Identifikation übergreifender Muster, schränkte jedoch die Tiefe der inhaltlichen Interpretation ein. Die hohe Heterogenität der eingeschlossenen Studien hinsichtlich Design, Interventionen, Stichproben und Bildungskontexte erschwerte zudem die Vergleichbarkeit der Ergebnisse.

Die Beschränkung auf deutsch- und englischsprachige Publikationen sowie der Ausschluss grauer Literatur bergen das Risiko von Sprach- und Publikationsbias. Darüber hinaus erfolgte das Screening überwiegend durch eine Autorin, was trotz teaminterner Rückkopplung ein erhöhtes Risiko für Selektionsverzerrungen impliziert.

Demgegenüber stehen mehrere methodische Stärken. Die transparente und systematische Suchstrategie über mehrere Datenbanken, die Orientierung an den PRISMA-ScR-Leitlinien sowie ein strukturiertes Daten-Charting erhöhen die Nachvollziehbarkeit und Reproduzierbarkeit der Ergebnisse. Die kontinuierliche Abstimmung im Forschungsteam unterstützte zudem analytische Konsistenz und Reflexivität.

Auch die eingeschlossenen Studien selbst weisen Stärken auf: Sie zeigen eine große Vielfalt an kreativen und kontextsensitiven Ansätzen zur Umsetzung von Selbsterfahrungsübungen, von einfachen Rollenspielen bis hin zu immersiven, technologiegestützten Formaten, und verdeutlichen das breite didaktische Potenzial dieser Lehrmethoden in der Pflegeausbildung.

5. Schlussfolgerung

Dieser Scoping Review zeigt, dass Selbsterfahrungsübungen in der Pflegeausbildung von Studierenden überwiegend als wertvolle Lehrformate wahrgenommen werden und zur Förderung von Empathie, Perspektivübernahme und patient*innenzentrierten Haltungen beitragen können. Die während der Übungen erlebten emotionalen Reaktionen, wie Angst, Verunsicherung oder Desorientie-

rung, werden häufig als Ausgangspunkt vertiefter Lernprozesse beschrieben. Voraussetzung für einen nachhaltigen pädagogischen Mehrwert ist jedoch eine sorgfältige didaktische Gestaltung, insbesondere durch strukturierte Prebriefing- und Debriefing-Phasen, die sowohl Lernprozesse unterstützen als auch die psychologische Sicherheit der Studierenden gewährleisten.

Zukünftige Forschung sollte sich verstärkt mit der Optimierung der Konzeption und Implementierung von Selbsterfahrungsübungen befassen, insbesondere im Hinblick auf Studierende, die negativ reagieren oder sich emotional oder kognitiv distanzieren. Längsschnittstudien sind erforderlich, um zu prüfen, ob kurzfristige Erkenntnisse in nachhaltige Veränderungen von Einstellungen und pflegerischer Praxis übergehen. Darüber hinaus erscheint eine Ausweitung der Forschung auf unterschiedliche kulturelle und institutionelle Kontexte sinnvoll, um weitere Einflussfaktoren auf die Wirksamkeit erfahrungsbasierter Lehrformate zu identifizieren.

ORCID^s der Autor*innen

- Anna Christine Steinacker: [0009-0000-4466-1407]
- Michael Klingenberg: [0000-0003-1324-5210]
- Stefan Böser: [0000-0002-3095-4396]

Interessenkonflikt

Die Autor*innen erklären, dass sie keinen Interessenkonflikt im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

Anhänge

Verfügbar unter <https://doi.org/10.3205/zma001847>

1. Anhang_1.pdf (105 KB)
PubMed-Suchstrategie (Finale Suche: November 2024)
2. Anhang_2.pdf (222 KB)
Zusammenfassung der Übungsformate und Studiendesigns

Literatur

1. Leo J, Goodwin DL. Pedagogical Reflections on the Use of Disability Simulations in Higher Education. *J Teach Physic Educ.* 2013;32(4):460-472. DOI: 10.1123/jtpe.32.4.460
2. Power T, Sheehy L, Lucas C, Bosco A, Wang B, Gavegan FL, Quast C, Patton V. Avoiding controversy: Considerations for point-of-view nursing simulations. *Nurse Educ Today.* 2024;137:106166. DOI: 10.1016/j.nedt.2024.106166
3. Ryan PM. Inside the skin of a patient with diabetes: fostering cognitive empathy through insulin pump simulation. *Can Med Educ J.* 2021;12(1):e92-e94. DOI: 10.36834/cmej.70552

4. Römer S. Inklusive Lernszenarien: Das Konzept der reflektierten Selbsterfahrung(en). Berlin: Frank & Timme Verlag für wissenschaftliche Literatur; 2023. DOI: 10.57088/978-3-7329-9007-8
5. Oelke U. Erfahrungsbezogenes Lernen in den Gesundheitsfachberufen. In: Darmann-Finck I, Sahmel KH, editors. Pädagogik im Gesundheitswesen. Berlin: Springer-Verlag; 2023. p.363-377. DOI: 10.1007/978-3-662-66832-0_22
6. Benner P. The roles of embodiment, emotion and lifeworld for rationality and agency in nursing practice. *Nurs Phil.* 2000;1(1):5-19. DOI: 10.1046/j.1466-769x.2000.00014.x
7. French S. Simulation Exercises in Disability Awareness Training: A Critique. *Dis Handicap Soc.* 1992;7(3):257-266. DOI: 10.1080/02674649266780261
8. Silverman AM. The Perils of Playing Blind: Problems with Blindness Simulation and a Better Way to Teach about Blindness. *J Blind Innov Res.* 2015;5(2). DOI: 10.5241/5-81
9. Leo J, Goodwin D. Simulating Others' Realities: Insiders Reflect on Disability Simulations. *Adapt Phys Activ Q.* 2016;33(2):156-175. DOI: 10.1123/APAQ.2015-0031
10. Hollo A, Brigandi CB, Jelsema CM, Shi M. Effects of a Disability Simulation Activity on the Achievement, Efficacy, Attitudes, and Interests of Preservice Professionals. *J Vis Impair Blind.* 2021;115(5):414-425. DOI: 10.1177/0145482X211046679
11. Citron I. Kinästhetik - kommunikatives Bewegungslernen. 3. Auflage. Stuttgart: Thieme; 2011. DOI: 10.1055/b-004-138029
12. Schmidt LI, Gerhardy TH, Carleton-Schweitzer L, Wahl HW, Jekel K. "If this is what it means to be old...": a mixed methods study on the effects of age simulation on views on aging and perceptions of age-related impairments. *Eur J Ageing.* 2023;20(1):47. DOI: 10.1007/s10433-023-00793-8
13. Karvelytė M, Rogers J, Gormley GJ. 'Walking in the shoes of our patients': a scoping review of healthcare professionals learning from the simulation of patient illness experiences. *Adv Simul (Lond).* 2021;6(1):43. DOI: 10.1186/s41077-021-00194-w
14. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Method.* 2005;8(1):19-32. DOI: 10.1080/1364557032000119616
15. Peters MD, Marnie C, Tricco AC, Pollock D, Munn Z, Alexander L, McInerney P, Godfrey CM, Khalil H. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evid Synth.* 2020;18(10):2119-2126. DOI: 10.11124/JBIES-20-00167
16. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, Moher D, Peters MD, Horsley T, Weeks L, Hempel S, Akl EA, Chang C, McGowan J, Stewart L, Hartling L, Aldcroft A, Wilson MG, Garrity C, Lewin S, Godfrey CM, Macdonald MT, Langlois EV, Soares-Weiser K, Moriarty J, Clifford T, Tunçalp Ö, Straus SE. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med.* 2018;169(7):467-473. DOI: 10.7326/M18-0850
17. Braun V, Clarke V. Thematic analysis: A practical guide. London: SAGE Publications; 2022. DOI: 10.1007/978-3-319-69909-7_3470-2
18. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, Shamseer L, Teetzlaff JM, Akl EA, Brennan SE, Chou R, Glanville J, Grimshaw JM, Hróbjartsson A, Lalu MM, Li T, Loder EW, Mayo-Wilson E, McDonald S, McGuinness LA, Stewart LA, Thomas J, Tricco AC, Welch VA, Whiting P, Moher D. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021;372:n71. DOI: 10.1136/bmj.n71
19. Pat Deegan PhD & Associates. Voices Simulation. Zugänglich unter/available from: <https://www.patdeegan.com/hearing-voices>
20. Chaffin AJ, Adams C. Creating Empathy Through Use of a Hearing Voices Simulation. *Clin Sim Nurs.* 2013;9(8):e293-e304. DOI: 10.1016/j.ecns.2012.04.004
21. Fossen P, Stoeckel PR. Nursing Students' Perceptions of a Hearing Voices Simulation and Role-Play: Preparation for Mental Health Clinical Practice. *J Nurs Educ.* 2016;55(4):203-208. DOI: 10.3928/01484834-20160316-04
22. Hamilton Wilson JE, Azzopardi W, Sager S, Gould B, Conroy S, Deegan P, Archi S. A narrative study of the experiences of student nurses who have participated in the Hearing Voices that are Distressing simulation. *Int J Nurs Educ Scholarsh.* 2009;6:Article19. DOI: 10.2202/1548-923X.1727
23. Orr F, Kellehear K, Armari E, Pearson A, Holmes D. The distress of voice-hearing: the use of simulation for awareness, understanding and communication skill development in undergraduate nursing education. *Nurse Educ Pract.* 2013;13(6):529-535. DOI: 10.1016/j.nepr.2013.03.023
24. Mawson K. Use of media technology to enhance the learning of student nurses in regards to auditory hallucinations. *Int J Ment Health Nurs.* 2014;23(2):135-144. DOI: 10.1111/inm.12031
25. Langham GW, Jones MP, Terry A. Transforming future nurses through simulation in mental health nursing. *J Nurs Educ Pract.* 2017;7(4):96-102. DOI: 10.5430/jnep.v7n4p96
26. Levett-Jones T, Lapkin S, Govind N, Pich J, Hoffman K, Jeong SY, Norton CA, Noble D, Maclellan L, Robinson-Reilly M, Everson N. Measuring the impact of a 'point of view' disability simulation on nursing students' empathy using the Comprehensive State Empathy Scale. *Nurse Educ Today.* 2017;59:75-81. DOI: 10.1016/j.nedt.2017.09.007
27. Levett-Jones T, Govind N, Pich J, Hoffman K, Lapkin S, Jeong SY, Noble D, Maclellan L, Norton C, Robinson-Reilly M, Jakimowicz S. Exploring Nursing Students' Perspectives of a Novel Point-of-View Disability Simulation. *Clin Sim Nurs.* 2018;18:28-37. DOI: 10.1016/j.ecns.2017.10.010
28. Witherspoon M, Pankonien CA, Baldwin J, Hunter C. The impact of a role-play patient simulation on nursing students as measured by the comprehensive state empathy scale. *Teach Learn Nurs.* 2023;18(3):e79-e83. DOI: 10.1016/j.teln.2023.04.016
29. Ter Beest H, van Bommel M, Adriaansen M. Nursing student as patient: experiential learning in a hospital simulation to improve empathy of nursing students. *Scand J Caring Sci.* 2018;32(4):1390-1397. DOI: 10.1111/scs.12584
30. Basit G, Su S, Geçkil E, Basit O, Alabay KN. The effect of drama-supported, patient role-play experience on empathy and altruism levels in nursing students: A randomized controlled study. *Nurse Educ Pract.* 2023;69:103634. DOI: 10.1016/j.nepr.2023.103634
31. Díaz DA, Maruca AT, Kuhnly JE, Jeffries P, Grabon N. Creating Caring and Empathic Nurses: A Simulated Ostomate. *Clin Sim Nurs.* 2015;11(12):513-518. DOI: 10.1016/j.ecns.2015.10.002
32. Maruca AT, Diaz DA, Kuhnly JE, Jeffries PR. Enhancing Empathy in Undergraduate Nursing Students: An Experiential Ostomate Simulation. *Nurs Educ Perspect.* 2015;36(6):367-371. DOI: 10.5480/15-1578
33. Swenty CF, Doerner M. Nursing Students' Perceptions Following an Ostomy Experiential Activity: A Qualitative Study. *Int J Human Car.* 2022;27(1):IJHC-2021-0017.R1. DOI: 10.20467/IJHC-2021-0017
34. Hood DG, Haskins TL, Roberson SC. Stepping Into Their Shoes: The Ostomy Experience. *J Nurs Educ.* 2018;57(4):233-236. DOI: 10.3928/01484834-20180322-08
35. Nikbakht Nasrabadi A, Malek M, Shali M, Jafari H. Exploring nursing students' experiences of blindness simulation: A phenomenological study. *Nurs Open.* 2022;9(4):2199-2208. DOI: 10.1002/nop.2.947

36. Hannans JA, Nevins CM, Jordan K. See it, hear it, feel it: embodying a patient experience through immersive virtual reality. *Inform Learn Sci.* 2021;122(7/8):565-583. DOI: 10.1118/ISL10-2020-0223
37. Bouwmeester Stjernetun B, Hallgren J, Gillsjö C. Effects of an age suit simulation on nursing students' perspectives on providing care to older persons - an education intervention study. *Educ Gerontol.* 2024;50(3):240-253. DOI: 10.1080/03601277.2023.2258051
38. Bouwmeester Stjernetun B, Gillsjö C, Odzakovic E, Hallgren J. "It's like walking in a bubble", nursing students' perspectives on age suit simulation in a home environment – group interviews from reflection seminars. *BMC Nursing.* 2024;23:124. DOI: 10.1186/s12912-024-01792-5
39. Second Wind. Virtual Dementia Tour. Zugänglich unter/available from: <https://secondwind.org/programs/virtual-dementia-tour>
40. Morales K, Adewuyi M, Johnson C, Gee R. The effect of combining an e-learning module with s Virtual Dementia Tour® on knowledge and attitudes toward person-centered dementia care in prelicensure nursing education. *Nurse Educ Pract.* 2024;77:103951. DOI: 10.1016/j.nepr.2024.103951
41. Deprey SM, Kobiske KR. Dementia Simulation Impact on Empathy of Nursing and Physical Therapy Students: A Quantitative Study. *Clin Sim Nurs.* 2023;81:101412. DOI: 10.1016/j.ecns.2023.03.005
42. Chiou PY, Chien CY, Lee A, Mark H, Ko NY. Experiential learning of HIV self-test among student nurses: A qualitative study. *Nurse Educ Today.* 2019;79:111-6. DOI: 10.1016/j.nedt.2018.11.012
43. Bearman M, Palermo C, Allen LM, Williams B. Learning Empathy Through Simulation: A Systematic Literature Review. *Simul Healthc.* 2015;10(5):308-319. DOI: 10.1097/SIH.0000000000000113
44. Kocks A. Einordnung von Empathie im pflegerischen Kontext. In: Thiry L, Schönefeld V, Deckers M, Kocks A, editors. *empCARE*. Berlin, Heidelberg: Springer; 2021. p.11-27. DOI: 10.1007/978-3-662-59472-8_2
45. McDermott DS, Ludlow J, Horsley E, Meakim C. Healthcare Simulation Standards of Best Practice™ Prebriefing: Preparation and Briefing. *Clin Sim Nurs.* 2021;58:9-13. DOI: 10.1016/j.ecns.2021.08.008
46. Decker S, Alinier G, Crawford SB, Gordon RM, Jenkins D, Wilson C. Healthcare Simulation Standards of Best Practice™ The Debriefing Process. *Clin Sim Nurs.* 2021;58:27-32. DOI: 10.1016/j.ecns.2021.08.011
47. Leo J, Goodwin D. Negotiated meanings of disability simulations in an adapted physical activity course: learning from student reflections. *Adapt Phys Activ Q.* 2014;31(2):144-161. DOI: 10.1123/apaq.2013-0099
48. Skorinko JL, Sinclair SA. Perspective taking can increase stereotyping: The role of apparent stereotype confirmation. *J Exper Soc Psychol.* 2013;49(1):10-18. DOI: 10.1016/j.jesp.2012.07.009
49. Nario-Redmond MR, Gospodinov D, Cobb A. Crip for a day: The unintended negative consequences of disability simulations. *Rehabil Psychol.* 2017;62(3):324-333. DOI: 10.1037/rep0000127

Korrespondenzadresse:

Anna Christine Steinacker
University of Applied Sciences Fulda, Leipzigerstr. 123,
36037 Fulda, Deutschland
anna.steinacker@gw.hs-fulda.de

Bitte zitieren als

Steinacker AC, Klingenberg M, Bösner S. Implementation and impact of simulated patient perspective exercises in undergraduate nursing education: A scoping review. *GMS J Med Educ.* 2026;43(4):Doc53. DOI: 10.3205/zma001847, URN: urn:nbn:de:0183-zma0018471

Artikel online frei zugänglich unter

<https://doi.org/10.3205/zma001847>

Eingereicht: 21.05.2025

Überarbeitet: 28.10.2025

Angenommen: 03.12.2025

Veröffentlicht: 15.04.2026

Copyright

©2026 Steinacker et al. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.