

Training supported by simulated persons to promote the development of specific communication skills in advance care planning

Abstract

Objectives: Advance care planning (ACP) has been conceived to ensure that patients who are unable to consent are treated in consistence with their well-informed, predetermined preferences. At an individual level, standardised conversations are offered by specifically qualified healthcare professionals (ACP facilitators). Internationally, there is considerable variability with regard to ACP qualifications. This article describes how ACP facilitators are trained in role plays employing simulated persons (SPs) in accordance with the standards of two professional societies.

Methods: ACP experts developed ten roles in cooperation with an SP coach (director) based on real ACP conversations. The emotional and mental world of the role, ACP-relevant facts such as previous experience in the medical context, and aids for acting were developed, taking into account the central challenges in ACP conversations. To ensure standardisation, the SPs rehearsed in a structured manner and received feedback training. Microteaching techniques were developed for the facilitator training.

Results: Feedback skills and openness towards the topics of serious illness, dying and death are required for the SP to be suitable. Since 2017, ACP facilitator training has taken place in small groups of four participants, one SP and one qualified ACP coach. The required framework is described in detail.

Conclusion: SP-supported training is a decisive improvement for the teaching and assessment of the highly complex ACP-facilitation skills and attitudes. Planning and implementation place high demands on SP and ACP coaches who also require specific qualifications.

Keywords: teaching methods, simulation patient/person, training for complex communication skills, advance care planning

Kornelia Götze¹
Stefanie Otten-Marré²
Barbara Loupatatzis³
Jürgen in der Schmitt¹

1 University of Duisburg-Essen, Medical Faculty, Institute of Family Medicine & General Practice, Essen, Germany

2 University Hospital Düsseldorf, Centre for Health and Society (chs), Institute of General Practice & General Practice, Düsseldorf, Germany

3 GZO Wetzikon Hospital, Palliative Care Team, Wetzikon, Switzerland

1. Introduction

1.1. Advance care planning

Advance care planning (ACP) aims to ensure that patients who are unable to consent [1] receive care consistent with their well-informed predetermined preferences [2], [3]. This requires comprehensive developments in the healthcare system at an individual, institutional and regional level (ACP programme) [4]. The institutional and regional implementation of the ACP programme must ensure that the preferences of the person incapable of decision-making are known and honoured in the event of severe illness. At the individual level, a multi-stage outreach offer to have an ACP conversation is made by a qualified specialist, a so-called ACP facilitator. The conversation can lead to a meaningful advance directive.

1.2. ACP facilitator qualification meeting the standards of ACP Germany and ACP Swiss

Internationally, there have been training programmes for ACP facilitators since the 1990s [5], but only a few of these have been implemented with simulated persons (SP) (e.g. to tatou reo – New Zealand [6]); there is no systematic survey on this subject. The joint standard of the professional societies ACP Germany (ACP-D) [7] and ACP Swiss [8] for an eight-day ACP facilitator qualification, on which this article is based, was developed in 2017/18 on the basis of the respective national predecessors [7], [9], [10], [11] and internationally established ACP programmes [5], [12] (see figure 1 and attachment 1). The standard draws from experience in SP-supported teaching

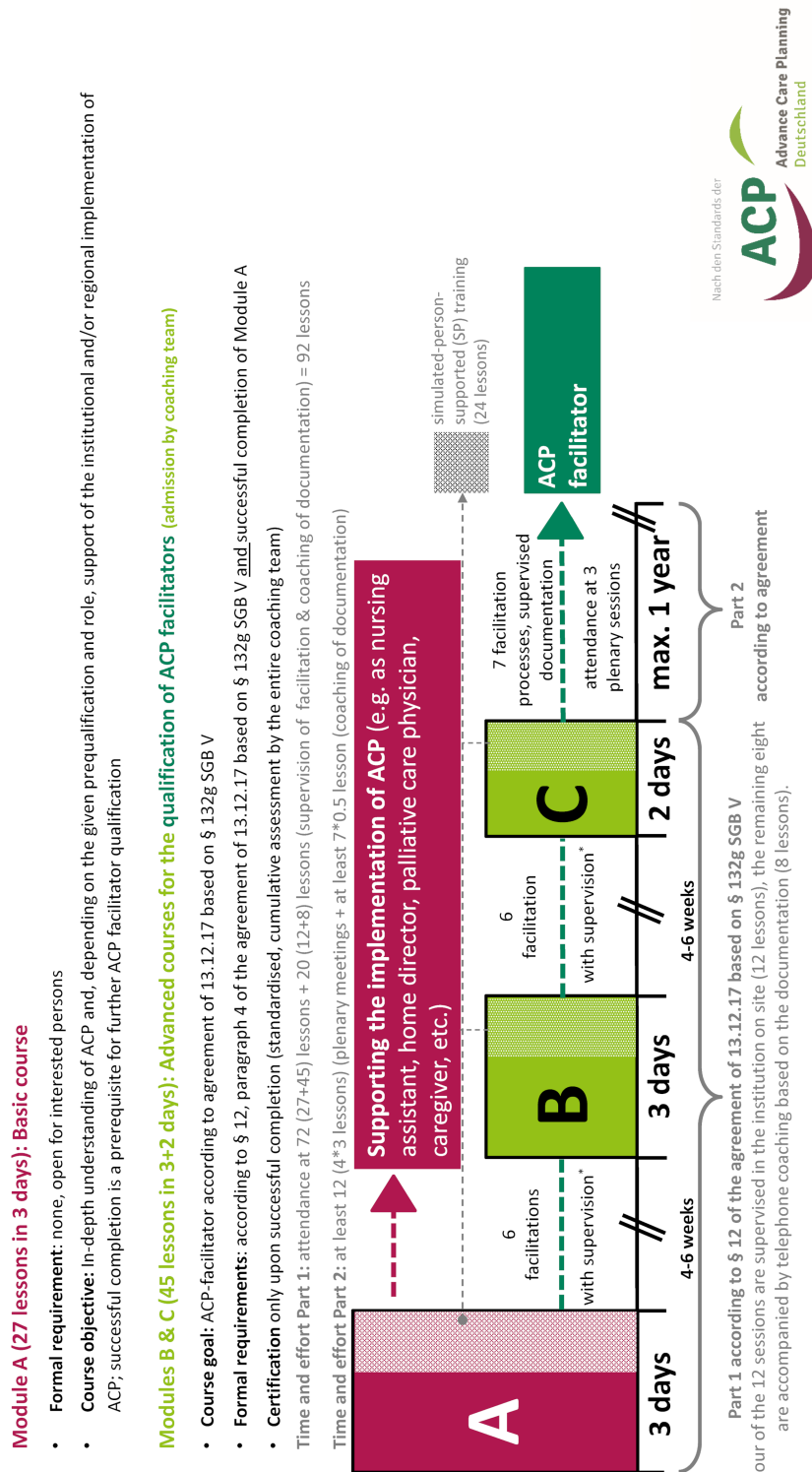


Figure 1: Overview of the 8-day ACP facilitator qualification from ACP Deutschland e.V. following the introduction of SP-supported training in 2017.

Further details of the ACP facilitator qualification, such as the daily schedule, can be found in Götze et al. 2022 [8], additional file 1.

Before the introduction of SP training, there were already participants and demonstration role plays (see table 1). With the introduction of the SP-supported training, the course was divided into three modules in order to intensify the facilitation between the modules in practical application.

ACP: advance care planning, TU: teaching units (45 minutes), SGB: German Social Security Code, SP: simulated person.

This figure was originally published in Götze K et al. 2022 [8], additional file 1. © Götze et al.

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

“breaking bad news” to medical students with similar requirements regarding communication skills [13], [14]. The four sections in the ACP conversation described below are first introduced theoretically during the ACP facilitator qualification and then practiced with SP and in real life (see attachment 1, table S1b).

ACP facilitation for the planning of treatment goals and possible limits in future life-threatening situations in advance touch on sensitive and existential issues [15], [16]. Therefore, exploration of the individual's underlying treatment goal by discussing personal “attitudes towards life, dying and serious illness” form the basis for the medical preferences in the ACP process. Beyond that, specific care preferences are determined for acute emergencies [17], for hospital treatments in case of decisional incapacity of uncertain duration [18], and for treatments in case of permanent loss of decision-making capacity. For persons incapable of decision making the surrogates are empowered to record the presumed care preferences of the person concerned for emergencies and for the event of a future deterioration of their condition [8], [19] (see attachment 1, table S1b).

Conducting the conversation requires a combination of a particularly sensitive, open-ended approach and a certain degree of lead so that the people engaged in advance care planning can clarify the key issues for themselves. This sensitive approach can include, touching on taboo subjects as well as enduring and carefully channeling the associated strong emotions in order to enable valid advance care planning [20].

The teams dealing with a medical crisis must also be able to rely on the fact that the documentation of these conversations is a reliable reflection of the person's care preferences (validity). By implication, this means that the participants should only pass the qualification and be certified accordingly if the required skills (see attachment 2) have been confirmed by a reliable skill and performance assessment (see attachment 3) as part of the ACP facilitator qualification.

1.3. SP-supported training to improve communication skills

Role-play is ideal for deepening communicative skills since these cannot be reliably built up through mere listening or interactive learning [21]. The strength of participant role-play lies in the change of perspective. The additional use of SP-supported role-play in the ACP facilitator qualification (see table 1 and table 2) makes possible

- to reliably anchor standard situations in the ACP facilitation process (especially challenges) in the curriculum [22],
- to include the option of going back to a specific point in the conversation with pinpoint accuracy in order to repetitively practice particularly challenging aspects of conducting the ACP conversation [23],
- to give participants a sense of achievement [23], and

- to perform a cumulative skills assessment with a standardised level of difficulty (see table 2) [24].

When training communicative skills, SPs portray people in various scenarios [13]: from short medical histories to complex, emotionally charged conversational situations in which the attitude, preferences, biography and fate of the presented patient-role may be revealed [25].

As different as the simulated conversations are, the acting challenges for the SP also vary. While the simpler conversations require the most accurate possible recapitulation of the role's medical history as well as flexible interaction with and spontaneous reactions to the other person, more complex conversational situations require, for example, the truthful portrayal of emotions and the inner attitude of the role [26]. In addition, corresponding body language must be used and the conversational situations to be called up must be repeatable and standardised [26].

The scripts of the respective role and the rehearsals of the SP must be designed accordingly. In roles that are intended to train more complex communication skills, medical details take a back seat to life story, thoughts and emotions and only form a thematic framework for the respective role [27]. Moreover, since the trained SPs are medical laypersons, it would be unhelpful to focus on medical details in the role script. Rather, inner images and memories of patients regarding their symptoms and illnesses as well as challenges and effects in everyday life give the actors a deeper impression of the existential framework and the experience of the illness from the perspective of the roles [26].

Another strength of SP-supported training is the professional feedback provided by well-trained SPs from the perspective of the role directly to those conducting the conversation [13]. It is very impressive to receive a description of how the patient perceived the conversation from the experience of the patient role and what the SP would have wished for in the role. This can support the participants' self-reflection.

2. SP-supported training in the qualification of ACP facilitators

The following is a detailed description of SP-supported training, from the conception of the roles and rehearsal work to the organisation of the course and the actual implementation of the SP-supported training.

2.1. Eligibility of the SP

Professional actors and trained laypersons, some of whom already have experience as SPs in teaching, are employed for SP-supported training as part of the ACP facilitator qualification. In order to develop eligibility criteria for SPs, comparative observations and structured exchanges were conducted in the context of five ACP facilitator qualifications in 2017 and 2018 by ten ACP coaches and three SP coaches [28]. There were no indic-

Table 1: Role of SP-supported training in the acquisition of ACP facilitator skills

ACP facilitator skills	Contribution of SP-supported training
ACP facilitators display an attitude of empathy, candour and investigative curiosity when interacting with persons engaged in advance care planning.	Experiencing the attitude of the participants with options for obtaining direct feedback from the SPs and ACP coaches
ACP facilitators can overcome misunderstandings, insecurities, and barriers caused by lack of knowledge and by social desirability.	Situations that are integrated into the standardised roles and include these topics offer possibilities for practicing and learning in a protected setting.
The ACP facilitators apply the instruments used to facilitate conversation in a sensitive and responsible manner.	Application of the instruments in a protected setting with possibilities for obtaining direct feedback from SPs and the ACP coaches.
The ACP facilitators guide the course of the conversation in a trusting, sensitive and empathic way geared to the persons doing advance care planning and facilitate the process in an open-ended manner.	Opportunities for the participants to practise and obtain direct feedback from the SPs and ACP coaches.
ACP facilitators employ techniques of consistent focusing and accentuating in conversations in order to correctly record the attitudes and preferences of the persons engaged in advance care planning.	Opportunities for the participants to practise and obtain direct feedback from the SPs and ACP coaches.
ACP facilitators choose precise language that is well understood by the persons engaged in advance care planning.	Opportunities for the participants to practise and obtain direct feedback from the SPs and ACP coaches.
The ACP facilitators recognise conflicting or ambivalent preferences, discuss these and make sure that these persons can state preferences congruent with their objectives.	Ambivalent and conflicting wishes integrated into the standardised roles offer opportunities for practising and learning in a protected setting.
With respect to all the skills described above	Evaluation of the course of the facilitation abilities and documentation of the enhanced skills of the participants during the qualification according to criteria set down by the ACP coaches.

ACP: advance care planning, SP: simulated persons

Table 2: Benefits of standardised SP at a glance

✓	Learning objectives are reliably addressed
✓	Communicative challenges are specifically trained
✓	Consolidation of theoretically prepared content using practical examples
✓	Flexibility in the use of various SPs
✓	Behavior of the SPs predictable for coaches
✓	Creation of comparable teaching/learning situations
➤	Skill assessment possible

SP: simulated person

ations that the professional actors were better able to cope with the requirements than were the well trained laypersons.

Sometimes the professional actors were able to access emotions and body language more easily and develop the role more quickly. For a good performance as an SP, however, spontaneous interaction with the participant and the ability to give detailed feedback are crucial in addition to classical acting. An openness to allow, endure and reflect on the taboo subjects of death and dying has proven to be central to these interactions. This openness is related more to personality than to expertise as an actor.

2.2. Conception and rehearsal of the roles

Phenomena and challenges frequently encountered in real ACP facilitations were identified for the design of the roles in order to train them under secure course conditions with the aim of being able to put what has been learnt into practice in new and modified everyday situations [22]. Ten roles were derived based on real people engaged in advance care planning conversations (see attachment 4).

Comparatively extensive (~ 10,000 words) role scripts were developed for the ten characters by ACP coaches in collaboration with an SP coach.

The structure of the script was based on the course of the standardised ACP conversation. In the role scripts, the biography and the emotional, life and mental situation

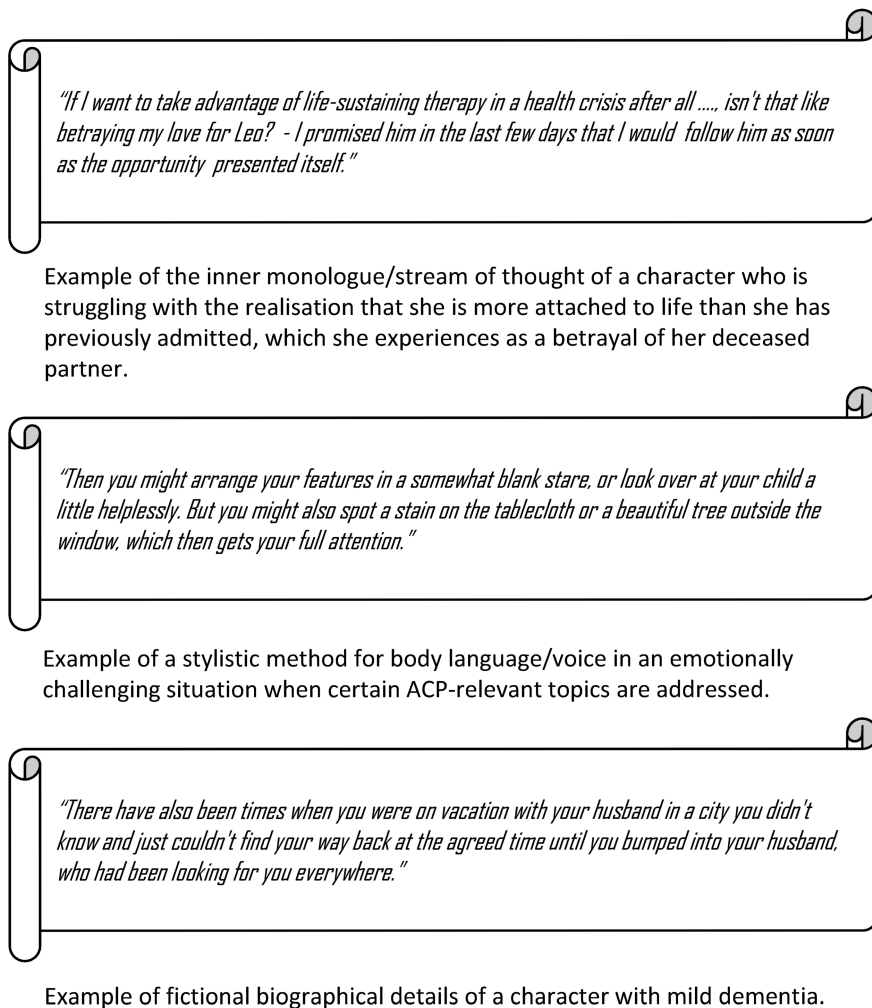


Figure 2: Exemplary sections from the role scripts for the simulated persons in the ACP facilitator qualification

of the persons to be simulated were formulated in general as well as attitudes, opinions, previous experiences, thoughts and feelings that are of particular importance for the topics of advance care planning.

In order to facilitate access to the role, various technical acting aids were included in the role scripts. These include, for example, inner monologues and non-verbal and verbal cues such as posture or voice modulation (see figure 2).

The scripts were refined in an iterative process as part of the rehearsal work and SP performances in order to ensure standardisation when incorporating future SPs (see table 2).

Facts relevant for advance care planning (e.g. illnesses experienced by oneself or others) or medical facts were combined with their subjective significance for the particular role in order to achieve the most homogeneous interpretation possible by different SPs. This detailed role representation permitted a high degree of standardisation of the roles, even over long periods of time (see table 2).

2.2.1. Preparation for the rehearsal

Ten SPs from the SP pool established for teaching purposes at Heinrich Heine University in Düsseldorf (CoMeD)

were rehearsed for the ACP facilitator qualifications. The SPs were briefed in advance about the project and the task to be completed; in particular, the sensitive topics of illness, death and dying were discussed with the SPs in this protected setting. The role script, which was sent out well in advance of the rehearsals, was prepared independently by the SPs. All SPs, the SP coach and at least one ACP coach were requested for the rehearsal days. Half a rehearsal day per role proved to be useful.

2.2.2. On-site rehearsal of the SP

During the rehearsals, there was an exchange and reflection on the respective role. The group created an identity card (IC) for the roles of the persons undertaking an advance care planning conversation on a flipchart, on which the most important character traits were recorded as well as possibilities for translation into body language and expression [29]. This IC is a concise summary of the role and its portrayal and has since supported the SPs in evoking the character during the ACP facilitator courses. The core component of the rehearsals was practicing the role in the conversation. For this purpose, an ACP coach was available to support the SPs as a conversational partner. The performance was then reflected on together.

Additions and corrections were discussed and recorded in the script and the IC. In addition, acting assistance was given for the performance or for getting into and out of the role, and giving feedback after the conversation with the SPs was practised.

Joint development and rehearsal of the roles improved the standardisation (see table 2) since the SP colleagues served as orientation [30].

2.3. Organisation before and during the ACP workshops with SP

When planning the ACP facilitator qualification, additional time-consuming tasks must be taken into account when adding SPs, for which special resources must be planned. For example, SPs must be contacted and coordinated so that one SP is available for each small group of four participants at the appropriate times in addition to the ACP coach. In addition, an SP coach should be available to the SPs during and after the assignments for questions about the roles and for debriefing, even at short notice, at least by telephone or online.

Rotation plans drawn up in advance by the ACP course centres can ensure that the participants ideally always experience the same SP in the same roles in the course of the qualification, as the roles are accompanied by several ACP conversation sections during the course. The level of difficulty also increases from role to role depending on the ACP conversation section to be trained. In these rotation plans, the SPs are clearly assigned to the rooms and people in order to ensure that the course runs smoothly.

Prior to the course, the SPs receive a letter containing all relevant information on times, locations and rotations. If possible, the SPs should be provided with a separate room on site for preparation, props and breaks. They can prepare there and get into and out of their roles after their performances. This retreat room also helps to separate the real people (SPs) from the roles that the SPs embody for the participants.

With regard to the SPs, it should be borne in mind that the simulations are a challenge for many participants, especially at the beginning, e.g. situations they have experienced themselves that were characterised by serious illnesses or the loss of loved ones can become present again through the simulation of the ACP conversation, as we have often experienced in the courses. Experience has shown that these challenges for the participants in the new role of ACP facilitator can sometimes lead to emotionally charged (possibly even hostile) behaviour towards the SPs, which can be stressful for everyone. In our experience, special attention by ACP and SP coaches is therefore necessary to enable these situations to be worked through not only with the participants, but also with the SPs. It has proven to be wise to offer the SPs a debriefing (see above) with an ACP coach with SP experience from the course and the SP coach (by telephone/online if necessary) directly after their performance. Experience has shown that continuous quality assurance,

provided by SP coaches supporting the ACP facilitator courses on site, is necessary after two to three performances, at new course centres, and during the introduction of new SPs or new roles [13] in order to maintain standardisation.

2.4. Implementation of the SP-supported teaching lessons

The SP role-play takes place in small groups of a maximum of four participants, with each group guided by a qualified ACP coach.

Before the SP-supported training begins, the sitting positions, i.e. the setting, are organised. It is essential that the participants are actively encouraged by the coach to adjust their own sitting positions and those of the simulated person(s) engaged in an advance care planning conversation at their own discretion and to place the ACP coach according to their preferences. Through this leeway and the associated responsibility, the participants learn to develop an awareness of the importance of the setting. Both the needs of the ACP facilitator and those of the planning person (client) need and deserve to be considered. The other participants are given observation tasks (e.g. observing verbal and non-verbal communication).

After clarifying any open questions from the participant who is now conducting the ACP conversation, the available time and the rules of microteaching, the simulation begins. With a clear, pre-agreed signal, the coach has the option of interrupting the conversation for a microteaching unit. During the interruption, the SPs have the task of preserving their emotions from the previous minutes of the conversation as far as possible so that the simulation can be resumed seamlessly at a point determined by the coach and participants.

Before continuing the simulation, the ACP coach ensures that the SP is aware of the (new) starting point and is ready. This is often done non-verbally. The simulation is continued at a clear signal from the coach.

At the end of a simulation, the participants are debriefed and the SP and coach give feedback to the participants. The observations of the other participants are included in the feedback.

2.4.1. Microteaching

Microteaching (also described as Rapid Cycle Deliberate Practice [31]) in the sense used here means working closely on the course of the conversation, what is said and what is perceived; there are more frequent interruptions instead of focussing on the flow of the conversation and feedbacking a wrap-up at the end. This helps to prevent a cumulating list of detailed feedback especially in the case of inexperienced ACP facilitators, the processing of which would be overwhelming and remain incomplete. Above all, the classic two-part role-play format (=longer simulation phase followed by critical discussion) lacks the opportunity to directly try out alternative behaviour

Table 3: Techniques of microteaching

<p>During the breaks, after the previously agreed signal, ...</p> <ul style="list-style-type: none"> • ... a brief clarification can take place between the coach and participant in order to think through and further develop the conversational situations, to connect to theoretical backgrounds, or to reflect on emotions. • ... feedback can be obtained from the SPs regarding their emotions and needs at that moment in the conversation in order to learn to interpret emotions better and to obtain new ideas for dealing with emotions. • ... the so-called “bouquet of flowers” can be collected from all participants. For this purpose, a clear, incisive question with direct reference to the conversational situation is formulated by the ACP coach in order to make use of the group knowledge, point out alternatives, and give the participant in the role of ACP facilitator the opportunity to learn new approaches. The participants in the observer roles respond briefly and incisively. The main aim here is to articulate the emotional experience, imagined needs of the conversational partners as well as their own ideas on how to proceed and not to provide cognitive (critical) feedback. Afterwards, the participant who has been creatively stimulated by this re-enters the conversation at the same point in the role of the ACP facilitator and decides how to continue the conversation himself or herself. • ... a “body freeze” of the SP and/or the participant in the role of the ACP facilitator can be initiated to point out non-verbal cues or to enable the participants to look inward in order to explore the effect of their physical posture and, if necessary, to change it. <p>Without interruption, coaches may ...</p> <ul style="list-style-type: none"> • ... try to take over the conversation for a short time with particular sensitivity in order to demonstrate a Good Practice option or to help overcome obstacles in the ACP conversation that are difficult to handle in the given situation so that the following sections of the conversation can be explored and practiced. <p>After the interruptions, coaches may ...</p> <ul style="list-style-type: none"> • ... continue exactly where the conversation was interrupted. • ... “rewind” or “fast-forward” to another situation based on a precise description of the conversational situation. <p>Trusting cooperation with the SPs and explicit reassurance from the SPs and the participants is crucial for a successful re-entry, as is clarification of which of the two will begin to speak in the simulation.</p> <p>Note In exceptional cases, the situation may arise where the participant is unable to return to the role play after several interruptions. In this case, it is carefully explored within the group or, if desired, in private whether there are any fears that can be addressed during the course. However, the participants usually need some time before they are able and willing to communicate. For this reason, the following options for continuing the unit have proved useful:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Continuation by one of the other participants, • Demonstration by the coach.

ACP: advance care planning, SP: simulated person

for a specific situative detail and possibly experience a sense of achievement.

The technique of microteaching has proven its worth in order to make optimum use of the limited time available for simulation training and to give participants both a feeling of self-efficacy through successful repetition and the steepest possible learning curve. Microteaching also makes it possible to identify participants who find the task of ACP facilitation too challenging or for whom it is not suitable as part of the skills assessment and self-reflection.

On the other hand, microteaching has the disadvantage that the flow of conversation is repeatedly interrupted; in our experience, participants can occasionally become so irritated by this that they are no longer able to continue the role-play. It is the task of the ACP coaches to recognise such irritation as early as possible and to make use of the didactic instrument of microteaching (see table 3) judiciously. In individual cases, an unscheduled switch of the participant in the role of ACP facilitator can be useful in order to relieve the participant irritated by the interruptions.

The techniques listed in table 3 have become established in the ACP facilitator qualifications for organising microteaching, and go beyond the techniques known to the authors from the literature [31], [32].

2.5. Standardisation during the creation of multiple SP pools

After the first SP pool for ACP facilitator qualifications meeting ACP-D standards was established in Düsseldorf, it became necessary to create SP pools for ACP facilitator qualifications at other ACP facilitator course centres (including centres in Zurich, Munich, Frankfurt, Göttingen and Marburg) as demand for courses increased. The testing of the local SPs for the roles was carried out in mutual consultation with the support of the Düsseldorf SP coach (co-author of this article: SOM) with the aim of transferring the know-how developed in Düsseldorf and realising a Germany-wide standardisation of the SPs (see table 2) and thus also of the ACP facilitator qualification [30]. The regional SP coaches are responsible for coordin-

ating and monitoring the performances as part of the ACP facilitator qualification.

3. Conclusions

SP-supported trainings are a decisive improvement for the teaching and evaluation of the highly complex ACP facilitator skills and their attitude. In addition, according to the many years of experience gained by coaches certified by ACP Germany or ACP Swiss, it cannot be replaced by any other methodological format for this particular qualification. Developing the roles, selecting and testing the SPs, organising the assignments and conducting the simulation training in small groups places high demands not only on the SPs, but also on the ACP coaches in particular, who require their own specific qualifications in this regard [8], [33], [34].

Notes

Authors' ORCIDs

- Kornelia Götze: [0000-0001-8134-7521]
- Stefanie Otten-Marré: [0009-0002-7064-6109]
- Barbara Loupatatzis: [0009-0006-7276-5944]
- Jürgen in der Schmitt: [0000-0001-5960-1511]

Funding

The development of the SP training was funded by the Federal Ministry of Health as part of the project "Promotion of the implementation of §132g SGB V according to HPG" under the reference no. ZMVI1-2516FSB801.

Secondary publication

This manuscript is also published in a slightly adapted version and without figures, tables and supplements in Praxisbuch Advance Care Planning. Behandlungsentscheidungen gemeinsam vorausplanen [35].

Acknowledgements

I. Karzig, D. Otto and Prof. Dr. T. Kronen from the ACP working group of University Hospital Zurich as well as Prof. Dr. Dr. B. Feddersen, Prof. Dr. G. Marckmann and Dr. S. Petri from the ACP Germany working group "qualification", with whose support the qualification for ACP facilitation was designed. Prof. Dr. H. Stanze for her support in writing a role script (inclusion assistance). All other ACP coaches who carry out the ACP facilitator qualifications according to these standards.

Competing interests

Barbara Loupatatzis, Jürgen in der Schmitt and Kornelia Götze are ACP coaches and received fees for conducting ACP qualifications, lectures or workshops on ACP. Jürgen in der Schmitt was (2011-2021) and Kornelia Götze is (since 08/2021) treasurer of the international professional association Advance Care Planning international e.V. Jürgen in der Schmitt (since 02/2017) and Kornelia Götze (since 06/2021) are board members of Advance Care Planning Deutschland e.V. Barbara Loupatatzis receives fees for the qualification of SPs in the context of ACP-Swiss e.V. qualifications. Stefanie Otten-Marré receives fees for the coordination and qualification of SPs as part of ACP qualifications. Translated with DeepL.com (free version)

Attachments

Available from <https://doi.org/10.3205/zma001735>

1. Attachment_1.pdf (174 KB)
Course descriptions
2. Attachment_2.pdf (159 KB)
Competencies of ACP facilitators according to structural, process and outcome criteria
3. Attachment_3.pdf (280 KB)
Competence and performance evaluation form according to the standards of ACP Germany
4. Attachment_4.pdf (145 KB)
Description of the challenges of the simulated persons (SP) roles and most relevant training objectives for the ACP facilitator qualification

References

1. Hinweise und Empfehlungen der Bundesärztekammer zum Umgang mit Zweifeln an der Einwilligungsfähigkeit bei erwachsenen Patienten. Dtsch Arztebl. 2019;116(22):A-1133, B-933, C-921.
2. Sudore RL, Lum HD, You JJ, Hanson LC, Meier DE, Pantilat SZ, Matlock DD, Rietjens JA, Korlage IJ, Ritchie CS, Kutner JS, Teno JM, Thomas J, McMahan RD, Heyland DK. Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. J Pain Symptom Manage. 2017;53(5):821-832.e1. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331
3. Rietjens JA, Sudore RL, Connolly M, van Delden JJ, Drickamer MA, Droger M, van der Heide A, Heyland DK, Houttekier D, Janssen, DJ, Orsi L, Payne S, Seymour J, Jox RJ, Korlage IJ; European Association for Palliative Care. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. Lancet Oncol. 2017;18(9):e543-e551. DOI: 10.1016/S1470-2045(17)30582-X
4. Götze K, Feddersen B, Marckmann G, Schildmann J, in der Schmitt J. Advance Care Planning – Annäherung an eine operationale Definition durch eine Theory-of-Change. Z Palliativmed. 2022;23(05):e30. DOI: 10.1055/s-0042-1754083

5. Montgomery C, Anderson S, Hammes B, Briggs L. Das Respecting Choices Advance Care Planning Program: ein nachweislicher Erfolg. In: Jox RJ, Krones T, Marckmann G, in der Schmitt J, editors. Praxisbuch Advance Care Planning. Stuttgart: Kohlhammer; 2025.
6. Goodwin J. To tatou reo - Our voice: Advance Care Planning in Aotearoa New Zealand. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes.* 2023;180:168-173. DOI: 10.1016/j.zefq.2023.05.014
7. Götze K, Feddersen B, in der Schmitt J, Marckmann G. Advance Care Planning in Germany. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes.* 2023;180:127-132. DOI: 10.1016/j.zefq.2023.05.005
8. Götze K, Bausewein C, Feddersen B, Fuchs A, Hot A, Hummers E, Icks A, Kirchner A, Kleinert E, Klosterhalfen S, Kolbe H, Laag S, Lagner H, Lezius S, Meyer G, Montalbo J, Nauck F, Reisinger C, Rieder N, Schildmann J, Schunk M, Stanze H, Vogel C, Wegscheider K, Zapf A, Marckmann G, in der Schmitt J; BEVOR study group. Effectiveness of a complex regional advance care planning intervention to improve care consistency with care preferences: study protocol for a multi-center, cluster-randomized controlled trial focusing on nursing home residents (BEVOR trial). *Trials.* 2022;23(1):770. DOI: 10.1186/s13063-022-06576-3
9. Krones T, Budilivschii A, Karzig I, Otto T, Valeri F, Biller-Andorno N, Mitchell C, Loupatatzis B. Advance care planning for the severely ill in the hospital: a randomized trial. *BMJ Support Palliat Care.* 2019;12(e3):e411-e413. DOI: 10.1136/bmjspcare-2017-001489
10. in der Schmitt J, Lex K, Mellert C, Rothärmel S, Wegscheider K, Marckmann G. Patientenverfügungsprogramm – Implementierung in Senioreneinrichtungen. *Dtsch Arztebl.* 2014;111(4):50-57. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0050
11. Clavien C, Ehlers U, R JJ, Karzig I, Krones T, Loupatatzis B, Monteverde S, Theile G. Advance Care Planning in Switzerland: Chances and challenges of delivering high-quality ACP in a small high-income, multilingual, federally organized country. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes.* 2023;180:115-120. DOI: 10.1016/j.zefq.2023.04.008
12. Sinclair C, Mann J, Reymond L, Sansome X. Advance Care Planning in Australia: Progress in research and implementation. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes.* 2023;180:111-114. DOI: 10.1016/j.zefq.2023.05.012
13. Peters T, Thrien C, editors. Simulationspatienten - Handbuch für die Aus- und Weiterbildung in medizinischen und Gesundheitsberufen. Bern: Hogrefe Verlag; 2018. DOI: 10.1024/85756-000
14. Langewitz W. Breaking bad news-Quo vadis? *Patient Educ Couns.* 2017;100(4):607-609. DOI: 10.1016/j.pec.2017.03.002
15. Otten T, Meier S. Advance Care Planning – mehr als eine Patientenverfügung 2.0. *Rhein Arztebl.* 2021;8:21.
16. Otten T, Meier S. Advance Care Planning: Ein Fallbeispiel. *Rhein Arztebl.* 2021;9:22.
17. Feddersen B, Petri S, Marckmann G, Topka H. Advance Care Planning - Behandlung im Voraus Planen in der Notfallmedizin. *Notfallmed up2date.* 2018;13(01):23-26. DOI: 10.1055/s-0043-118768
18. Nauck F, Marckmann G, in der Schmitt J. Behandlung im Voraus planen – Bedeutung für die Intensiv- und Notfallmedizin [Advance Care Planning and its Relevance for Emergency and Intensive Care Medicine]. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther.* 2018;53(01):62-70. DOI: 10.1055/s-0042-118690
19. in der Schmitt J, Jox RJ, Pentzek M, Marckmann G. Advance care planning by proxy in German nursing homes: Descriptive analysis and policy implications. *J Am Geriatr Soc.* 2021;69(8):2122-2131. DOI: 10.1111/jgs.17147
20. Götze K, Loupatatzis B, Otten S. Von der Begegnung mit Tabus Qualifizierung von ACP-Gesprächsbegleitern. *Dr Med Mabuse.* 2018;236(6):34-37.
21. Kaplonyi J, Bowles KA, Nestel D, Kiegaldie D, Maloney S, Haines T, Williams C. Understanding the impact of simulated patients on health care learners' communication skills: a systematic review. *Med Educ.* 2017;51(12):1209-1219. DOI: 10.1111/medu.13387
22. King AM, Perkowski-Rogers LC, Pohl HS. Planning standardized patient programs: Case development, patient training, and costs. *Teach Learn Med.* 1994;6(1):6-14. DOI: 10.1080/10401339409539636
23. Hunt EA, Duval-Arnould JM, Nelson-McMillan KL, Bradshaw JH, Diener-West M, Perretta JS, Shilkofski NA. Pediatric resident resuscitation skills improve after "rapid cycle deliberate practice" training. *Resuscitation.* 2014;85(7):945-951. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2014.02.025
24. Adamo G. Simulated and standardized patients in OSCEs: achievements and challenges 1992-2003. *Med Teach.* 2003;25(3):262-270. DOI: 10.1080/0142159031000100300
25. Barrows HS. Simulated (standardized) Patients and Other Human Simulations. Owasso (OK): National Consortium for Health Science Education; 1987.
26. Stanislawski KS. Stanislawski - Die Arbeit des Schauspielers an sich selbst. 6. Aufl. Leipzig: Henschel Verlag; 2002.
27. Batson S. TRUTH Wahrhaftigkeit im Schauspiel - Ein Lehrbuch. Berlin: Alexander Verlag; 2017.
28. Wallace P. Coaching Standardized Patients for Use in the Assessment of Clinical Competence. 1st edition. New York: Springer Publishing Company; 2007.
29. Stegemann B. Lektionen 3. Schauspielen. Theorie. Berlin: Theater der Zeit; 2010.
30. Roselt J, editor. Regie im Theater. Geschichte – Theorie – Praxis. Berlin: Alexander Verlag; 1983.
31. Taras J, Everett T. Rapid Cycle Deliberate Practice in Medical Education - a Systematic Review. *Cureus.* 2017;9(4):e1180. DOI: 10.7759/cureus.1180
32. Ng C, Primiani N, Orchanian-Cheff A. Rapid Cycle Deliberate Practice in Healthcare Simulation: a Scoping Review. *Med Sci Educ.* 2021;31(6):2105-2120. DOI: 10.1007/s40670-021-01446-0
33. Petri S, Götze K, Feddersen B. Train the Trainer - Qualifizierung von Trainern für BVP-Gesprächsbegleiter. *Palliativ Pflegen.* 2019;43:14-15.
34. Feddersen B, Götze K, in der Schmitt J. Qualifizierung von ACP-Gesprächsbegleiter-Trainern. In: Jox RJ, Krones T, Marckmann G, in der Schmitt J, editors. Praxisbuch Advance Care Planning. Stuttgart: Kohlhammer; 2024.
35. Götze K, Otten-Marré S, Loupatatzis B, in der Schmitt J. Entwicklung komplexer Gesprächskompetenzen für Advance Care Planning durch Simulationspersonen-gestütztes Training. In: Jox R, Krones T, Marckmann G, in der Schmitt J, editors. Praxisbuch Advance Care Planning. Behandlungsentscheidungen gemeinsam vorausplanen. Stuttgart: Kohlhammer; 2025.
36. Götze K, in der Schmitt J. Abschlussbericht 06/2016 – 10/2018 Förderung der Umsetzung des §132g SGB V gemäß HPG Fkz. ZMV11-2516FSB801. Düsseldorf: Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf; 2019.

Corresponding author:

Dr. med. Kornelia Götze
University of Duisburg-Essen, Medical Faculty, Institute
of Family Medicine & General Practice, Hufelandstr. 555,
D-45147 Essen, Germany
goetzeko@uni-duesseldorf.de

Please cite as

Götze K, Otten-Marré S, Loupatatzis B, in der Schmitt J. Training supported by simulated persons to promote the development of specific communication skills in advance care planning. *GMS J Med Educ.* 2025;42(1):Doc11.
DOI: 10.3205/zma001735, URN: urn:nbn:de:0183-zma0017359

This article is freely available from
<https://doi.org/10.3205/zma001735>

Received: 2024-03-27
Revised: 2024-08-02
Accepted: 2024-09-10
Published: 2025-02-17

Copyright

©2025 Götze 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/>.

Simulationspersonen-gestütztes Training für die Entwicklung spezifischer Gesprächskompetenzen für Advance Care Planning

Zusammenfassung

Zielsetzung: Advance Care Planning (ACP) kann gewährleisten, dass einwilligungsunfähige Patient*innen gemäß ihren wohlinformierten vorausverfügten Präferenzen behandelt werden. Auf individueller Ebene werden hierfür standardisierte Gespräche durch qualifizierte Fachpersonen (ACP-Gesprächsbegleiter*innen (GB)) angeboten. Bezüglich der GB-Qualifizierung besteht international erhebliche Variabilität. In diesem Artikel wird dargestellt, wie ACP-GB gemäß den Standards zweier Fachgesellschaften unter anderem mit Hilfe von Simulationspersonen (SP)-gestützter Trainings qualifiziert werden.

Methoden: ACP-Expert*innen haben in Anlehnung an reale ACP-Gesprächsbegleitungen mit einer SP-Trainerin (Regisseurin) zehn Rollen entwickelt. Unter Berücksichtigung zentraler Herausforderungen in ACP-Gesprächen wurden die Gefühls- und Gedankenwelt sowie ACP-relevante Fakten wie Vorerfahrungen im medizinischen Kontext der Rolle und schauspieltechnische Hilfestellungen erarbeitet. Für eine Standardisierung wurden die SP strukturiert eingeprobt und erhielten eine Feedbackschulung. Für den Unterricht wurden Micro-Teaching-Techniken entwickelt.

Ergebnisse: Für die Eignung der SP sind Feedback-Kompetenzen sowie Offenheit gegenüber den Themen schwere Erkrankung, Sterben und Tod erforderlich. Seit 2017 wird in Kleingruppen mit je vier Teilnehmenden, einer SP und einer hierfür qualifizierten ACP-Trainer*in unterrichtet. Die hierfür erforderlichen Rahmenbedingungen werden im Artikel detailliert beschrieben.

Schlussfolgerung: SP-gestützte Trainings sind für die Erlernung und Bewertung der hochkomplexen ACP-GB Kompetenzen und ihrer Haltung ein entscheidender Zugewinn. Planung und Durchführung stellen hohe Anforderungen an die SP und ACP-Trainer*innen, die ebenso spezifischer Qualifikation bedürfen.

Schlüsselwörter: Lehrmethoden, Simulationspatient/-Simulationsperson, Training komplexer Kommunikationsfähigkeiten, Vorausplanung der Pflege

1. Einführung

1.1. Advance Care Planning

Advance Care Planning (ACP) hat zum Ziel, dass einwilligungsunfähige Patient*innen [1] gemäß ihrer wohlinformierten vorausverfügten Präferenzen behandelt werden [2], [3]. Voraussetzung dafür sind Entwicklungen auf einer individuellen, institutionellen und regionalen Ebene der Gesundheitsversorgung (ACP-Programm) [4]. Durch die institutionelle und regionale Implementierung des ACP-Programms ist sicherzustellen, dass der Wille der einwilligungsunfähigen Person im Anwendungsfall bekannt ist

und beachtet wird. Auf der individuellen Ebene erfolgt ein aufsuchendes, mehrzeitiges Gesprächsangebot durch hierfür qualifiziertes Fachpersonal, sog. ACP-Gesprächsbegleiter*innen (ACP-GB). Der Gesprächsprozess kann in eine aussagekräftige Patientenverfügung münden.

1.2. ACP-GB-Qualifizierung gemäß den Standards von ACP Deutschland e.V. und ACP Swiss

International gibt es seit den 90er Jahren Qualifizierungen für ACP-Gesprächsbegleiter*innen [5], teilweise wurden diese auch mit Simulationspersonen (SP) umgesetzt (z. B. to tatou reo – Neuseeland [6]), häufig jedoch nicht; es

Kornelia Götze¹
Stefanie Otten-Marré²
Barbara Loupatatzis³
Jürgen in der Schmitt¹

1 Universitätsklinikum Essen,
Institut für Allgemeinmedizin,
Essen, Deutschland

2 Universitätsklinikum
Düsseldorf, Centre for Health
and Society, Institut für
Allgemeinmedizin,
Düsseldorf, Deutschland

3 GZO Spital Wetzikon,
Palliative Care Team,
Wetzikon, Schweiz

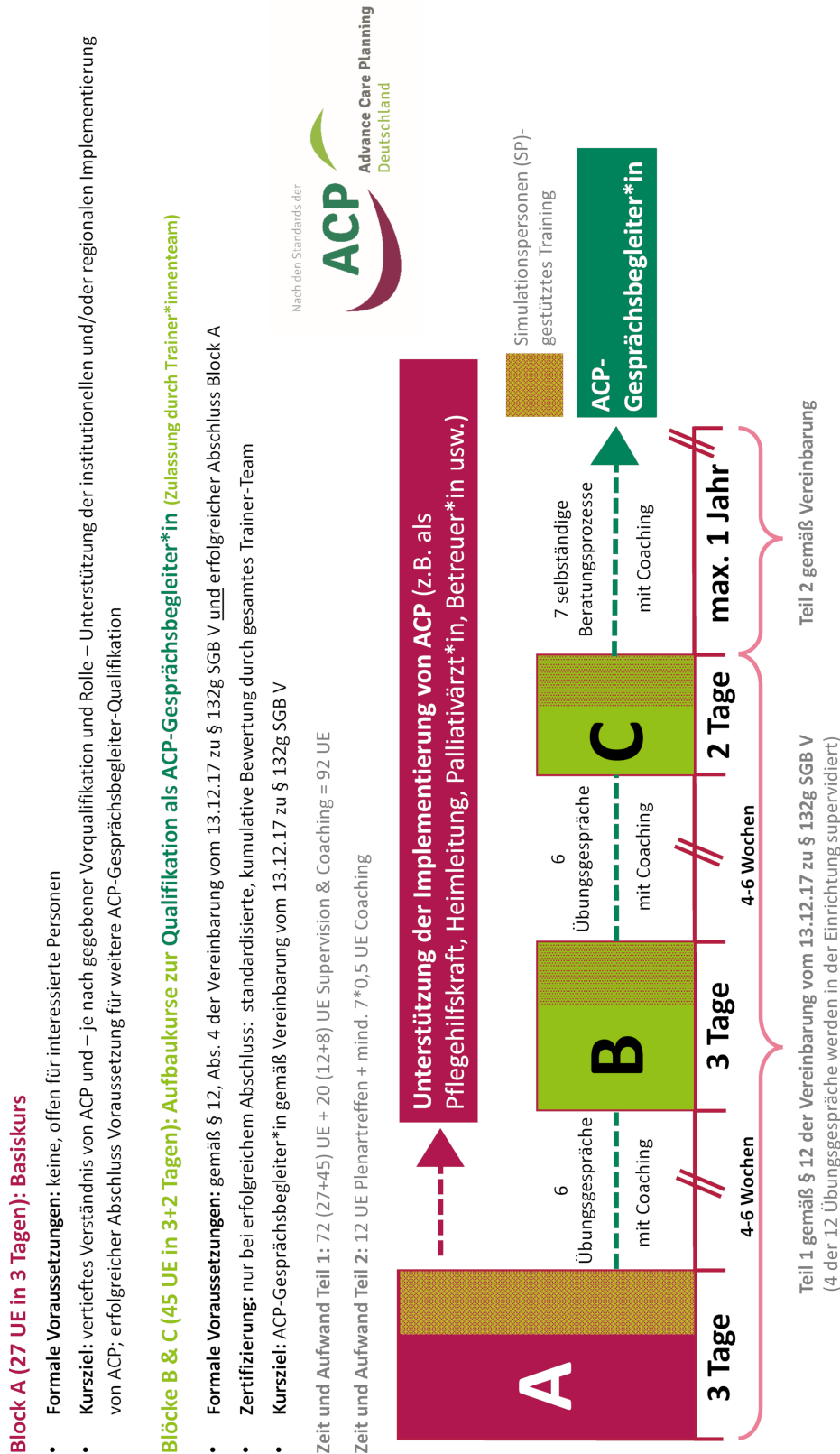


Abbildung 1: Überblick der 8-tägigen ACP-Gesprächsbegleiter*innen-Qualifizierung von ACP Deutschland e.V. nach der Einführung des SP-gestützten Trainings 2017.

Weitere Details der ACP-GB-Qualifizierung, wie z.B. der Tagesablauf, können Götze et al. 2022 [8], additional file 1 entnommen werden.

Vor Einführung des SP-Trainings gab es bereits TN- und Demo-Rollenspiele (RS) (siehe Tabelle 1). Mit Einführung des SP-Trainings wurde der Kurs in drei Blöcke geteilt, um die Gesprächsführung zwischen den Blöcken in praktischer Anwendung zu vertiefen.

Legende: ACP: Advance Care Planning, UE: Unterrichtseinheiten (45 Minuten), SGB: Sozialgesetzbuch

gibt hierzu keine systematische Erhebung. Der diesem Artikel zugrundeliegende gemeinsame Standard der Fachgesellschaften ACP Deutschland e.V. (ACP-D) [7] und ACP Swiss [8] für eine insgesamt achttägige ACP-GB-Qualifizierung wurde in den Jahren 2017/18 auf der Basis der jeweiligen nationalen Vorläufer [7], [9], [10], [11] sowie international etablierter ACP-Programme entwickelt [5], [12] (siehe Abbildung 1 und Anhang 1). Er basiert zudem auf den Erfahrungen im SP-gestützten Unterricht des „Überbringens schlechter Nachrichten“ mit ähnlichen Anforderungen bezüglich der Kommunikationskompetenzen im Rahmen des Medizinstudiums [13], [14].

Die im Folgenden dargestellten ACP-Gesprächsabschnitte werden im Verlauf der ACP-GB-Qualifizierung zunächst theoretisch eingeführt und dann praktisch geübt (siehe Anhang 1, Tabelle S1b).

ACP-Gespräche zur Vorausplanung von Therapiezielen und -grenzen in zukünftigen lebensbedrohlichen Situationen berühren sensible und existentielle Fragen [15], [16]. Daher bilden die persönlichen „Einstellungen zu Leben, Sterben und schwerer Erkrankung“ die Basis für die Vorausplanung. Darüber hinaus werden bei einwilligungsfähigen Personen der Behandlungswille für akute Notfallsituationen [17], Krankenhausbehandlungen mit Einwilligungsunfähigkeit unklarer Dauer [18] und Situationen der dauerhaften Einwilligungsunfähigkeit eruiert; für nicht-einwilligungsfähige Personen werden die Vertreter*innen befähigt, den mutmaßlichen Behandlungswillen der betroffenen Person im akuten Notfall sowie für den Fall einer zukünftigen Zustandsverschlechterung niederzulegen [8], [19] (siehe Anhang 1, Tabelle S1b).

Die Gesprächsführung bedarf einer Kombination aus einem besonders feinfühligem, ergebnisoffenem Vorgehen sowie einer gewissen Steuerung, damit die vorausplanenden Personen die wesentlichen Themen für sich klären können. Das einfühlsame Vorgehen kann u.a. beinhalten, tabuisierte Themen zu berühren und hiermit einhergehende starke Emotionen auszuhalten sowie behutsam zu kanalisieren, um eine valide Vorausplanung zu ermöglichen [20].

Ebenso müssen sich die im medizinischen Krisenfall behandelnden Teams darauf verlassen können, dass die Dokumentation dieser Gespräche ein verlässliches Abbild des Behandlungswillens der betroffenen Person ist (Validität). Das bedeutet im Umkehrschluss, dass die TN die Qualifizierung nur dann bestehen und dementsprechend zertifiziert werden sollten, wenn die erforderlichen Kompetenzen (siehe Anhang 2) durch eine belastbare Kompetenz- und Performanzbewertung (siehe Anhang 3) im Rahmen der ACP-GB-Qualifizierung bestätigt wurden.

1.3. SP-gestütztes Kommunikationstraining

Für die Vertiefung kommunikativer Kompetenzen bietet sich das Rollenspiel (RS) an, da insbesondere kommunikative Kompetenzen durch bloßes Zuhören oder auch interaktives Lernen nicht verlässlich aufgebaut werden

können [21]. Die Stärke von Teilnehmer*innen (TN)-RS liegt im Perspektivwechsel. Der zusätzliche Einsatz von SP-gestützten RS in der ACP-GB-Qualifizierung (siehe Tabelle 1 und Tabelle 2) ermöglicht

- Standardsituationen der ACP-Gesprächsbegleitung (insbesondere Herausforderungen) zuverlässig im curricularen Unterricht zu verankern [22],
- die Möglichkeit eines punktgenauen Zurückgehens an eine bestimmte Gesprächsstelle, um besonders herausfordernde Aspekte der Gesprächsführung repetitiv zu üben [23],
- den TN ein Erfolgserlebnis zu ermöglichen [23] und
- eine kumulative Kompetenzbewertung mit standardisierten Schwierigkeitsgrad (siehe Tabelle 2) durchführen zu können [24].

Beim Training kommunikativer Fertigkeiten stellen SP Personen in diversen Szenarien dar [13]: von kurzen Anamnesen bis hin zu komplexen emotional aufgeladenen Gesprächssituationen, in denen sich Haltung, Wünsche, Biografie und Schicksal der gespielten Patient*innenrolle zeigen [25].

So unterschiedlich die Simulationsgespräche sind, so variiert auch die darstellerische Herausforderung für die SP. Während es in den einfacheren Gesprächen auf eine möglichst genaue Rekapitulation der Krankengeschichte der Rolle ankommt sowie auf eine flexible Interaktion mit und spontane Reaktionen auf das Gegenüber, erfordern komplexere Gesprächssituationen z.B. das wahrhaftige Darstellen von Emotionen und der inneren Haltung der Rolle [26]. Zudem ist eine korrespondierende Körpersprache zu verwenden, und die Gesprächssituationen sind wiederholbar und standardisiert abzurufen [26].

Dementsprechend komplex sind die Skripte der jeweiligen Rolle und die Einprobungen der SP zu gestalten. Medizinische Einzelheiten treten bei Rollen, mit denen komplexere kommunikative Kompetenzen trainiert werden sollen hinter Lebensgeschichte, Gedanken und Emotionen zurück und bilden nur einen thematischen Rahmen der jeweiligen Rolle [27]. Auch da die trainierten SP medizinische Laien sind, wäre es wenig hilfreich, den Fokus im Rollenscript auf medizinische Details zu legen. Vielmehr vermitteln innere Bilder und Erinnerungen von Patient*innen bezüglich ihrer Symptome und Erkrankungen sowie Herausforderungen und Auswirkungen im Alltag den Spielenden einen tieferen Eindruck der Lebenswelt und des Erlebens der Erkrankung aus der Perspektive der Rollen [26].

Eine weitere Stärke des SP-Trainings ist das professionelle Feedback gut geschulter SP aus der Perspektive der Rolle direkt an die Gesprächsführenden [13]. Es ist sehr eindrücklich, aus dem Erleben der Patient*innenrolle eine Schilderung zu erhalten, wie der*die Patient*in das Gespräch wahrgenommen hat und was die SP sich in der Rolle gewünscht hätte. Dies kann die Selbstreflexion der TN unterstützen.

Tabelle 1: Beitrag des SP-gestützten Trainings zum Erwerb der ACP-GB Kompetenzen

GB-Kompetenz	Beitrag des SP-gestützten Trainings
GB begegnen vorausplanenden Personen in einer Haltung der Empathie, Offenheit und forschender Neugierde	Erleben der Haltung der TN mit direkter Feedbackmöglichkeit durch SP oder ACP-Trainer*innen
GB können Missverständnisse, Unsicherheiten, Barrieren der Unkenntnis und der sozialen Erwünschtheit überwinden	In den standardisierten Rollen integrierte Situationen, welche diese Themen beinhalten bieten Übungsmöglichkeiten und Lernerfahrungen im geschützten Setting
GB setzen die Instrumente der Gesprächsbegleitung sensibel und verantwortungsvoll ein	Anwendung der Instrumente im geschützten Rahmen mit direkter Feedbackmöglichkeit durch SP und ACP-Trainer*innen
GB richten den Gesprächsverlauf vertrauensvoll, sensibel und empathisch an den Vorausplanenden aus und begleiten den Gesprächsprozess ergebnisoffen	Übungsmöglichkeiten für die TN mit direktem Feedback durch SP und ACP-Trainer*innen
GB setzen Techniken der konsequenten Fokussierung und Akzentuierung im Gespräch ein um die Einstellungen und Präferenzen der Vorausplanenden korrekt zu erfassen	Übungsmöglichkeiten für die TN mit direktem Feedback durch SP und ACP-Trainer*innen
GB wählen eine präzise für die Vorausplanenden gut verständliche Sprache	Übungsmöglichkeiten für die TN mit direktem Feedback durch SP und ACP-Trainer*innen
GB erkennen diskrepante oder ambivalente Präferenzen, thematisierend diese gegenüber den Vorausplanenden und stellen dadurch sicher, dass die Vorausplanenden ihren Zielen entsprechende Festlegungen machen können	In den standardisierten Rollen integrierte Ambivalenzen und Diskrepanzen, bieten Übungsmöglichkeiten und Lernerfahrungen im geschützten Setting
Betreffend alle oben genannten Kompetenzen	Verlaufsbeurteilung und Dokumentation des Kompetenzerwerbs der TN im Verlauf der Qualifikation anhand vorgegebener Kriterien durch die ACP-Trainer*innen

ACP: Advance Care Planning, GB: Gesprächsbegleiter*innen, SP: Simulationspersonen, TN: Teilnehmer*innen.

Tabelle 2: Vorteile der Standardisierung von SP auf einen Blick

✓ Lernziele werden zuverlässig adressiert
✓ Kommunikative Herausforderungen werden gezielt trainiert
✓ Vertiefung theoretisch vorbereiteter Inhalte an praktischem Beispiel Flexibilität im Einsatz der verschiedenen SP
✓ Verhalten der SP für Dozierende vorhersehbar
✓ Schaffung von vergleichbaren Lehr-/Lernsituationen
➤ Kompetenzprüfung möglich

SP: Simulationspersonen

2. SP-gestütztes Training in der Qualifizierung von ACP-GB

Es folgt eine detaillierte Darstellung des SP-gestützten Trainings von der Konzeption der Rollen über die Probenarbeit hin zur Kursorganisation bis zur eigentlichen Durchführung des SP-gestützten Trainings.

2.1. Eignung der SP

Für das SP-gestützte Training im Rahmen der ACP-GB-Qualifikation kommen professionelle Schauspieler*innen und trainierte Laien zum Einsatz, von denen manche bereits Erfahrungen als SP in der Lehre haben. Um Eignungskriterien für SP zu erarbeiten, wurden vergleichende Beobachtungen und strukturierte Austausche im Rahmen von fünf ACP-GB-Qualifizierungen in den Jahren 2017

und 2018 von zehn ACP Trainer*innen und drei SP Trainer*innen durchgeführt [28]. Hieraus haben sich keine Hinweise ergeben, dass die Profischauspieler*innen die Anforderung besser bewältigen können als die trainierten Laien-SP.

Manchmal konnten die Berufsschauspieler*innen leichter auf Emotionen und Körpersprache zurückgreifen und die Rolle schneller entwickeln. Für eine gute Performanz als SP ist neben dem klassischen Schauspiel aber vor allem die spontane Interaktion mit dem Gegenüber und die Fähigkeit eines detaillierten Feedbackgebens entscheidend. Für diese Interaktionen hat sich eine Offenheit, die Berührung der tabuisierten Themen Tod und Sterben zulassen, aushalten und reflektieren zu können, als zentral erwiesen. Diese Offenheit steht eher mit der Persönlichkeit als mit der Expertise als Schauspieler*innen im Zusammenhang.

2.2. Konzeption und Proben der Rollen

Für die Konzeption der Rollen wurden häufige Phänomene und Herausforderungen in realen ACP-Gesprächsbegleitungen identifiziert, um diese unter Kursbedingungen mit dem Ziel zu trainieren, das Erlernte in der Praxis in neuen und abgewandelten Situationen des Alltags umsetzen zu können [22]. Orientiert an realen vorausplanenden Personen wurden zehn Rollen abgeleitet (siehe Anhang 4).

Für die zehn Figuren wurden von ACP-Trainer*innen in Zusammenarbeit mit einer SP-Trainerin vergleichsweise umfangreiche (~ 10.000 Wörter) Rollenskripte entwickelt. Der Aufbau des Skripts orientierte sich am Verlauf der standardisierten ACP-Gesprächsbegleitung. In den Rollenskripten wurden Biographie, Gefühls-, Lebens-, und Gedankenwelt der zu simulierenden Personen im Allgemeinen formuliert sowie Haltungen, Einstellungen, Vorerfahrungen, Gedanken und Gefühle, die für die Themen der Vorausplanung von besonderer Bedeutung sind.

Um den Zugang zur Rolle zu erleichtern, wurden verschiedene schauspieltechnische Hilfestellungen in die Rollenskripte aufgenommen. Diese umfassen zum Beispiel innere Monologe oder nonverbale und verbale Hinweise wie Körperhaltung oder Stimm-Modulation (siehe Abbildung 2).

Im Rahmen der Probenarbeiten und SP-Einsätze wurden die Skripte in einem iterativen Prozess verfeinert, um auch bei der Einarbeitung zukünftiger SP die Standardisierung zu gewährleisten (siehe Tabelle 2).

Die vorausplanungsrelevanten (z.B. erlebte Krankheiten bei sich oder anderen) oder medizinischen Fakten wurden mit ihrer subjektiven Bedeutung für die jeweilige Rolle kombiniert, um eine möglichst homogene Interpretation durch verschiedene SP zu erreichen. Diese detaillierte Rollendarstellung ermöglichte einen hohen Grad der Standardisierung der Rollen auch über lange Zeiträume hinweg (siehe Tabelle 2).

2.2.1. Vorbereitung der Probe

Für die ACP-GB-Qualifizierungen wurden zehn SP aus dem für die Lehre etablierten SP-Pool der Düsseldorfer Universitätsklinik (CoMeD) eingeprobt. Vorab wurden sie über das Projekt und die zu bewältigende Aufgabe informiert; insbesondere wurde mit den SP die sensiblen Themen Krankheit, Tod und Sterben in diesem geschützten Rahmen thematisiert. Das mit ausreichend Vorlauf vor Probenbeginn zugesendete Rollenskript wurde eigenständig durch die SP vorbereitet. Für die Probenstage wurden alle SP, die SP-Trainerin und mind. ein*e ACP-Trainer*in angefragt. Pro Rolle hat sich ein halber Probenstag bewährt.

2.2.2. Vor-Ort Probe der SP

In den Proben erfolgten ein Austausch und eine Reflexion zu der jeweiligen Rolle. Dabei wurde eine Identity Card (IC) zu den Rollen der vorausplanenden Personen durch die Gruppe am Flipchart erstellt, auf der die wichtigsten Charaktermerkmale festgehalten wurden sowie Möglich-

keiten der Übersetzung in Körpersprache und Ausdruck [29]. Diese IC ist eine pointierte Zusammenfassung der Rolle und ihrer Darstellung und unterstützt die SP seither im Einsatz den Charakter wachzurufen. Kernbestandteil der Proben war das Ausprobieren der Rolle im Gespräch. Hierfür stand ein*e ACP-Trainer*in zur Verfügung, der*die den SP als Gesprächspartner*in zur Seite stand. Im Anschluss daran wurde die Darstellung gemeinsam reflektiert. Es wurden Ergänzungen und Korrekturen besprochen und im Skript und der IC festgehalten. Zudem wurden schauspielerische Hilfestellungen zur Darstellung oder zum Ein- und Aussteigen aus der Rolle gegeben und das Geben von Feedback nach dem Gespräch mit den SP trainiert.

Das gemeinsame Erarbeiten und Proben der Rollen verbesserte die Standardisierung (siehe Tabelle 2), da die SP-Kolleg*innen als Orientierung dienen [30].

2.3. Organisation vor und während der ACP-Workshops mit SP

Bei der Planung der ACP-GB-Qualifizierung sind bei Hinzunahme von SP weitere, auch zeitintensive Aufgaben zu beachten, für die spezielle Ressourcen einzuplanen sind. So sind SP anzufragen und zu koordinieren, damit zu den entsprechenden Zeiten für jede Kleingruppe von vier TN neben dem*der ACP-Trainer*in jeweils eine SP zur Verfügung stehen. Darüber hinaus sollte den SP während und nach der Einsätze ein*e SP-Trainer*in für Fragen zu den Rollen und ein auch kurzfristig erforderliches Debriefing zumindest telefonisch bzw. online zur Verfügung stehen. Durch vorab durch die Kurszentren erstellte Rotationspläne lässt sich gewährleisten, dass die TN idealerweise im Verlauf der Qualifizierung immer die gleichen SP in den gleichen Rollen erleben, da die Rollen im Verlauf des Kurses durch mehrere Gesprächsabschnitte begleitet werden. Ebenso steigt der Schwierigkeitsgrad von Rolle zu Rolle je zu trainierendem ACP-Gesprächsabschnitt. In diesen Rotationsplänen sind die SP den Räumen und Personen eindeutig zuzuordnen, um die Abläufe im Kurs reibungsfrei zu gestalten.

Die SP erhalten vor dem Kurs ein Anschreiben, das alle relevanten Informationen zu Zeiten, Orten und den Rotationen enthält.

Vor Ort ist den SP möglichst ein separater Raum für Vorbereitung, Requisiten und Pausen zur Verfügung zu stellen. Dort können sie sich vorbereiten und in die Rollen ein- sowie nach dem Einsatz aussteigen. Zudem unterstützt der Rückzugsraum die Trennung der realen Personen (SP) von den Rollen, welche die SP gegenüber den TN verkörpern.

Hierfür ist mit dem Blick auf die SP zu bedenken, dass die Simulationen für viele TN insbesondere anfangs eine Herausforderung darstellen, z. B. können selbst erlebte Situationen, die von schweren Erkrankungen oder Verlust geliebter Menschen geprägt waren, durch die Gespräche wieder präsent werden, wie wir vielfach in den Kursen erlebt haben. Diese Herausforderungen für die TN in der

„Wenn ich nun in einer gesundheitlichen Krise lebenserhaltende Therapie doch in Anspruch nehmen will ist das nicht wie ein Verrat an meiner Liebe zu Leo? - Ich hatte ihm doch in den letzten Tagen versprochen, dass ich hinter ihm herkommen würde, sobald sich eine Gelegenheit bietet.“

Beispiel für den inneren Monolog/Gedankenstrom einer Figur, die mit der Erkenntnis ringt, dass sie stärker am Leben hängt, als sie sich bisher eingestanden hat, was sie als Verrat an ihrem verstorbenen Partner erlebt.

„Dann könnten Sie einen etwas starren Blick bekommen, oder auch etwas hilflos zu Ihrem Kind hinüberschauen. Vielleicht entdecken Sie aber auch einen Fleck auf der Tischdecke oder einen schönen Baum draußen vorm Fenster, der dann Ihre gesamte Aufmerksamkeit bekommt.“

Beispiel eines Stilmittels zur Körpersprache/Stimme in einer emotional herausfordernden Situation, wenn bestimmte ACP-relevante Themen angesprochen werden.

„Es war auch schon mal vorgekommen, dass Sie sich im Urlaub mit Ihrem Mann in einer Ihnen unbekanntem Stadt alleine umschauen wollten und zum verabredeten Zeitpunkt einfach den Weg nicht mehr fanden, bis Sie durch Zufall auf Ihren Mann trafen, der Sie schon überall suchte.“

Beispiel fiktiver biographischer Details einer Figur mit leichtgradiger Demenz.

Abbildung 2: Exemplarische Passagen aus den Rollenskripten für die Simulationspatient*innen im ACP-Gesprächsbegleiter*innenkurs

Rolle der ACP-GB führen erfahrungsgemäß mitunter zu emotional gefärbtem (u. U. auch ablehnenden Verhalten) gegenüber den SP, was für alle belastend sein kann. Deshalb ist nach unseren Erfahrungen die besondere Aufmerksamkeit der ACP- und SP-Trainer*innen notwendig, um eine Aufarbeitung dieser Situationen nicht nur mit den TN, sondern auch mit SP zu ermöglichen. Es hat sich bewährt, den SP direkt im Anschluss an ihre Einsätze ein Debriefing (siehe auch oben) mit einem*einer SP-erfahrenen ACP-Trainer*in des Kurses sowie des*der SP-Trainers*in (ggf. telefonisch/online) anzubieten. Eine kontinuierliche Qualitätssicherung durch die Begleitung eines ACP-GB-Kurses durch die*den SP-Trainer*in vor Ort ist erfahrungsgemäß mindestens nach zwei bis drei Einsätzen sowie immer an neuen Kurszentren oder bei Einarbeitung neuer SP oder Rollen einzuplanen [13], um die Standardisierung zu halten.

2.4. Durchführung der SP-gestützten Unterrichtseinheiten

Die SP-RS finden in Kleingruppen von maximal vier TN statt, welche von jeweils einem*einer hierfür qualifizierten ACP-Trainer*in angeleitet werden.

Vor dem Beginn des SP-gestützten Trainings werden die Sitzpositionen, also das Setting, gestaltet. Hierfür ist es wesentlich, dass der*die TN von dem*der Trainer*in aktiv ermutigt wird, die eigene und die Sitzposition der simulierten vorausplanenden Person(en) nach eigenem Ermessen zu adjustieren und gemäß seinen*ihrer Präferenzen auch die*den ACP-Trainer*in zu platzieren. Durch diesen Freiraum und die damit verbundene Verantwortung lernt der*die TN, eine Achtsamkeit für die Bedeutung des Settings zu entwickeln. Dabei spielen sowohl die Bedürfnisse des ACP-GB als auch die*der vorausplanenden Person eine wichtige Rolle. Die anderen TN erhalten Beobachtungsaufgaben (z.B. verbale und nonverbale Kommunikation).

Nach Klärung offener Fragen der*des TN, der*die nun die ACP-Gesprächsbegleitung durchführt, der zur Verfügung stehenden Zeit und der Regeln des Micro-Teachings

beginnt die Simulation. Mit einem klaren, vorab verabredeten Zeichen hat der*die Trainer*in die Möglichkeit, das Gespräch für eine Micro-Teaching-Einheit zu unterbrechen. In Zeiten der Unterbrechung haben die SP die Aufgabe, ihre Emotionen der zurückliegenden Gesprächsminuten, soweit als möglich zu erhalten, so dass die Simulation ggf. nahtlos an einer von Trainer*in und TN festgelegten Stelle erneut aufgenommen werden kann. Vor der Fortführung der Simulation versichert sich der*die ACP-Trainer*in bei der SP, dass diese den (neuen) Einsatzpunkt kennt und bereit ist. Dies erfolgt oft non-verbal. Auf ein klares Zeichen der*des Trainer*in hin wird die Simulation fortgesetzt.

Am Ende einer Simulation stehen Debriefing der TN und Feedback der SP und Trainer*innen für die TN. Die Beobachtungen der anderen TN werden in das Feedback einbezogen.

2.4.1. Micro-Teaching

Micro-Teaching (auch als Rapid Cycle Deliberate Practice beschrieben [31]) in dem hier verwendeten Sinn bedeutet, dass eng an dem Gesprächsverlauf, Gesagten und Wahrgenommenen gearbeitet wird; es wird häufiger unterbrochen, statt den Gesprächsfluss in den Vordergrund zu stellen. Dies hilft zu vermeiden, dass gerade bei geübten GB eine lange Liste von Detailrückmeldungen entsteht, deren Abarbeitung überfordern würde und unvollständig bliebe. Vor allem fehlt im klassischen zweigeteilten Format (= längere Spielphase gefolgt von kritischer Diskussion) die Möglichkeit, alternatives Verhalten für eine konkrete Detailsituation direkt zu versuchen und ggf. dabei ein Erfolgserlebnis zu erleben.

Um die begrenzte Zeit des Simulationstrainings optimal zu nutzen und den TN sowohl das Gefühl der Selbstwirksamkeit durch gelungene Wiederholungen als auch eine möglichst steile Lernkurve zu ermöglichen, hat sich die Technik des Micro-Teachings bewährt. Ebenso ermöglicht das Micro-Teaching im Rahmen der Kompetenzbewertung und Selbstreflexion, TN zu identifizieren, welche die Aufgabe der ACP-Gesprächsbegleitung als zu herausfordernd erleben bzw. für die diese nicht geeignet ist.

Neben diesen starken Vorteilen hat das Micro-Teaching den Nachteil, dass der Gesprächsfluss wiederholt unterbrochen wird und TN nach unserer Erfahrung dadurch so stark irritiert werden können, dass ihnen die Fortsetzung des RS nicht mehr möglich ist. Es ist Aufgabe der ACP-Trainer*innen, eine solche Irritation möglichst früh zu bemerken und den Einsatz des didaktischen Instruments des Micro-Teachings zu dosieren (siehe Tabelle 3). In Einzelfällen kann ein außerplanmäßiger Wechsel des TN in der GB-Rolle sinnvoll sein, um den durch die Unterbrechungen irritierten TN zu entlasten.

Für die Gestaltung des Micro-Teachings haben sich die in Tabelle 3 aufgeführten Techniken in den ACP-GB-Qualifizierungen etabliert, welche über die den Autor*innen aus der Literatur bekannten Techniken hinausgehen [31], [32].

2.5. Standardisierung bei der Entstehung multipler SP-Pools

Nachdem der erste SP-Pool für ACP-GB-Qualifizierungen nach den Standards der ACP-D in Düsseldorf entstand, wurde es bei zunehmender Kursnachfrage erforderlich, auch an anderen ACP-GB-Kurszentren (u.a. in Zürich, München, Frankfurt, Göttingen und Marburg) eigene SP-Pools für die ACP-GB-Qualifizierung zu schaffen. Das Einproben der lokalen SP auf die Rollen wurde in allseitiger Absprache mit Unterstützung durch die Düsseldorfer SP-Trainerin (Ko-Autorin dieses Beitrags: SOM) mit dem Ziel durchgeführt, das in Düsseldorf entstandene Know-How zu transferieren und eine deutschlandweite Standardisierung der SP (siehe Tabelle 2) und somit auch der ACP-GB-Qualifizierung zu realisieren [30]. Koordination und Monitoring der Einsätze im Rahmen der ACP-GB-Qualifizierung liegen bei den regionalen SP-Trainer*innen.

3. Fazit

SP-gestützte Trainings sind für die Aneignung und Bewertung der hochkomplexen ACP-GB-Kompetenzen und ihrer Haltung ein entscheidender Zugewinn und nach den jahrelangen Erfahrungen der ACP Deutschland- und ACP Swiss-zertifizierten Trainer*innen für diese besondere Qualifizierung bislang durch kein anderes methodisches Format zu ersetzen. Die Erarbeitung der Rollen, die Auswahl und Einprobung der SP, die Organisation der Einsätze und die Durchführung der Simulationstrainings in Kleingruppen stellen hohe Anforderungen nicht nur an die SP, sondern insbesondere auch an die ACP-Trainer*innen, die diesbezüglich einer eigenen spezifischen Qualifikation bedürfen [8], [33], [34].

Anmerkungen

ORCIDIDs der Autor*innen

- Kornelia Götze: [0000-0001-8134-7521]
- Stefanie Otten-Marré: [0009-0002-7064-6109]
- Barbara Loupatatzis: [0009-0006-7276-5944]
- Jürgen in der Schmitt: [0000-0001-5960-1511]

Förderung

Die Erarbeitung des SP-Trainings wurde im Rahmen des Projekts „Förderung der Umsetzung des §132g SGB V gemäß HPG“ vom Bundesministerium für Gesundheit unter dem Fkz. ZMVI1-2516FSB801 gefördert.

Tabelle 3: Techniken des Micro-Teachings

In den Unterbrechungen, nach dem vorher vereinbarten Zeichen kann ...

- ... **eine kurze Klärung zwischen Trainer*in und TN** stattfinden, um die Gesprächssituationen zu durchdenken und weiterzuentwickeln, an theoretische Hintergründe anzuschließen oder auch Emotionen zu reflektieren;
- ... **ein Feedback der SP bezüglich ihrer Emotionen und Bedürfnisse in dem Gesprächsmoment** eingeholt werden, um Emotionen besser deuten zu lernen und neue Ideen für den Umgang mit Emotionen zu erhalten;
- ... **der sogenannte „Blumenstrauß“ in der Runde aller TN** eingeholt werden. Hierfür wird eine klare, prägnante Frage mit direktem Bezug auf die Gesprächssituation von den ACP-Trainer*innen formuliert, um das Gruppenwissen zu nutzen, Alternativen aufzuzeigen und den TN in der Rolle des*der ACP-GB die Möglichkeit zu geben, neue Herangehensweisen zu erlernen. Die TN in den Beobachtungsrollen antworten kurz und prägnant. Hierbei geht es insbesondere darum das emotionale Erleben, fantasierte Bedürfnisse der Gesprächspartner*innen wie auch eigene Ideen zu artikulieren, wie weitergemacht werden kann und nicht um ein kognitives (kritisches) Feedback. Im Anschluss steigt der*die hierdurch kreativ angeregte TN in der Rolle des*der ACP-GB wieder an der gleichen Stelle ins Gespräch ein und wählt selbst, wie das Gespräch fortgeführt wird.
- ... **ein „Körper-Freeze“ der SP und/oder der TN in der Rolle des*der ACP-GB** veranlasst werden, um auf nonverbale Hinweise hinzudeuten oder den TN zu ermöglichen, in sich hineinzuspüren, um die Wirkung ihrer körperlichen Haltung zu erkunden und ggf. zu verändern.

Ohne Unterbrechung kann ...

- ... mit besonderem Feingefühl der ACP-Trainer*innen versucht werden, **das Gespräch für kurze Zeit zu übernehmen**, um eine Best Practice Option zu demonstrieren oder auch um über in der gegebenen Situation schwer überwindbare Hindernisse in der ACP-Gesprächsbegleitung hinüberzuhelfen, damit die folgenden Gesprächsabschnitte erkundet und geübt werden können.

Nach den Unterbrechungen kann ...

- ... genau dort weitergemacht werden, wo das Gespräch unterbrochen wurde.
- ... anhand genauer Beschreibung der Gesprächssituation an eine andere Situation zurück- oder vor- „gespult“ werden.

Eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit der SP und die explizite Rückversicherung bei dieser und der*dem TN ist für einen gelungenen Wiedereinstieg entscheidend, ebenso die Klärung, wer von den beiden in der Simulation zu sprechen beginnt.

Hinweis

Im Ausnahmefall entsteht die Situation, dass der*die TN nach mehreren Unterbrechungen nicht mehr in das Spiel zurückfindet. In diesem Fall wird behutsam in der Gruppe oder falls gewünscht unter vier Augen eruiert, ob z. B. Ängste vorliegen, welche im Rahmen des Kurses adressiert werden können. Meist brauchen die TN jedoch etwas Zeit, ehe sie sich mitteilen können und wollen. Aus diesem Grund haben sich folgende Möglichkeiten des Fortgangs der Einheit bewährt:

- Fortsetzung durch eine*n der anderen TN,
- Demonstration durch den*die Trainer*in.

ACP: Advance Care Planning, GB: Gesprächsbegleiter*innen, TN: Teilnehmer*innen

Zweitveröffentlichung

Dieses Manuskript ist in leicht angepasster Fassung und ohne Abbildungen, Tabellen und Beilagen auch veröffentlicht in Praxisbuch Advance Care Planning, Behandlungsentscheidungen gemeinsam vorausplanen (im Druck) [35].

Danksagung

I. Karzig, D. Otto und Prof. Dr. T. Krones von der ACP-Arbeitsgruppe des Universitätsspitals Zürich sowie Prof. Dr. Dr. B. Feddersen, Prof. Dr. G. Marckmann und Dr. S. Petri von der AG Bildung der ACP-D, mit deren Unterstützung die Qualifizierung für ACP-GB entworfen wurde. Prof. Dr. H. Stanze für ihre Unterstützung bei der Verfassung eines Rollenskripts (Eingliederungshilfe). Allen weiteren ACP-Trainer*innen, die die ACP-GB-Qualifizierungen nach diesen Standards durchführen.

Interessenkonflikt

Barbara Loupatatzis, Jürgen in der Schmitten und Kornelia Götze sind ACP-Trainer*innen und erhielten Honorare für die Durchführung von ACP-Qualifikationen, Vorträge oder Workshops zu ACP. Jürgen in der Schmitten war (2011-2021) und Kornelia Götze ist (seit 08/2021) Schatzmeister*in der internationalen Fachgesellschaft Advance Care Planning international e.V. Jürgen in der Schmitten (seit 02/2017) und Kornelia Götze (seit 06/2021) sind Vorstandsmitglieder von Advance Care Planning Deutschland e.V. Barbara Loupatatzis erhält Honorare für die Qualifikation der SP im Rahmen von ACP-Swiss e.V. Qualifizierungen. Stefanie Otten-Marré erhält Honorare für die Koordination und Qualifikation der SP im Rahmen von ACP-Qualifizierungen.

Anhänge

Verfügbar unter <https://doi.org/10.3205/zma001735>

1. Anhang_1.pdf (193 KB)
Ausgewählte Inhalte und Formate der ACP-GB-Qualifizierung
2. Anhang_2.pdf (140 KB)
Kompetenzen der ACP-Gesprächsbegleiter*innen nach Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien
3. Anhang_3.pdf (334 KB)
Kompetenz- und Performanzbewertungsbogen nach den Standards der ACP Deutschland
4. Anhang_4.pdf (160 KB)
Beschreibung der Herausforderungen der SP-Rollen und relevanteste Trainingsziele für den ACP-GB-Kurs

Literatur

1. Hinweise und Empfehlungen der Bundesärztekammer zum Umgang mit Zweifeln an der Einwilligungsfähigkeit bei erwachsenen Patienten. *Dtsch Arztebl.* 2019;116(22):A-1133, B-933, C-921.
2. Sudore RL, Lum HD, You JJ, Hanson LC, Meier DE, Pantilat SZ, Matlock DD, Rietjens JA, Korfage IJ, Ritchie CS, Kutner JS, Teno JM, Thomas J, McMahan RD, Heyland DK. Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. *J Pain Symptom Manage.* 2017;53(5):821-832.e1. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331
3. Rietjens JA, Sudore RL, Connolly M, van Delden JJ, Drickamer MA, Droger M, van der Heide A, Heyland DK, Houtteker D, Janssen DJ, Orsi L, Payne S, Seymour J, Jox RJ, Korfage IJ; European Association for Palliative Care. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol.* 2017;18(9):e543-e551. DOI: 10.1016/S1470-2045(17)30582-X
4. Götze K, Feddersen B, Marckmann G, Schildmann J, in der Schmitt J. Advance Care Planning – Annäherung an eine operationale Definition durch eine Theory-of-Change. *Z Palliativmed.* 2022;23(05):e30. DOI: 10.1055/s-0042-1754083
5. Montgomery C, Anderson S, Hammes B, Briggs L. Das Respecting Choices Advance Care Planning Program: ein nachweislicher Erfolg. In: Jox RJ, Krones T, Marckmann G, in der Schmitt J, editors. *Praxisbuch Advance Care Planning.* Stuttgart: Kohlhammer; 2025.
6. Goodwin J. To tatou reo - Our voice: Advance Care Planning in Aotearoa New Zealand. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes.* 2023;180:168-173. DOI: 10.1016/j.zefq.2023.05.014
7. Götze K, Feddersen B, in der Schmitt J, Marckmann G. Advance Care Planning in Germany. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes.* 2023;180:127-132. DOI: 10.1016/j.zefq.2023.05.005
8. Götze K, Bausewein C, Feddersen B, Fuchs A, Hot A, Hummers E, Icks A, Kirchner A, Kleinert E, Klosterhalfen S, Kolbe H, Laag S, Lagner H, Lezius S, Meyer G, Montalbo J, Nauck F, Reisinger C, Rieder N, Schildmann J, Schunk M, Stanze H, Vogel C, Wegscheider K, Zapf A, Marckmann G, in der Schmitt J; BEVOR study group. Effectiveness of a complex regional advance care planning intervention to improve care consistency with care preferences: study protocol for a multi-center, cluster-randomized controlled trial focusing on nursing home residents (BEVOR trial). *Trials.* 2022;23(1):770. DOI: 10.1186/s13063-022-06576-3
9. Krones T, Budilivski A, Karzig I, Otto T, Valeri F, Biller-Andorno N, Mitchell C, Loupatatzis B. Advance care planning for the severely ill in the hospital: a randomized trial. *BMJ Support Palliat Care.* 2019;12(e3):e411-e413. DOI: 10.1136/bmjspcare-2017-001489
10. in der Schmitt J, Lex K, Mellert C, Rothärmel S, Wegscheider K, Marckmann G. Patientenverfügungsprogramm – Implementierung in Senioreneinrichtungen. *Dtsch Arztebl.* 2014;111(4):50-57. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0050
11. Clavien C, Ehlers U, R JJ, Karzig I, Krones T, Loupatatzis B, Monteverde S, Theile G. Advance Care Planning in Switzerland: Chances and challenges of delivering high-quality ACP in a small high-income, multilingual, federally organized country. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes.* 2023;180:115-120. DOI: 10.1016/j.zefq.2023.04.008
12. Sinclair C, Mann J, Reymond L, Sansome X. Advance Care Planning in Australia: Progress in research and implementation. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes.* 2023;180:111-114. DOI: 10.1016/j.zefq.2023.05.012
13. Peters T, Thrien C, editors. *Simulationspatienten - Handbuch für die Aus- und Weiterbildung in medizinischen und Gesundheitsberufen.* Bern: Hogrefe Verlag; 2018. DOI: 10.1024/85756-000
14. Langewitz W. Breaking bad news-Quo vadis? *Patient Educ Couns.* 2017;100(4):607-609. DOI: 10.1016/j.pec.2017.03.002
15. Otten T, Meier S. Advance Care Planning – mehr als eine Patientenverfügung 2.0. *Rhein Arztebl.* 2021;8:21.
16. Otten T, Meier S. Advance Care Planning: Ein Fallbeispiel. *Rhein Arztebl.* 2021;9:22.
17. Feddersen B, Petri S, Marckmann G, Topka H. Advance Care Planning - Behandlung im Voraus Planen in der Notfallmedizin. *Notfallmed up2date.* 2018;13(01):23-26. DOI: 10.1055/s-0043-118768
18. Nauck F, Marckmann G, in der Schmitt J. Behandlung im Voraus planen – Bedeutung für die Intensiv- und Notfallmedizin [Advance Care Planning and its Relevance for Emergency and Intensive Care Medicine]. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther.* 2018;53(01):62-70. DOI: 10.1055/s-0042-118690
19. in der Schmitt J, Jox RJ, Pentzek M, Marckmann G. Advance care planning by proxy in German nursing homes: Descriptive analysis and policy implications. *J Am Geriatr Soc.* 2021;69(8):2122-2131. DOI: 10.1111/jgs.17147
20. Götze K, Loupatatzis B, Otten S. Von der Begegnung mit Tabus Qualifizierung von ACP-Gesprächsbegleitern. *Dr Med Mabuse.* 2018;236(6):34-37.
21. Kaplonyi J, Bowles KA, Nestel D, Kiegaldie D, Maloney S, Haines T, Williams C. Understanding the impact of simulated patients on health care learners' communication skills: a systematic review. *Med Educ.* 2017;51(12):1209-1219. DOI: 10.1111/medu.13387
22. King AM, Perkowski-Rogers LC, Pohl HS. Planning standardized patient programs: Case development, patient training, and costs. *Teach Learn Med.* 1994;6(1):6-14. DOI: 10.1080/10401339409539636
23. Hunt EA, Duval-Arnould JM, Nelson-McMillan KL, Bradshaw JH, Diener-West M, Perretta JS, Shilkofski NA. Pediatric resident resuscitation skills improve after "rapid cycle deliberate practice" training. *Resuscitation.* 2014;85(7):945-951. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2014.02.025
24. Adamo G. Simulated and standardized patients in OSCEs: achievements and challenges 1992-2003. *Med Teach.* 2003;25(3):262-270. DOI: 10.1080/0142159031000100300

25. Barrows HS. Simulated (standardized) Patients and Other Human Simulations. Owasso (OK): National Consortium for Health Science Education; 1987.
26. Stanislowski KS. Stanislowski - Die Arbeit des Schauspielers an sich selbst. 6. Aufl. Leipzig: Henschel Verlag; 2002.
27. Batson S. TRUTH Wahrhaftigkeit im Schauspiel - Ein Lehrbuch. Berlin: Alexander Verlag; 2017.
28. Wallace P. Coaching Standardized Patients for Use in the Assessment of Clinical Competence. 1st edition. New York: Springer Publishing Company; 2007.
29. Stegemann B. Lektionen 3. Schauspielen. Theorie. Berlin: Theater der Zeit; 2010.
30. Roselt J, editor. Regie im Theater. Geschichte – Theorie – Praxis. Berlin: Alexander Verlag; 1983.
31. Taras J, Everett T. Rapid Cycle Deliberate Practice in Medical Education - a Systematic Review. *Cureus*. 2017;9(4):e1180. DOI: 10.7759/cureus.1180
32. Ng C, Primiani N, Orchanian-Cheff A. Rapid Cycle Deliberate Practice in Healthcare Simulation: a Scoping Review. *Med Sci Educ*. 2021;31(6):2105-2120. DOI: 10.1007/s40670-021-01446-0
33. Petri S, Götze K, Feddersen B. Train the Trainer - Qualifizierung von Trainern für BVP-Gesprächsbegleiter. *Palliativ Pflegen*. 2019;43:14-15.
34. Feddersen B, Götze K, in der Schmitten J. Qualifizierung von ACP-Gesprächsbegleiter-Trainern. In: Jox RJ, Krones T, Marckmann G, in der Schmitten J, editors. *Praxisbuch Advance Care Planning*. Stuttgart: Kohlhammer; 2024.
35. Götze K, Otten-Marré S, Loupatatzis B, in der Schmitten J. Entwicklung komplexer Gesprächskompetenzen für Advance Care Planning durch Simulationspersonen-gestütztes Training. In: Jox R, Krones T, Marckmann G, in der Schmitten J, editors. *Praxisbuch Advance Care Planning. Behandlungsentscheidungen gemeinsam vorausplanen*. Stuttgart: Kohlhammer; 2025.
36. Götze K, in der Schmitten J. Abschlussbericht 06/2016 – 10/2018 Förderung der Umsetzung des §132g SGB V gemäß HPG Fkz. ZMVI1-2516FSB801. Düsseldorf: Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf; 2019.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Kornelia Götze
 Universitätsklinikum Essen, Institut für Allgemeinmedizin,
 Hufelandstr. 55, 45147 Essen, Deutschland
 goetzeko@uni-duesseldorf.de

Bitte zitieren als

Götze K, Otten-Marré S, Loupatatzis B, in der Schmitten J. Training supported by simulated persons to promote the development of specific communication skills in advance care planning. *GMS J Med Educ*. 2025;42(1):Doc11. DOI: 10.3205/zma001735, URN: urn:nbn:de:0183-zma0017359

Artikel online frei zugänglich unter

<https://doi.org/10.3205/zma001735>

Eingereicht: 27.03.2024

Überarbeitet: 02.08.2024

Angenommen: 10.09.2024

Veröffentlicht: 17.02.2025

Copyright

©2025 Götze 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/>.