

Professional roles and activities of simulated patient educators. Development of a multidimensional competency framework

Abstract

Standardized Participant (SP) Educators (SPEs) play a central role in simulation-based education, yet their professional profile and competencies have so far remained insufficiently defined. Against this background, the aim of this project was to develop a competency-based framework for SPEs that reflects their professional roles, core activities, and required competencies within health professions education.

An expert group from Germany and Switzerland, representing diverse academic and professional backgrounds, collaboratively developed the framework through an inductive, participatory, and consensus-driven process. Established competency frameworks from health professions education, including CanMEDS and the German NKLM, served as conceptual references. The development process included iterative feedback loops and a final cross-comparison with published international frameworks to ensure completeness and contextual validity.

The resulting framework defines eight professional roles and 39 professional activities, subdivided into 132 tasks and associated competencies. It provides a comprehensive, practice-oriented, and formative tool that captures the complexity and scope of SPEs' work. By mapping roles, activities, and competencies, it offers orientation for program development, team structuring, and capacity building, while highlighting the need for professional recognition of SPEs as qualified academic staff. While primarily contextualized for German-speaking countries, the framework may also serve as a reference for SP programs internationally and as a foundation for ongoing discourse and future adaptation.

Keywords: simulated patient educator, simulated participants, simulation-based education, competency framework, health professions education, professionalization

Daniel Bauer¹

Tanja Hitzblech¹

Peter Eberz²

Angelika H. Fritz³

Veronika Kühn⁴

Tim Peters⁵

Swetlana Philipp⁶

Renate Strohmer⁷

Beate G. Brem¹

1 University of Bern, Institute for Medical Education, Bern, Switzerland

2 Charité – University Medical Center Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin and Humboldt-Universität zu Berlin, Berlin, Germany

3 University of Duisburg-Essen, Faculty of Medicine, Essen, Germany

4 University of Ulm, Medical Faculty, Ulm, Germany

5 Universität Bielefeld, Med. Fakultät OWL, Department of Studies and Teaching, Department of General Practice and Family Medicine, Bielefeld, Germany

6 Friedrich-Schiller University, Jena University Hospital, Institute for Psychosocial Medicine, Psychotherapy and Psychooncology, Jena, Germany

7 Heidelberg University, Medical Faculty Mannheim, Division of Studies and Teaching Development, SkillsLab TheSiMa, Simulation Person Program, Mannheim, Germany

1. Background

There is a growing body of literature on employing simulated participants (SPs) in teaching and assessment, and on the value and effectiveness of this method [1], [2], [3]. However, the professional scope of SP educators (SPEs), those who design, deliver, and oversee SP-based learning experiences remains underexplored. Almost no attention has been paid to the specific tasks SPEs perform or to the competencies required to fulfil this role effectively.

SPEs can be understood as third space professionals, operating at the intersection of academic, clinical, and administrative domains [4], [5]. Their work extends beyond traditional teaching or management roles, as they integrate educational theory, simulation pedagogy, and organizational strategy to create authentic learning experiences. SPEs collaborate closely with faculty, clinicians, and administrative staff, translating curricular goals into practical simulation activities while ensuring quality of teaching, assessment alignment, and learner support. A clearly defined competency framework which ensures role clarity, informs training, and supports professional development is crucial for this hybrid position.

One of the few comprehensive studies on SPEs is that of Kim et al. (2012) [6], which, based on focus group interviews, identifies ten duties, subdivided into 25 tasks and 76 task elements for South Korean SPEs. A particular strength of this work lies in the involvement of multiple medical schools as well as the South Korean medical licensing examination institute.

In 2017, Lewis et al. published the Standards of Best Practice (SOBP) of the Association of Standardized Patient Educators (ASPE), defining five domains, 19 principles, and 97 practices for high-quality SP work, along with five core values. These standards also introduce an inclusive definition of SPEs as professionals who “work to develop expertise in SP methodology and are responsible for training and/or administering SP-based simulation” [7]. While developed through a rigorous process and with the involvement of leading figures in the SP community, the SOBP do not appear to have drawn on Kim et al.’s earlier work.

Further highlighting the influence of cultural context, Brem et al. (2023) conducted an international interview study across SP programs on all continents. They identified both universal elements and culture-specific adaptations in the application of the ASPE SOBP [8].

Other publications and methodological guides on SP programs offer only limited insights into the work of SPEs, often providing merely indirect or implicit references [9], [10]. Similarly, the trinational DACH Association for Medical Education’s (DACH is a commonly used acronym referring to Germany (D), Austria (A), and Switzerland (CH)) certification process for SP programs, though closely aligned with the ASPE SOBP, does not elaborate on the specific role or contributions of SPEs [11]. While some conclusions about SPE responsibilities may be inferred

from literature on SP performance or feedback [12], [13], these insights remain scattered and unstructured.

In 2020, a comprehensive textbook on SP methodology among else revisited the question: “Who are Standardized Patient Educators and what do they do?” [14]. Yet, the response primarily underscores the heterogeneous professional backgrounds of SPEs. Concerning their specific tasks, the authors mainly reference the work of Pritchard et al. (2017), who interviewed experienced SPEs to explore how they prepare and support SPs [15]. Their framework identifies three pillars and four overarching themes, comprising eight subthemes and 27 components, characterizing well-structured SP programs. Elcin (2020) further contributes to the discussion by offering definitions and descriptions of SPEs beyond the North American context but also notes: “Despite the importance of their roles in SP methodology, SPEs around the world have remained understudied with the lack of a clearly defined job description, and lack of professional development, and career track.” [16].

This gap has concrete implications. A clearly defined job description could guide individual and team-based capacity building, highlight the academic nature of much SPE work, even when SPE often time come from outside academia, and justify institutional investment [17]. Indeed, SPEs do far more than train SPs and manage logistics; they contribute substantially to pedagogical quality and program development.

Notably, none of the existing sources adopt a competency-based approach, although such an approach is particularly well-suited for the field of SPEs. Given the wide variation in SP programs and the diverse professional backgrounds of SPEs (e.g., academic vs. non-academic; backgrounds in theatre, education, or health professions), it is precisely the competencies required for their professional activities and the roles they assume in everyday practice that define the core of their work.

Against this background, we aimed at developing a competency-based framework for SPEs to fill the gap as articulated [16], [18], one that is firmly grounded in practice, reflects key professional activities, and articulates the professional roles that define this unique and evolving field.

2. Methods

The task was approached by establishing an expert group to systematically collect, sort, and validate data on the work of SPEs and build a competency-based framework for the profession. This process was guided by established frameworks from health professions education and built on the group’s experiences and expertise as well as literature on SPE work.

2.1. Team composition and task specification

To address the task, the standing committee on simulated participants of the DACH Association for Medical Education was consulted. After presenting the idea of creating a competency-based framework for SPEs, the authors formally established a working group in 2021, with a mandate to comprehensively define the roles, tasks, and competencies of SPEs and develop a widely accepted and practically relevant consensus.

The group was intentionally diverse, with German and Swiss members of varied levels of experience and backgrounds, both academic and non-academic, across health professions, pedagogy, psychology, and drama education. Several members had scholarly experience in SP methodology or had worked in developing SPE capacity (in this context, capacity development [19] refers to systematically strengthening the competencies, structures, and strategies needed to support SPEs in performing their complex professional roles and advancing sustainable SP programs). The aim was to reflect the broad diversity of SP programs and the range of professionals performing the SPE role.

Initial discussions clarified that the framework should encompass the full range of SPE work, without suggesting that all tasks and competencies must reside within a single individual or team. This acknowledges the diversity in SP programs based on their maturity, scope and available resources.

Additionally, it was agreed that the framework would focus on SPE activities within health professions education, and explicitly include their roles within the “third space” [4], [5], a fluid intersection of academic and professional domains. While activities outside the (presumed) typical SPE role were excluded from the framework, it was recognized that in practice, boundaries may not always be clear, and many SPEs hold other roles, e.g., as lecturers and teachers, simulation technicians or course administrators.

The framework was developed through an iterative, consensual approach over multiple steps, revisiting certain stages, such as literature reviews, several times throughout the process. The results were continuously reviewed, revised, and refined. In detail, the profiles gradually emerged over the course of the working group sessions in the following steps.

2.2. Literature review and brainstorming

In an initial brainstorming session, roles and tasks that SPEs face in their daily work were identified. Working group members contributed based on their site-specific or individual perspectives and academic routines, as well as existing literature, even though, as mentioned above, this literature was found to be quite limited.

The brainstorming session also led to an agreement on a common process for the next steps. The process was

characterized by a structured form of interaction in which individual contributions were systematically collected, made transparent and integrated.

2.3. Defining the framework's dimensions

Due to the very limited results from the literature review, the working group initially oriented itself towards already established competency-based outcome frameworks for health professionals, specifically the Canadian CanMEDS framework [20]. CanMEDS maps physicians' professional work predominantly through three concepts:

1. the professional's roles: the broad functions or identities a professional assumes in their work (e.g., communicator, collaborator, leader), capturing the why and in what capacity they act,
2. their professional activities: key tasks that professionals perform in practice, which are observable, delegable, and require integration of multiple competencies, and
3. the corresponding competencies necessary to fulfill these.

After the authors organized the collected and sorted material according to these concepts, and it seemed to provide a suitable representation of the work of SPEs, the group agreed to proceed with this approach and build their framework around the three dimensions of SPEs' professional roles, professional activities and necessary competencies accordingly. It was beneficial that CanMEDS has equivalents in both the German (National Competency-Based Catalogue of Learning Objectives for Medicine; NKLM) [21] and the Swiss (Principal Relevant Objectives and Framework for Integrative Learning and Education in Switzerland; PROFILES) [22], [23] outcome frameworks for medical education. Alignment of the SPE framework with these familiar frameworks was expected to increase the acceptance.

Sub-working groups were established, one to address the different roles of SPE and the other to compile the professional activities of SPEs, from which the associated competencies were subsequently derived.

2.4. Defining the roles and professional activities of SPE

One of the two subgroups collaboratively drafted an initial version of the various roles assumed by SPEs, drawing heavily on the CANMEDS-based roles described in the German NKLM [21]. The role of “medical expert” was adapted and renamed “SP educator”; the roles of scholar, communicator, collaborator, health advocate, professional, and manager were conceptually adapted. Additionally, the role of “visionary”, which is included in the updated version of the NKLM [<https://www.nklm.de/>] but not part of CanMEDS [20], was also adopted and modified. The

adaptation of the “SP educator” role was closely aligned with the ASPE standards of best practice [7].

The second subgroup compiled professional activities based on the literature reviewed to date, materials from SPE capacity-building activities [24], [25] and members’ day-to-day professional experience. A shared spreadsheet was created to clearly structure and present the complex activities and their subtasks. The detailed breakdown aimed to make the responsibilities of SPEs more understandable and accessible to the intended audience. The professional activities were formulated in line with published guidelines for entrustable professional activities [26], while deliberately omitting the entrustment component in light of the framework’s intended formative application.

The activities overview allowed for the structured integration of newly emerging ideas and aspects. Its accessibility facilitated communication and collaboration, enabling all members to contribute perspectives and content. Both in the subgroups and during online plenary meetings, the structure and content was iteratively expanded and refined based on ongoing members’ feedback.

2.5. Interim validation and integration of feedback

After a preliminary draft of the roles and professional activities had been developed, external validation was carried out at a dedicated symposium during a scientific conference on skills and simulated participants in health professions education in Cologne, Germany in 2023 [27]. The draft was systematically reviewed and discussed with approximately 20 SP educators from Germany, Austria and Switzerland, seeking inconsistencies, omissions, and unclear elements. All participants’ perspectives were heard, clarifying questions and feedback helped to eliminate misunderstandings and further specify the draft. Following this activity, the feedback was integrated into the framework during several rounds of internal review within the working group. Subsequently, language and style were refined in editorial meetings.

2.6. Defining SPE competencies

In a subsequent step, the working group identified the competencies and skills necessary to perform the professional activities effectively. It was acknowledged that these competencies are typically distributed across team members within an SP program rather than being embodied in a single individual.

Recognizing the close relationship between competencies and roles, the group then mapped each professional activity to the previously defined professional roles in a dedicated substep. As a rule of thumb, each activity was assigned to as few roles as reasonably possible, ideally no more than three, unless a broader attribution was explicitly discussed and agreed upon within the group. Thus overly broad or inflated associations were avoided.

2.7. Final validation and completion

The final validation of the documents was carried out in several sub-steps:

In a penultimate online plenary meeting, the comprehensive framework with the description of SPEs’ professional roles, professional activities and competencies was reviewed and formally approved as a consensus product accepted by all participants.

Closing the loop on the initial literature review, and in line with the inductive methodology chosen for this project, a systematic comparison was conducted between the emerging framework and existing publications, i.e., the frameworks by Kim et al. [6] and Pritchard et al. [15], both of which are not explicitly reflected in the ASPE SOBP [7], as well as the ASPE SOBP [7] themselves as the widely recognized international standard. This comparison aimed to ensure that all potentially relevant roles, activities, and competencies of SPEs were captured. The comparison yielded 33 differences, prompting the addition of seven professional activities, predominantly at the policy level, as well as thirteen tasks, and eleven task specifications, while the role definitions remained unchanged. Eight items from Kim et al. [6] and the ASPE SOBP [7] diverged from our findings but were not included in the final framework; three were considered too minor to warrant integration, and five were judged not to reflect typical SPE practice in the DACH context.

Although the working group already represented diverse health professions backgrounds, its members were predominantly embedded in medical school contexts. Therefore, as a final validation step, additional feedback was sought from two experts with direct experience in nursing education to assess the framework’s transferability beyond medicine.

3. Results

The competency framework for SPEs is structured around three dimensions: the professional roles SPEs assume, the professional activities they carry out, and the competencies required to perform these activities effectively.

The SPE’s professional roles were defined as:

The central role of SPEs is to apply the SP methodology meaningfully and professionally. They do so within undergraduate, postgraduate, and continuing education in the health professions. They qualify SPs for teaching and assessment assignments in accordance with recognized standards of best SP practice. Moreover, they support and advise educators and institutions in the implementation, quality assurance, and further development of the SP methodology. They thereby contribute to contemporary didactics, a modern educational system, and ultimately to improved healthcare for the general population. SPEs adopt an evidence-informed approach and engage with scholarly discourse. SPE communicate professionally, collaborate in an interprofessional and team-

Table 1: Exemplary professional activity: “Recruiting new SP”, associated tasks, required competencies, and mapping to the most relevant professional roles

Professional activity	Tasks	Competencies	SPE	SCO	COM	COL	ADV	MAN	PRO	VIS
Recruiting new SP	- Recruit applicants - Define selection criteria (considering diversity, equity, and inclusion) - Prepare and conduct the casting session - Make selection decisions and provide feedback to applicants on the outcome - Take medical history and/or conduct a physical examination (or have it conducted) - Record selected SPs in the database	- Event logistics - Basic clinical skills - Assessment - Small group didactics - Feedback skills	x		x		x		x	

Abbreviations: SPE=SP educator, SCO=Scholar, COM=Communicator, COL=Collaborator, ADV=Health advocate, MAN=Manager, PRO=Professional, VIS=Visionary

oriented manner, maintain respectful interactions with all individuals involved in the process, and take responsibility for their well-being. They engage critically, constructively, and with a forward-oriented mindset in shaping developments in education and healthcare. Finally, SPE lead and manage SP programs efficiently, effectively, with foresight, and consistently advance both the SP program and the methodology as a whole.

The eight professional roles identified in this context are those of SP Educator, Scholar, Communicator, Collaborator, Health Advocate, Manager, Professional, and Visionary. The titles and, to some extent, their descriptions, deliberately mirror those of the CanMEDS [20] framework and its German counterpart, NKLM [21], underscoring their shared grounding in health professions education. Each of these eight roles is further described (cf. attachment 1). As an illustrative example, the following text outlines the role of the Visionary. First introduced in the 2021 revision of the NKLM, it highlights a professional's contribution to curriculum innovation.

In the visionary's role, SPE reflect on and expand the boundaries of their own thinking and actions, as well as those of their SP program. They draw inspiration from the environment, technology, and society to further develop the SP method and make themselves available for exchange with others, including those outside the health professions. They anticipate future developments and emerging topics, strategically and proactively align the SP program accordingly, and advocate for corresponding curricular adaptations.

The SPE's 39 professional activities are organized into six thematic domains, further subdivided into a total of 132 tasks:

- Building, maintaining, and administering the SP program
- Developing scenarios
- Training SP

- Preparing, delivering and debriefing simulation-based activities
- Assuring Quality
- Developing professional identity and skills

Each professional activity is associated with relevant competencies and mapped to the professional roles assumed by SPEs in the course of performing it. Table 1 illustrates this with the example of the professional activity “recruiting new SP”; the full list of professional activities is provided in attachment 2.

The order of the thematic domains is not meant to imply any differences in their relevance. This framework does not cover simulation technician training, or non-SP-based simulation.

4. Discussion

This framework represents a structured proposal for defining the professional roles and activities of SPEs in German-speaking countries, and constitutes the first comprehensive competency-based framework for SPEs worldwide. It responds to recent calls to more closely examine the expertise of SP educators [16], [18]. By mapping roles, activities, and competencies, the framework provides a practice-oriented tool that can help identify gaps or inconsistencies within local SP programs and serve as a roadmap for program development and refinement.

The framework is conceptually aligned with existing SP programs in the DACH region [10], [24] as well as the literature [6], [7], [15] and draws on outcome frameworks from health professions education such as CanMEDS [20] and the German NKLM [21]. The framework is primarily contextualized for DACH countries; however, it may also serve as a source of inspiration for SP programs in other regions. Nevertheless, cultural and systemic differences in the scope of SPE practice must be acknow-

ledged [8]. In many U.S.-based SP programs, for instance, SPs not only portray patient roles and provide feedback to learners but also complete checklists to assess learner performance. This activity entails a distinct set of competencies that are not encompassed within the present framework, as SPs in DACH countries typically do not engage in checklist-based summative assessment as examiners. As the present framework is conceptually grounded in medically oriented reference frameworks (CanMEDS and NKLM), interprofessional collaboration was not its primary organizing perspective. For use in interprofessional education contexts, complementary frameworks such as CIHC [28] or IPEC [29] may provide valuable additional perspectives.

A key strength of the development process was its participatory and consensus-driven approach. Iterative feedback loops and the use of collaborative web-based tools supported transparency, traceability, and completeness. Particular attention was paid to ensuring that all voices were heard and that all participants had the opportunity to contribute meaningfully throughout the process. At the same time, mapping our competency-based framework, developed through an inductive approach, against published frameworks helped ensure that the final product was as comprehensive and complete as possible.

Nevertheless, the chosen methodology also entails limitations. Despite the intentional diversity of the expert group, the framework remains shaped by the expertise, experiences, and institutional contexts of the participating experts, who were predominantly embedded in medical school environments in German-speaking countries. As with all consensus-based approaches, the final framework reflects negotiated agreement and may underrepresent perspectives that were not represented in the working group or the external validation process. Furthermore, the inductive process necessarily involved interpretative decisions regarding the clustering, prioritization, and wording of roles, activities, and competencies. Further validation across other health professions, institutional settings, and cultural contexts is therefore warranted.

It is important to emphasize that this framework was never intended for use in performance evaluation or other summative contexts. The professional activities identified were explicitly not designed as entrustable professional activities (EPAs), and entrustment decisions were not part of the development process. Rather, the framework was conceived as a formative tool to support professional development, facilitate reflection, inform program design, and enhance clarity around the diverse roles of SPEs. Any summative application would go beyond the authors' original intent.

This framework makes visible the broad and complex scope of SPEs' work, highlighting the need for qualified professionals who are familiar with SP methodology to take responsibility for program development and delivery. While onboarding into the role is possible, it is a highly specialized domain, and the diverse skill set required to perform these varied tasks effectively and to a high standard should not be underestimated. There is no doubt

SP programs increasingly occupy indispensable curricular niches: they enable communicative and interpersonal skills training, underpin OSCEs, and provide forms of human simulation for which no real alternative exists [3]. In many institutions, they have become curricular linchpins, high-stakes, highly visible, and essential for educational quality. If SP programs are entrusted with such central responsibilities, institutions must grant them a clear mandate and the personnel and financial resources required to meet these expectations. Anything less risks a mismatch between curricular demands and the program's capacity to deliver.

This framework is intentionally focused on those working with, for, and on SPs, and not on broader educational or administrative roles. During development, a clear distinction was drawn between SPEs and other roles such as teaching faculty, simulation technicians, or make-up artists, even if these may overlap in practice. Its competency- and activity-based structure offers institutions practical guidance for recruitment, training, and support of SPEs. In SPE capacity building, training modules could be built around the six activity domains and the professional roles of SPE [25]. Potential uses include job postings, team structuring, program development, and resource allocation. It may also serve as a basis for institutional discussions around professional recognition and appropriate remuneration for SPEs as academic staff working within the "third space".

The framework can serve as a "blueprint of SPEs' profession" with a formative, non-prescriptive character. It deliberately does not distinguish between one-time and recurring tasks, or between basic and advanced activities, allowing for flexible adaptation across different stages of program maturity and diverse institutional or cultural contexts. However, this flexibility also requires careful consideration and tailoring to local needs, structures, and resources. Users should also be aware that behind seemingly simple formulations of professional activities often lie complex considerations. For example, defining selection criteria for new SPs involves nuanced decisions around diversity, the ability to give and receive feedback, reliability, and adaptability, all of which require consulting the literature and making informed choices.

Notably, the framework does not yet explicitly include attitudes or professional values, which are essential to the work of SPEs, though some are implicitly reflected. The identity of an SPE is shaped not only by knowledge and skills, but also by a responsible, empathetic, and respectful stance toward simulated participants and other parties involved. A complementary catalogue of values could meaningfully enrich and complete the framework. Further validation is needed, especially across health professions and cultural settings. Moreover, certain technological developments, such as the integration of AI into simulation, remain unaddressed and could be considered in future iterations.

5. Conclusions

We hope that this work provides a solid foundation for both newly established and existing SP programs, offering support in negotiations and helping strengthen the position of SP programs in resource allocation and institutional recognition. As the role of SPEs gains recognition globally, this framework contributes to the professionalization and institutional integration of this vital group. A complementary set of core values could be developed to capture the ethical and interpersonal dimensions of SPEs' work. Ongoing discourse, at professional conferences, within institutional committees, and across programs, is encouraged to further refine and adapt the framework.

Acknowledgements

The authors would like to express their gratitude towards the participants of their symposium at the iSLS in Cologne for their contributions and thoughtful input, as well as Elvira Pippel (Uppsala County, Sweden) and Claudia Schlegel (Bern, Switzerland) for reviewing the manuscripts final draft from a nursing education perspective.

Notes

Authorship

The authors Daniel Bauer and Tanja Hitzblech share the first authorship.

Authors' ORCIDs

- Daniel Bauer: [0000-0002-3337-3327]
- Tanja Hitzblech: [0000-0003-0876-0373]
- Peter Eberz: [0000-0003-2763-5682]
- Angelika H. Fritz: [0009-0002-8174-0846]
- Veronika Eva Kühn: [0009-0001-0787-9965]
- Tim Peters: [0009-0008-4165-5608]
- Swetlana Philipp: [0009-0007-5458-3693]
- Beate G. Brem: [0000-0002-0551-9587]

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Attachments

Available from <https://doi.org/10.3205/zma001877>

1. Attachment_1.pdf (139 KB)
Eight professional roles
2. Attachment_2.pdf (306 KB)
Complete overview of all professional activities

References

1. Barrows HS. An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. *AAMC. Acad Med.* 1993;68(6):443-451. DOI: 10.1097/00001888-199306000-00002
2. Barrows HS, Abrahamson S. The programmed patient: A technique for appraising student performance in clinical neurology. *J Med Educ.* 1964;39:802-805.
3. Bauer D, Lahner FM, Huwendiek S, Schmitz FM, Guttormsen S. An overview of and approach to selecting appropriate patient representations in teaching and summative assessment in medical education. *Swiss Med Wkly.* 2020;150(4950):w20382. DOI: 10.4414/smw.2020.20382
4. Salden P. Hochschuldidaktik als Teil des Third Space in der Hochschule. Celia Whitchurchs Forschung über Shifting identities and blurring boundaries. In: Tremp P, Eugster B, editors. *Klassiker der Hochschuldidaktik? Doing Higher Education.* Wiesbaden: Springer; 2020. p.295-304. DOI: 10.1007/978-3-658-28124-3_19
5. Whitchurch C. Shifting identities and blurring boundaries: The emergence of third space professionals in UK higher education. *High Educ Quart.* 2008;62(4):377-396. DOI: 10.1111/j.1468-2273.2008.00387.x
6. Kim SH, Lee YH, Yoo HB, Park JH. Job analysis of standardized patient trainer. *Korean J Med Educ.* 2012;24(1):39-53. DOI: 10.3946/kjme.2012.24.1.39
7. Lewis KL, Bohnert CA, Gammon WL, Hölzer H, Lyman L, Smith C, Thompson TM, Wallace A, Gliva-McConvey G. The association of standardized patient educators (ASPE) standards of best practice (SOBP). *Adv Simul (Lond).* 2017;2:10. DOI: 10.1186/s41077-017-0043-4
8. Brem BG, Hoelzer H, Blatt B, Ruba E, Miller JL, Smith CM. Advancing professionalization in human simulation: perspectives of SP educators from around the world on the Association of SP Educators Standards of Best Practice. *Int J Healthc Sim.* 2023;1-11. DOI: 10.54531/lwzg2521
9. Cleland JA, Abe K, Rethans JJ. The use of simulated patients in medical education: AMEE Guide No 42. *Med Teach.* 2009;31(6):477-486. DOI: 10.1080/01421590903002821
10. Peters T, Thrien C. *Simulationspatienten: Handbuch für die Aus- und Weiterbildung in medizinischen und Gesundheitsberufen.* Göttingen: Hogrefe AG; 2018. DOI: 10.1024/85756-000
11. Peters T, Sommer M, Fritz AH, Kursch A, Thrien C. Minimum standards and development perspectives for the use of simulated patients—a position paper of the committee for simulated patients of the German Association for Medical Education. *GMS J Med Educ.* 2019;36(3):Doc31. DOI: 10.3205/zma001239
12. Wind LA, Van Dalen J, Muijtjens AM, Rethans JJ. Assessing simulated patients in an educational setting: the MaSP (Maastricht Assessment of Simulated Patients). *Med Educ.* 2004;38(1):39-44. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2004.01686.x
13. Schnabel KP, Bauer D, Schmitz FM, Hitzblech T, Brem BG. Simulated patients' role-portrayal in the clinical skills part of the Swiss federal licensing exam is of high quality and improves further over time as measured with the FAIR OSCE instrument. *GMS J Med Educ.* 2025;42(1):Doc12. DOI: 10.3205/zma001736
14. Aiello MT, Struijk JS, Szauder K, Nicholas CF. Professional development of the SP educator. In: Gliva-McConvey G, Nicholas CF, Clark L, editors. *Comprehensive Healthcare Simulation: Implementing Best Practices in Standardized Patient Methodology.* Wiesbaden: Springer; 2020. p.203-219. DOI: 10.1007/978-3-030-43826-5

15. Pritchard SA, Blackstock FC, Keating JL, Nestel D. The pillars of well-constructed simulated patient programs: a qualitative study with experienced educators. *Med Teach*. 2017;39(11):1159-1167. DOI: 10.1080/0142159X.2017.1369015
16. Elcin M. The standardized/simulated patient methodology around the World (Part I). In: Gliva-McConvey G, Nicholas CF, Clark L, editors. *Comprehensive healthcare simulation: Implementing best practices in standardized patient methodology*. Wiesbaden: Springer; 2020. p.263-282. DOI: 10.1007/978-3-030-43826-5
17. Cantillon P, Stewart B, Haeck K, Bills J, Ker J, Rethans JJ. Simulated patient programmes in Europe: collegiality or separate development? *Med Teach*. 2010;32(3):e106-e110. DOI: 10.3109/01421590903389090
18. Clark L, Doyle A, Elcin M, McNaughton N, Nicholas C, Owens T, Smith C, Szauder K, Xing K, Nestel D. Call to action: honoring simulated participants and collaborating with simulated participant educators. *Simul Healthc*. 2025;20(4):211-214. DOI: 10.1097/SIH.0000000000000840
19. Huber J, Nepal S, Bauer D, Wessels I, Fischer MR, Kiessling C. Tools and instruments for needs assessment, monitoring and evaluation of health research capacity development activities at the individual and organizational level: a systematic review. *Health Res Policy Syst*. 2015;13(1):80. DOI: 10.1186/s12961-015-0070-3
20. Frank JR, Danoff D. The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies. *Med Teach*. 2007;29(7):642-647. DOI: 10.1080/01421590701746983
21. Fischer MR, Bauer D, Mohn K; NKLM-Projektgruppe. Finally finished! National competence based catalogues of learning objectives for undergraduate medical education (NKLM) and dental education (NKLZ) ready for trial. *GMS Z Med Ausbild*. 2015;32(3):Doc35. DOI: 10.3205/zma000977
22. Berendonk C, Waldvogel TE, Bonvin R, Schirlo C, Goldhahn J, Frank Z, Nendaz M. Revision of a nationwide competency framework for undergraduate medical education in Switzerland: PROFILES 2. *Swiss Med Weekly*. 2025;155:4389. DOI: 10.57187/s.4389
23. Michaud PA, Jucker-Kupper P; The Profiles Working Group. The "Profiles" document: a modern revision of the objectives of undergraduate medical studies in Switzerland. *Swiss Med Wkly*. 2016;146. DOI: 10.4414/smw.2016.14270
24. Strohmer R, Liebke L, Linder U, Kaden JJ. Qualifizierung für ein neues Berufsbild: Training für Simulationspersonen-Trainerinnen und Trainer. *ProCare*. 2023;28(9):44-47.
25. Brem B, Bauer D, Hitzblech T, Schnabel K. Ausbildung zum Experten in der Arbeit mit Simulationspersonen (SP) – ein praktisches Beispiel. In: 17. Internationales Skills Lab Symposium 2023. Köln, 16.-18.03.2023. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2024. DocV4-4. DOI: 10.3205/23isls23
26. Ten Cate O, Taylor DR. The recommended description of an entrustable professional activity: AMEE Guide No. 140. *Med Teach*. 2021;43(10):1106-1114. DOI: 10.1080/0142159X.2020.1838465
27. Bauer D, Brem B, Strohmer R, Peters T. Annäherung an ein Rollen-, Aufgaben- und Kompetenzprofil von SP-Trainer: innen. In: 17. Internationales Skills Lab Symposium 2023. Köln, 16.-18.03.2023. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2024. DocPS2. DOI: 10.3205/23isls47
28. Canadian Interprofessional Health Collaborative. CIHC Competency Framework for Advancing Collaboration. Vancouver (BC): Canadian Interprofessional Health Collaborative; 2024.
29. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A National Interprofessional Competency Framework. Vancouver (BC): Canadian Interprofessional Health Collaborative; 2010. Zugänglich unter/available from: <https://phabc.org/wp-content/uploads/2015/07/CIHC-National-Interprofessional-Competency-Framework.pdf>

Corresponding author:

Daniel Bauer
University of Bern, Institute for Medical Education,
Mittelstr. 43, CH-3012 Bern, Switzerland
daniel.bauer@unibe.ch

Please cite as

Bauer D, Hitzblech T, Eberz P, Fritz AH, Kühn V, Peters T, Philipp S, Strohmer R, Brem BG. Professional roles and activities of simulated patient educators. Development of a multidimensional competency framework. *GMS J Med Educ*. 2026;43(6):Doc83. DOI: 10.3205/zma001877, URN: urn:nbn:de:0183-zma001877

This article is freely available from

<https://doi.org/10.3205/zma001877>

Received: 2025-11-25

Revised: 2026-04-29

Accepted: 2026-05-18

Published: 2026-09-15

Copyright

©2026 Bauer 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/>.

Professionelle Rollen und Tätigkeiten von SP-Expert*innen. Entwicklung eines multidimensionalen Kompetenzrahmens

Zusammenfassung

SP-Expert:innen (SPE) spielen eine zentrale Rolle in der simulationsbasierten Lehre. Ihr berufliches Profil sowie die hierfür erforderlichen Kompetenzen sind bislang jedoch nur unzureichend definiert. Vor diesem Hintergrund war das Ziel dieses Projekts die Entwicklung eines kompetenzbasierten Rahmenwerks für SPE, der ihre professionellen Rollen, zentralen Tätigkeiten und erforderlichen Kompetenzen in der Ausbildung der Gesundheitsberufe abbildet.

Eine Expert:innengruppe aus Deutschland und der Schweiz mit unterschiedlichen akademischen und beruflichen Hintergründen entwickelte den Kompetenzrahmen gemeinsam in einem induktiven, partizipativen und konsensbasierten Prozess. Etablierte Kompetenzrahmen der Ausbildung der Gesundheitsberufe, darunter CanMEDS und der deutsche Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM), dienten als konzeptionelle Referenzen. Der Entwicklungsprozess umfasste iterative Feedbackschleifen sowie einen abschliessenden Abgleich mit publizierten internationalen Kompetenzrahmenwerken, um Vollständigkeit und kontextuelle Validität sicherzustellen.

Der resultierende Kompetenzrahmen definiert acht professionelle Rollen und 39 professionelle Tätigkeiten, die in 132 Aufgaben sowie zugehörige Kompetenzen untergliedert sind. Er stellt ein umfassendes, praxisorientiertes und formatives Instrument dar, das die Komplexität und den Umfang der Arbeit von SPE darstellt. Durch die Abbildung von Rollen, Tätigkeiten und Kompetenzen bietet er Orientierung für die Programmentwicklung, die Strukturierung von Teams und den Kompetenzaufbau und verdeutlicht zugleich die Notwendigkeit der professionellen Anerkennung von SPE als qualifiziertem akademischem Personal.

Obwohl der Kompetenzrahmen primär für den deutschsprachigen Raum kontextualisiert wurde, kann er auch für internationale SP-Programme als Referenz dienen und eine Grundlage für den weiteren Diskurs sowie zukünftige Anpassungen bilden.

Schlüsselwörter: SP-Expert:innen, Simulationspersonen, Simulationsbasierte Lehre, Kompetenzrahmen, Ausbildung der Gesundheitsberufe, Professionalisierung

Daniel Bauer¹

Tanja Hitzblech¹

Peter Eberz²

Angelika H. Fritz³

Veronika Kühn⁴

Tim Peters⁵

Swetlana Philipp⁶

Renate Strohm⁷

Beate G. Brem¹

1 Universität Bern, Institut für Medizinische Lehre, Bern, Schweiz

2 Charité – Universitätsmedizin Berlin, Gliedkörperschaft der Freien Universität Berlin und der Humboldt-Universität zu Berlin, Geschäftsbereich Studium und Lehre, Berlin, Deutschland

3 Universität Duisburg-Essen, Med. Fakultät, Simulationspersonenprogramm, Essen, Deutschland

4 Universität Ulm, Med. Fakultät, Studiendekanat, Ulm, Deutschland

5 Universität Bielefeld, Med. Fakultät OWL, Ref. Studium und Lehre, AG Allgemein- und Familienmedizin, Bielefeld, Deutschland

6 Friedrich-Schiller-Universität Jena, Universitätsklinikum Jena, Institut für Psychosoziale Medizin, Psychotherapie und Psychoonkologie, Jena, Deutschland

7 Universität Heidelberg, Med. Fakultät Mannheim, GB Studium und Lehrentwicklung, Lernkrankenhaus TheSiMa, Simulationspersonenprogramm, Mannheim, Deutschland

1. Hintergrund

Es gibt zunehmend Literatur zum Einsatz von Simulationspersonen (SP) in der Lehre und in Prüfungen sowie zum Nutzen und zur Wirksamkeit dieser Methode [1], [2], [3]. Das professionelle Tätigkeitsfeld der SP-Expert*innen (SPE), die SP-basierte Lehr- und Lernszenarien konzipieren, umsetzen und verantworten, ist jedoch bislang nur unzureichend untersucht. Insbesondere die konkreten Aufgaben von SPE sowie die hierfür erforderlichen Kompetenzen wurden bisher kaum systematisch beschrieben. SPE können als Fachpersonen im Third Space verstanden werden, die an der Schnittstelle zwischen akademischen, klinischen und administrativen Bereichen tätig sind [4], [5]. Ihre Arbeit geht über traditionelle Lehr- oder Managementaufgaben hinaus, da sie Pädagogik, Simulationsdidaktik und organisatorische Strategien integrieren, um authentische Lernerfahrungen zu schaffen. SPE arbeiten eng mit Lehrenden, klinisch tätigen Fachpersonen und administrativen Mitarbeitenden zusammen und übersetzen curriculare Ziele in konkrete simulationsbasierte Aktivitäten, während sie gleichzeitig die Qualität der Lehre, die Kongruenz von Lehre und Prüfungen sowie die Unterstützung der Lernenden sicherstellen. Für diese hybride Position ist ein klar definierter Kompetenzrahmen von zentraler Bedeutung, der Rollenklarheit schafft, Qualifizierungsprozesse unterstützt und die professionelle Entwicklung fördert.

Eine der wenigen umfassenden Studien zu SPE stammt von Kim et al. (2012) [6]. Auf der Grundlage von Fokusgruppeninterviews identifiziert die Studie zehn Aufgabenbereiche, die für südkoreanische SPE in 25 Aufgaben sowie 76 Aufgabenelemente unterteilt werden. Eine besondere Stärke dieser Arbeit liegt in der Einbindung mehrerer medizinischer Fakultäten sowie des südkoreanischen Instituts für die medizinische Zulassungsprüfung. Im Jahr 2017 veröffentlichten Lewis et al. die Standards of Best Practice (SOBP) der Association of Standardized Patient Educators (ASPE), in denen fünf Domänen, 19 Prinzipien und 97 Praktiken für qualitativ hochwertige Arbeit mit SP sowie fünf Grundwerte definiert werden. Diese Standards enthalten zudem eine inklusive Definition von SPE als Fachpersonen, die „*Expertise in der SP-Methode entwickeln und für die Ausbildung und/oder Administration von SP-basierter Simulation verantwortlich sind*“ [7]. Obwohl diese Standards in einem rigorosen Entwicklungsprozess unter Beteiligung führender Personen der SP-Community entstanden sind, scheint die frühere Arbeit von Kim et al. in den SOBP nicht berücksichtigt worden zu sein.

Die Bedeutung des kulturellen Kontextes wird durch eine internationale Interviewstudie von Brem et al. (2023) weiter hervorgehoben, die SP-Programme auf allen Kontinenten untersuchte. Die Autorenschaft identifizierte sowohl universelle Elemente als auch kontextspezifische Anpassungen in der Anwendung der ASPE-SOBP [8].

Weitere Publikationen sowie methodische Handreichungen zu SP-Programmen liefern nur begrenzte Einblicke in die konkrete Arbeit von SPE und enthalten häufig ledig-

lich indirekte oder implizite Hinweise [9], [10]. Ebenso geht das Zertifizierungsverfahren der trinationalen Gesellschaft für Medizinische Ausbildung, das eng an die ASPE-SOBP angelehnt ist, nicht näher auf die spezifische Rolle oder die Beiträge von SPE ein [11]. Zwar lassen sich aus der Literatur zur Rollendarstellung oder Feedback durch SP einzelne Rückschlüsse auf Aufgaben von SPE ableiten [12], [13], diese bleiben jedoch fragmentarisch und unstrukturiert.

Ein umfassendes Lehrbuch zur SP-Methode von 2020 greift unter anderem die Frage auf: „*Wer sind SP-Expert*innen und was tun sie?*“ [14]. Die Antwort verweist jedoch in erster Linie auf die heterogenen beruflichen Hintergründe von SPE. Im Hinblick auf die konkreten Aufgaben stützt sich die Autorenschaft vor allem auf die Arbeit von Pritchard et al. (2017), die erfahrene SPE dazu befragten, wie sie SP vorbereiten und unterstützen [15]. Deren Kompetenzrahmenwerk identifiziert drei Säulen sowie vier übergeordnete Themenbereiche mit insgesamt acht Subthemen und 27 Komponenten, die gut strukturierte SP-Programme charakterisieren. Elçin (2020) erweitert diese Diskussion, indem er Definitionen und Beschreibungen von SPE über den nordamerikanischen Kontext hinaus anbietet, weist jedoch ebenfalls darauf hin: „*Trotz der Bedeutung ihrer Rollen in der SP-Methode sind SP-Expert*innen weltweit bislang unzureichend erforscht; es fehlt eine klar definierte Stellenbeschreibung, ebenso wie professionelle Entwicklungs- und Karrierepfade*“ [16]. Diese Forschungslücke hat konkrete Konsequenzen. Eine klar definierte Stellenbeschreibung könnte die individuelle sowie teambezogene Kompetenzentwicklung unterstützen, den akademischen Charakter eines grossen Teils der Arbeit von SPE sichtbar machen, auch wenn SPE häufig einen nicht-akademischen Hintergrund haben, und institutionelle Investitionen legitimieren [17]. Tatsächlich leisten SPE weit mehr als die Schulung von SP und die Organisation logistischer Abläufe; sie tragen wesentlich zur didaktischen Qualität und zur Weiterentwicklung von Ausbildungs- und Studienprogrammen bei.

Bemerkenswerterweise verfolgen keine der bestehenden Arbeiten einen explizit kompetenzbasierten Ansatz, obwohl sich ein solcher für das Feld der SPE in besonderer Weise eignet. Angesichts der grossen Varianz von SP-Programmen sowie der unterschiedlichen beruflichen Hintergründe von SPE (z. B. akademisch vs. nicht-akademisch; Hintergründe in Theater, Bildung oder Gesundheitsberufen) sind es insbesondere die für ihre beruflichen Tätigkeiten erforderlichen Kompetenzen sowie die im Alltag eingenommenen Rollen, die den Kern ihrer Arbeit definieren.

Vor diesem Hintergrund war es das Ziel dieser Arbeit, einen kompetenzbasierten Rahmen für SP-Expert*innen zu entwickeln, um die beschriebene Lücke zu schliessen [16], [18] und ein Rahmenwerk zu schaffen, welches fest in der Arbeitspraxis verankert ist, zentrale berufliche Tätigkeiten abbildet und die professionellen Rollen dieser einzigartigen und sich entwickelnden Profession explizit macht.

2. Methoden

Mit der Einrichtung einer Expert*innengruppe wurde an die Aufgabe herangegangen, welche die Tätigkeiten von SP-Expert*innen systematisch erfasste, strukturierte und validierte, um daraus einen kompetenzbasierten Rahmen für diese Profession zu entwickeln. Der Prozess orientierte sich an etablierten Kompetenzrahmen der Ausbildung in Gesundheitsberufen und stützte sich sowohl auf die Erfahrungen und Expertise der Arbeitsgruppe als auch auf die Literatur zur Tätigkeit von SP-Expert*innen.

2.1. Konstituierung der Arbeitsgruppe und Auftragspräzisierung

Zur Bearbeitung der Fragestellung wurde der Ausschuss Simulationspersonen der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) hinzugezogen. Nach der Vorstellung der Idee zur Entwicklung eines kompetenzbasierten Rahmens für SP-Expert*innen gründeten die Autor*innen im Jahr 2021 eine Arbeitsgruppe mit dem Mandat, die Rollen, Aufgaben und Kompetenzen von SP-Expert*innen umfassend zu beschreiben und einen breit abgestützten sowie praxisrelevanten Konsens zu entwickeln.

Die Arbeitsgruppe wurde bewusst heterogen zusammengesetzt und umfasste Mitglieder aus Deutschland und der Schweiz mit unterschiedlichen Erfahrungsniveaus sowie akademischen und nicht-akademischen Hintergründen aus den Bereichen Gesundheitsberufe, Erziehungswissenschaften, Psychologie und Theaterpädagogik. Mehrere Mitglieder verfügten über wissenschaftliche Expertise im Bereich der SP-Methode oder waren in der Qualifizierung von SP-Expert*innen tätig. Unter Qualifizierung wird in diesem Zusammenhang die systematische Entwicklung von Kompetenzen, Strukturen und Strategien verstanden, die SP-Expert*innen dabei unterstützen, ihre komplexen beruflichen Rollen auszufüllen und SP-Programme nachhaltig weiterzuentwickeln [19]. Ziel war es, die grosse Vielfalt bestehender SP-Programme sowie die unterschiedlichen beruflichen Hintergründe von SPE möglichst umfassend abzubilden.

Zu Beginn verständigte sich die Arbeitsgruppe darauf, dass der Kompetenzrahmen das gesamte Spektrum der Tätigkeit von SPE abbilden soll, ohne dabei den Anspruch zu erheben, dass sämtliche Aufgaben und Kompetenzen in einer einzelnen Person oder einem einzelnen Team vereint sein müssen. Damit wurde der Vielfalt von SP-Programmen Rechnung getragen, die sich hinsichtlich ihres Entwicklungsstands, ihres Umfangs und ihrer verfügbaren Ressourcen unterscheiden.

Zudem wurde vereinbart, dass sich der Kompetenzrahmen auf die Tätigkeiten von SPE in der Ausbildung der Gesundheitsberufe konzentriert und ihre Rolle im „Third Space“ [4], [5], der dynamischen Schnittstelle zwischen akademischen und berufspraktischen Handlungsfeldern, ausdrücklich einschliesst. Tätigkeiten ausserhalb des (vermuteten) typischen Aufgabenbereichs von SPE wurden bewusst nicht in den Kompetenzrahmen aufgenommen.

Gleichzeitig wurde anerkannt, dass die Grenzen in der Praxis nicht immer eindeutig sind und viele SPE zusätzliche Funktionen übernehmen, beispielsweise als Lehrpersonen, Simulationstechniker*in oder Kursadministrator*in.

Der Kompetenzrahmen wurde in einem iterativen und konsensorientierten Verfahren über mehrere Arbeitsschritte entwickelt, wobei einzelne Phasen, wie etwa die Literaturrecherche, im Verlauf des Prozesses mehrfach aufgegriffen wurden. Die Zwischenergebnisse wurden kontinuierlich überprüft, überarbeitet und weiterentwickelt. Im Folgenden wird der Entwicklungsprozess schrittweise beschrieben.

2.2. Literaturrecherche und Brainstorming

In einer ersten Brainstorming-Sitzung wurden Rollen und Aufgaben identifiziert, mit denen SPE in ihrer täglichen Arbeit konfrontiert sind. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe brachten dabei ihre standortspezifischen und individuellen Perspektiven sowie ihre wissenschaftlichen Erfahrungen und Routinen ein und berücksichtigten die bestehende Literatur, auch wenn diese, wie zuvor beschrieben, als sehr begrenzt eingeschätzt wurde.

Die Brainstorming-Sitzung führte zudem zu einer Verständigung über ein gemeinsames Vorgehen für die nächsten Schritte. Der Prozess war durch eine strukturierte Form der Zusammenarbeit gekennzeichnet, bei der individuelle Beiträge systematisch gesammelt, transparent gemacht und integriert wurden.

2.3. Definition der Dimensionen des Kompetenzrahmens

Aufgrund der sehr begrenzten Ergebnisse der Literaturrecherche orientierte sich die Arbeitsgruppe zunächst an bereits etablierten kompetenzbasierten Outcome-Rahmenwerken für Gesundheitsberufe, insbesondere am kanadischen CanMEDS-Framework [20]. CanMEDS bildet die berufliche Tätigkeit von Ärzt*innen überwiegend anhand dreier Konzepten ab:

1. den professionellen Rollen: den übergeordneten Funktionen oder Identitäten, die eine Fachperson in ihrer beruflichen Tätigkeit einnimmt (z. B. Kommunikator*in, Mitglied eines Teams, Verantwortungsträger*in und Manager*in), welche beschreiben, warum und in welcher Funktion sie handelt,
2. den professionellen Tätigkeiten: zentralen Aufgaben, die Fachpersonen in der Praxis ausführen, die beobachtbar und delegierbar sind und die Integration mehrerer Kompetenzen erfordern, sowie
3. den entsprechenden Kompetenzen, die zur Erfüllung dieser Tätigkeiten erforderlich sind.

Nachdem die Autor*innen das gesammelte und strukturierte Material anhand dieser Konzepte geordnet hatten und sich zeigte, dass dieser Ansatz die Arbeit von SPE

angemessen abbilden konnte, entschied sich die Gruppe, dieses Vorgehen weiterzuverfolgen und den Kompetenzrahmen entsprechend um die drei Dimensionen der professionellen Rollen, professionellen Tätigkeiten und erforderlichen Kompetenzen von SPE aufzubauen. Dabei war von Vorteil, dass CanMEDS Gemeinsamkeiten hat sowohl mit dem deutschen (Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin; NKLM) [21] als auch dem schweizerischen (Principal Relevant Objectives and Framework for Integrative Learning and Education in Switzerland; PROFILES) [22], [23] Outcome-Kompetenzrahmen der medizinischen Ausbildung. Es wurde erwartet, dass die Ausrichtung des SPE-Kompetenzrahmens an diesen vertrauten Werken dessen Akzeptanz erhöhen würde. Es wurden Unterarbeitsgruppen gebildet: eine zur Bearbeitung der verschiedenen Rollen von SPE und eine weitere zur Zusammenstellung der professionellen Tätigkeiten von SPE, aus denen später die zugehörigen Kompetenzen abgeleitet wurden.

2.4. Definition der Rollen und professionellen Tätigkeiten von SPE

Eine der beiden Unterarbeitsgruppen erarbeitete gemeinsam eine erste Version der verschiedenen Rollen, die SPE einnehmen. Dabei orientierte sie sich stark an den auf CanMEDS basierenden Rollen des deutschen NKLM [21]. Die Rolle „Medical Expert“ wurde angepasst und in „SP-Expert*in“ umbenannt; die Rollen Gelehrte*r, Kommunikator*in, Mitglied eines Teams, Gesundheitsforscher*in, Professionell Handelnde sowie Verantwortungsträger*in und Manager*in wurden konzeptionell übertragen. Zusätzlich wurde die Rolle „Visionär*in“, die in der aktualisierten Version des NKLM [<https://www.nklm.de/>] enthalten ist, jedoch nicht Bestandteil von CanMEDS ist [20], übernommen und angepasst. Die Anpassung der Rolle „SP-Expert*in“ orientierte sich dabei eng an den Standards of Best Practice der ASPE [7].

Die zweite Unterarbeitsgruppe stellte die professionellen Tätigkeiten von SPE zusammen auf Grundlage der bis dahin gesichteten Literatur, Materialien aus Qualifikationsmassnahmen von SPE [24], [25] sowie der beruflichen Alltagserfahrungen der Mitglieder. Zur klaren Strukturierung und Darstellung der komplexen Tätigkeiten und ihrer Unteraufgaben wurde eine gemeinsame Tabelle erstellt. Die detaillierte Aufschlüsselung sollte dazu beitragen, die Verantwortlichkeiten von SPE für die intendierten Zielgruppen verständlicher und zugänglicher zu machen. Die professionellen Tätigkeiten wurden entsprechend publizierter Leitlinien für anvertraubare professionelle Tätigkeiten formuliert [26], wobei der Aspekt der Anvertraubarkeit angesichts der formativen Zielsetzung des Kompetenzrahmens bewusst ausgespart wurde.

Die Übersicht der Tätigkeiten ermöglichte, neu identifizierte Ideen und Aspekte strukturiert zu integrieren. Ihre Zugänglichkeit erleichterte die Kommunikation und Zusammenarbeit und ermöglichte es allen Mitgliedern, ihre Perspektiven und Inhalte einzubringen. Sowohl innerhalb

der Unterarbeitsgruppen als auch in den Online-Plenarsitzungen wurden die Struktur und Inhalte auf Grundlage der fortlaufenden Rückmeldungen der Mitglieder iterativ erweitert und verfeinert.

2.5. Zwischenvalidierung und Integration von Rückmeldungen

Nachdem ein vorläufiger Entwurf der Rollen und professionellen Tätigkeiten entwickelt worden war, erfolgte eine externe Validierung. Diese erfolgte im Rahmen eines extra diesem Thema gewidmeten Symposiums während einer wissenschaftlichen Tagung zu Skills und Simulationspersonen in Köln, im Jahr 2023 [27]. Der Entwurf wurde systematisch mit etwa 20 SP-Expert*innen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz diskutiert und überprüft, wobei insbesondere nach Inkonsistenzen, Lücken und Unklarheiten gesucht wurde. Alle Perspektiven der Teilnehmenden wurden berücksichtigt; klärende Fragen und Rückmeldungen trugen dazu bei, Missverständnisse auszuräumen und den Entwurf weiter zu präzisieren. Im Anschluss wurden die Rückmeldungen in mehreren internen Überarbeitungsrunden innerhalb der Arbeitsgruppe in den Kompetenzrahmen integriert. Anschliessend wurden Sprache und Stil in redaktionellen Sitzungen weiter verfeinert.

2.6. Definition der Kompetenzen

In einem weiteren Schritt identifizierte die Arbeitsgruppe die Kompetenzen und Fertigkeiten, die erforderlich sind, um die professionellen Tätigkeiten effektiv auszuführen. Dabei wurde anerkannt, dass diese Kompetenzen in der Regel auf mehrere Mitglieder eines SP-Programms verteilt sind und nicht in einer einzelnen Person vereint sein müssen.

Aufgrund der engen Verbindung zwischen Kompetenzen und Rollen ordnete die Gruppe in einem weiteren Teilschritt jede professionelle Tätigkeit den zuvor definierten professionellen Rollen zu. Als Faustregel wurde jede Tätigkeit so wenigen Rollen wie sinnvoll möglich zugeordnet, idealerweise nicht mehr als dreien, sofern nicht innerhalb der Gruppe ausdrücklich eine breitere Zuordnung diskutiert und vereinbart wurde. Dadurch sollten zu weit gefasste oder übermässige Zuordnungen vermieden werden.

2.7. Finale Validierung und Abschluss

Die abschliessende Validierung der Dokumente erfolgte in mehreren Teilschritten:

In einer vorletzten Online-Plenarsitzung wurde der umfassende Kompetenzrahmen mit der Beschreibung der professionellen Rollen, professionellen Tätigkeiten und Kompetenzen von SPE gemeinsam überprüft und als ein von allen Teilnehmenden akzeptiertes Konsensprodukt formal verabschiedet.

Um die anfängliche Literaturrecherche abzuschliessen und entsprechend der für dieses Projekt gewählten induk-

tiven Methodik, wurde ein systematischer Abgleich zwischen dem entwickelten Kompetenzrahmen und bestehenden Publikationen durchgeführt. Verglichen wurde mit den Arbeiten von Kim et al. [6] und Pritchard et al. [15], die beide in den ASPE SOBP [7] nicht explizit berücksichtigt sind, sowie mit den ASPE SOBP [7] selbst als international weit anerkanntem Standard. Ziel dieses Vergleichs war es sicherzustellen, dass alle potenziell relevanten Rollen, Tätigkeiten und Kompetenzen von SPE erfasst worden waren. Der Vergleich ergab 33 Unterschiede. Dies führte zur Ergänzung von sieben professionellen Tätigkeiten, überwiegend auf Ebene der Gestaltung und Weiterentwicklung von Rahmenbedingungen, sowie von 13 Aufgaben und elf Unteraufgaben, während die Definitionen der Rollen unverändert blieben. Acht Elemente aus Kim et al. [6] und den ASPE SOBP [7] wichen zwar ab, wurden jedoch bewusst nicht in den finalen Kompetenzrahmen übernommen; drei wurden als zu kleinteilig für eine Integration eingeschätzt, und fünf wurden als nicht repräsentativ für die typische Tätigkeit von SPE im DACH-Raum bewertet.

Obwohl in der Arbeitsgruppe bereits unterschiedliche berufliche Hintergründe repräsentiert waren, so waren ihre Mitglieder überwiegend in der medizinischen Ausbildung tätig. Daher wurde als abschliessender Validierungsschritt zusätzliches Feedback von zwei Expertinnen mit unmittelbarer Erfahrung in der Pflegeausbildung eingeholt, um die Übertragbarkeit des Kompetenzrahmens über die Medizin hinaus zu beurteilen.

3. Ergebnisse

Der Kompetenzrahmen für SPE ist entlang dreier Dimensionen strukturiert: den durch SP eingenommenen professionellen Rollen, den von ihnen ausgeführten professionellen Tätigkeiten, sowie den Kompetenzen, die erforderlich sind, um diese Tätigkeiten wirksam auszuführen. Die professionellen Rollen von SPE werden wie folgt beschrieben:

*Zentrale Rolle der SP Expert*innen ist die sinnhafte und professionelle Anwendung der SP-Methode im Kontext der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe. Sie qualifizieren SP für Einsätze in Lehre und Prüfung nach anerkannten Standards der guten SP-Praxis, unterstützen und beraten Lehrpersonen und Einrichtungen bei der Einführung, Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der SP-Methode und tragen hierdurch zu einer zeitgemässen Didaktik, einem modernen Bildungssystem und schlussendlich zu einer besseren Gesundheitsversorgung der Bevölkerung bei.*

Sie arbeiten wissenschaftlich, kommunizieren professionell, arbeiten teamorientiert und professionsübergreifend, pflegen einen respektvollen Umgang mit Prozessbeteiligten und tragen Fürsorge für deren Wohlbefinden, wirken kritisch, konstruktiv und zukunftsorientiert auf Veränderungen im Bildungs- und Gesundheitswesen hin, leiten und managen effizient,

effektiv und weitsichtig das SP-Programm und entwickeln dies sowie die Methode insgesamt konsequent weiter.

Die in diesem Zusammenhang identifizierten acht professionellen Rollen sind SP-Expert*in, Gelehrte*r, Kommunikator*in, Teammitglied, Gesundheitsfürsprecher*in, Verantwortungsträger*in und Manager*in, Professionell Handelnde sowie Visionär*in. Die Bezeichnungen und teilweise auch die Beschreibungen dieser Rollen orientieren sich bewusst an denen des CanMEDS-Frameworks [20] und seines deutschen Gegenstücks, dem NKLM [21], und verdeutlichen damit die gemeinsame Verankerung in der Ausbildung der Gesundheitsberufe.

Jede dieser acht Rollen wird im Kompetenzrahmen ausführlicher beschrieben (vgl. Anhang 1). Als Beispiel wird nachfolgend die Rolle Visionär*in dargestellt. Diese wurde erstmals in der Revision des NKLM von 2021 eingeführt und hebt den Beitrag von Fachpersonen zur curricularen Innovation hervor.

*In der visionären Rolle reflektieren und erweitern SP-Expert*innen die Grenzen ihres eigenen Denkens und Handelns wie auch in ihrem SP-Programm. Sie beziehen Inspiration aus Umwelt, Technologie und Gesellschaft zur Weiterentwicklung der SP-Methode und stehen für den Austausch Dritten, auch jenseits der Gesundheitsberufe, zur Verfügung. Sie antizipieren Entwicklungen und Themen der Zukunft und richten das SP-Programm dahingehend strategisch und proaktiv aus bzw. wirken auf curriculare Anpassungen hin.*

Die 39 professionellen Tätigkeiten von SPE sind in sechs Themenbereiche gegliedert und weiter in insgesamt 132 Aufgaben unterteilt:

- Aufbau, Unterhalt und Administration des SP-Programms
- Entwicklung von Szenarien
- Trainieren von SP
- Vorbereitung, Durchführung und Nachbesprechung simulationsbasierter Aktivitäten
- Qualitätssicherung
- Entwicklung professioneller Identität und Kompetenzen

Jede professionelle Tätigkeit ist mit relevanten Kompetenzen verknüpft und den professionellen Rollen zugeordnet, die SPE bei der Durchführung dieser Tätigkeit einnehmen. Tabelle 1 veranschaulicht dies am Beispiel der professionellen Tätigkeit "SP ins Programm rekrutieren"; die vollständige Übersicht aller professionellen Tätigkeiten ist in Anhang 2 dargestellt.

Die Reihenfolge der Themenbereiche soll keine Unterschiede hinsichtlich ihrer Relevanz zum Ausdruck bringen. Dieser Kompetenzrahmen umfasst weder die Ausbildung von Simulationstechniker*innen noch simulationsbasierte Formate ohne Einsatz von SP.

Tabelle 1: Beispielhafte professionelle Aktivität: „SP ins Programm rekrutieren“, assoziierte Aufgaben, notwendige Kompetenzen und Zuordnung der relevantesten professionellen Rollen

Professionelle Aktivität	Aufgaben	Kompetenzen	SPE	SCO	COM	COL	ADV	MAN	PRO	VIS
SP ins Programm rekrutieren	▪ Bewerber*innen akquirieren ▪ Auswahlkriterien festlegen (unter Berücksichtigung von Vielfalt, Gleichstellung und Inklusion) ▪ Castingtermin vorbereiten und durchführen ▪ Auswahl treffen und Ergebnis des Auswahlverfahrens an Bewerber*innen zurückmelden ▪ Aufnahmegespräche und/oder körperliche Untersuchung durchführen (lassen) ▪ in die Datenbank aufnehmen	▪ Veranstaltungslogistik ▪ Medizinische Basisfertigkeiten ▪ Assessment ▪ Kleingruppendidaktik ▪ Feedback-Kompetenzen	x		x		x		x	

SPE=SP-Expert*in, SCO=Gelehrte*r, COM=Kommunikator*in, COL=Teammitglied, ADV=Gesundheitsforscher*in, MAN=Verantwortungsträger*in und Manager*in, PRO=Professionell Handelnde, VIS=Visionär*in.

4. Diskussion

Dieser Kompetenzrahmen stellt einen strukturierten Vorschlag zur Definition der professionellen Rollen und Tätigkeiten von SPE im deutschsprachigen Raum dar und ist der erste umfassende kompetenzbasierte Rahmen für SPE weltweit. Er greift aktuelle Forderungen auf, die Expertise von SP-Expert*innen näher zu untersuchen [16], [18]. Durch die Verknüpfung von Rollen, Tätigkeiten und Kompetenzen bietet der Kompetenzrahmen ein praxisorientiertes Instrument, das dazu beitragen kann, Lücken oder Inkonsistenzen in lokalen SP-Programmen zu identifizieren und als Orientierung für deren Entwicklung und Professionalisierung zu dienen.

Der Kompetenzrahmen orientiert sich konzeptionell an bestehenden SP-Programmen im DACH-Raum [10], [24] sowie an der Literatur [6], [7], [15] und basiert auf Outcome-Rahmenwerken der Ausbildung von Gesundheitsberufen wie CanMEDS [20] und dem deutschen NKLM [21]. Der Kompetenzrahmen wurde primär für den DACH-Kontext entwickelt; dennoch kann er auch als Inspirationsquelle für SP-Programme in anderen Regionen dienen. Dabei müssen jedoch kontextuelle und systemische Unterschiede hinsichtlich des Tätigkeitsfeldes von SPE berücksichtigt werden [8]. In vielen SP-Programmen in den USA beispielsweise stellen SP nicht nur Patient*innen dar und geben Lernenden Feedback, sondern füllen zusätzlich Checklisten zur Leistungsbeurteilung der Lernenden aus. Diese Tätigkeit erfordert ein spezifisches Kompetenzspektrum, das im vorliegenden Kompetenzrahmen nicht abgebildet ist, da SP im DACH-Raum typischerweise

in summativen Prüfungen nicht als Examinierende an der Leistungsbeurteilung an Checklisten tätig sind. Da der vorliegende Kompetenzrahmen konzeptionell auf Referenzrahmen ärztlicher Tätigkeit (CanMEDS und NKLM) basiert, steht die interprofessionelle Zusammenarbeit nicht primär im Fokus. Für die Anwendung in Kontexten der interprofessionellen Bildung können ergänzende Kompetenzrahmen wie CIHC [28] oder IPEC [29] wertvolle zusätzliche Perspektiven bieten.

Eine wesentliche Stärke des Entwicklungsprozesses war sein partizipativer und konsensorientierter Ansatz. Iterative Feedbackschleifen sowie der Einsatz kollaborativer webbasierter Werkzeuge förderten Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Vollständigkeit. Besonderes Augenmerk wurde darauf gelegt, dass alle Stimmen gehört wurden und alle Beteiligten während des gesamten Prozesses die Möglichkeit hatten, sich substantiell einzubringen. Gleichzeitig trug der Abgleich des induktiv entwickelten Kompetenzrahmens mit publizierten Rahmenwerken dazu bei, sicherzustellen, dass das Endprodukt möglichst umfassend und vollständig ausfiel.

Gleichzeitig bringt die gewählte Methodik auch Einschränkungen mit sich. Trotz der bewusst angestrebten Diversität der Expert*innen bleibt der Kompetenzrahmen durch die Expertise, Erfahrungen und institutionellen Kontexte der beteiligten Expert*innen geprägt, die überwiegend in medizinischen Fakultäten im deutschsprachigen Raum tätig waren. Wie bei allen konsensbasierten Ansätzen spiegelt der finale Kompetenzrahmen eine ausgehandelte Übereinkunft wider und könnte Perspektiven, die in der Arbeitsgruppe oder im externen Validierungsprozess nicht

vertreten waren, unzureichend berücksichtigen. Darüber hinaus umfasste der induktive Prozess notwendigerweise interpretative Entscheidungen hinsichtlich der Bündelung, Priorisierung und Formulierung von Rollen, Tätigkeiten und Kompetenzen. Eine weitere Validierung über andere Gesundheitsberufe, institutionelle Kontexte und kulturelle Rahmenbedingungen hinweg ist daher erforderlich.

Es ist wichtig zu betonen, dass dieser Kompetenzrahmen niemals für die Leistungsbewertung oder andere summative Anwendungen vorgesehen war. Die identifizierten professionellen Tätigkeiten wurden ausdrücklich nicht als anvertraubare professionelle Tätigkeiten (Entrustable Professional Activities, EPA) konzipiert, und Entscheidungen zur Übertragung von Verantwortung waren nicht Bestandteil des Entwicklungsprozesses. Vielmehr wurde der Kompetenzrahmen als formatives Instrument entwickelt, das die professionelle Entwicklung unterstützen, Reflexion ermöglichen, die Gestaltung von SP-Programmen begleiten und zur Klarheit hinsichtlich der vielfältigen Rollen von SPE beitragen soll. Jede summative Anwendung würde über die ursprüngliche Zielsetzung der Autorenschaft hinausgehen.

Dieser Kompetenzrahmen macht den breiten und komplexen Tätigkeitsbereich von SPE sichtbar und unterstreicht die Notwendigkeit, dass qualifizierte Fachpersonen mit Expertise in der SP-Methode Verantwortung für die Entwicklung und Umsetzung von SP-Programmen übernehmen. Zwar ist eine Einarbeitung in diese Rolle möglich, und doch handelt es sich um ein hochspezialisiertes Tätigkeitsfeld. Die vielfältigen Kompetenzen, die erforderlich sind, um diese unterschiedlichen Aufgaben wirksam und auf hohem Qualitätsniveau auszuführen, sollten daher nicht unterschätzt werden. Es besteht kein Zweifel daran, dass SP-Programme zunehmend unverzichtbare Funktionen innerhalb von Curricula einnehmen: Sie ermöglichen das Training kommunikativer und zwischenmenschlicher Kompetenzen, bilden die Grundlage des OSCE Formats und ermöglichen Formen menschlicher Simulation, für die keine gleichwertige Alternative existiert [3]. In vielen Institutionen sind sie zu zentralen Dreh- und Angelpunkten der Curricula geworden – mit hoher Sichtbarkeit, grosser institutioneller Relevanz und entscheidend für die Qualität der Ausbildung. Wenn SP-Programmen solche zentralen Aufgaben übertragen werden, müssen Institutionen ihnen ein klares Mandat sowie die erforderlichen personellen und finanziellen Ressourcen zur Verfügung stellen, um diese Erwartungen erfüllen zu können. Andernfalls entsteht eine Diskrepanz zwischen curricularen Anforderungen und der Fähigkeit des Programms, diese umzusetzen.

Dieser Kompetenzrahmen konzentriert sich bewusst auf Fachpersonen, die mit, für und an der SP-Methode arbeiten, und nicht auf darüber hinausgehende didaktische oder administrative Funktionen. Im Entwicklungsprozess wurde daher eine klare Abgrenzung zwischen SPE und anderen Rollen, etwa als Lehrperson, Simulationstechniker*in oder Maskenbildner*in, vorgenommen, auch wenn sich diese in der Praxis überschneiden können. Seine kompetenz- und tätigkeitsorientierte Struktur bietet Insti-

tutionen eine praxisnahe Grundlage für die Rekrutierung, Qualifizierung und Unterstützung von SPE. Im Rahmen der Kompetenzentwicklung von SPE könnten Qualifizierungsangebote entlang der sechs Bereiche professioneller Tätigkeiten sowie der professionellen Rollen aufgebaut werden [25]. Darüber hinaus eignet sich der Kompetenzrahmen als Grundlage für Stellenausschreibungen, die Strukturierung von Teams, die Weiterentwicklung von SP-Programmen sowie die Ressourcenplanung. Er kann ausserdem dazu beitragen, institutionelle Diskussionen über die professionelle Anerkennung und eine angemessene Vergütung von SPE als akademisch Mitarbeitende im Third Space zu unterstützen.

Der Kompetenzrahmen kann als „Blaupause der Profession von SP-Expert*innen“ mit formativem und nicht-präskriptivem Charakter verstanden werden. Er unterscheidet bewusst weder zwischen einmaligen und wiederkehrenden Aufgaben noch zwischen grundlegenden und fortgeschrittenen Tätigkeiten und ermöglicht dadurch eine flexible Anpassung an unterschiedliche Entwicklungsstadien von SP-Programmen sowie an verschiedene institutionelle und kulturelle Kontexte. Diese Flexibilität erfordert jedoch zugleich eine sorgfältige Anpassung an die jeweiligen lokalen Bedürfnisse, Strukturen und Ressourcen. Nutzer*innen sollten sich zudem bewusst sein, dass sich hinter vermeintlich einfach formulierten professionellen Tätigkeiten häufig komplexe Überlegungen verbergen. So umfasst beispielsweise die Findung von Auswahlkriterien für neue SP differenzierte Entscheidungen hinsichtlich Diversität, der Fähigkeit, Feedback zu geben und anzunehmen, Zuverlässigkeit sowie Anpassungsfähigkeit. Diese Entscheidungen setzen eine Auseinandersetzung mit der Fachliteratur und fundierte fachliche Entscheidungen voraus.

Es verdient Beachtung, dass der Kompetenzrahmen bislang keine explizite Beschreibung von Haltungen oder professionellen Werten abbildet, obwohl diese für die Tätigkeit von SPE essenziell sind und teilweise implizit berücksichtigt werden. Die professionelle Identität von SPE wird nicht nur durch Wissen und Kompetenzen geprägt, sondern auch durch eine verantwortungsbewusste, empathische und respektvolle Haltung gegenüber Simulationspersonen und allen weiteren am Prozess beteiligten Personen. Ein ergänzender Wertekatalog könnte den Kompetenzrahmen daher sinnvoll erweitern und vervollständigen. Darüber hinaus ist eine weitere Validierung insbesondere in anderen Gesundheitsberufen sowie in unterschiedlichen institutionellen und kulturellen Kontexten erforderlich. Auch bestimmte technologische Entwicklungen, beispielsweise die Integration von künstlicher Intelligenz in simulationsbasierte Lehre, werden im vorliegenden Kompetenzrahmen noch nicht berücksichtigt und sollten in zukünftigen Weiterentwicklungen aufgegriffen werden.

Schlussfolgerungen

Wir hoffen, dass diese Arbeit eine solide Grundlage sowohl für neu etablierte als auch für bestehende SP-Programme bietet, dass sie Verhandlungen unterstützt und dazu beiträgt, die Position von SP-Programmen hinsichtlich Ressourcenverteilung und institutioneller Anerkennung zu stärken. Mit zunehmender Anerkennung der Rolle von SPE auf internationaler Ebene trägt dieser Kompetenzrahmen zur Professionalisierung und institutionellen Integration dieser wichtigen Gruppe bei.

Ein ergänzender Katalog zentraler Werte könnte entwickelt werden, um die ethischen und zwischenmenschlichen Dimensionen der Arbeit von SPE abzubilden. Ein fortlaufender Diskurs auf Fachkongressen, in institutionellen Gremien und innerhalb von SP-Programmen ist wünschenswert, um den Kompetenzrahmen weiterzuentwickeln und an unterschiedliche Kontexte anzupassen.

Danksagung

Die Autor*innen danken den Teilnehmenden ihres Symposiums im Rahmen des iSLS in Köln für ihre Beiträge und wertvollen Rückmeldungen sowie Elvira Pippel (Uppsala County, Schweden) und Claudia Schlegel (Bern, Schweiz) für die Durchsicht der finalen Manuskriptversion aus der Perspektive der Pflegebildung.

Anmerkungen

Autorenschaft

Die Autor*innen Daniel Bauer und Tanja Hitzblech teilen sich die Erstautorenschaft.

ORCID der Autor*innen

- Daniel Bauer: [0000-0002-3337-3327]
- Tanja Hitzblech: [0000-0003-0876-0373]
- Peter Eberz: [0000-0003-2763-5682]
- Angelika H. Fritz: [0009-0002-8174-0846]
- Veronika Eva Kühn: [0009-0001-0787-9965]
- Tim Peters: [0009-0008-4165-5608]
- Swetlana Philipp: [0009-0007-5458-3693]
- Beate G. Brem: [0000-0002-0551-9587]

Interessenkonflikt

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

Anhänge

Verfügbar unter <https://doi.org/10.3205/zma001877>

1. Anhang_1.pdf (123 KB)
Acht berufliche Rollen
2. Anhang_2.pdf (263 KB)
Vollständige Übersicht aller professionellen Tätigkeiten

Literatur

1. Barrows HS. An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. *AAMC. Acad Med.* 1993;68(6):443-451. DOI: 10.1097/00001888-199306000-00002
2. Barrows HS, Abrahamson S. The programmed patient: A technique for appraising student performance in clinical neurology. *J Med Educ.* 1964;39:802-805.
3. Bauer D, Lahner FM, Huwendiek S, Schmitz FM, Guttormsen S. An overview of and approach to selecting appropriate patient representations in teaching and summative assessment in medical education. *Swiss Med Wkly.* 2020;150(4950):w20382. DOI: 10.4414/smw.2020.20382
4. Salden P. Hochschuldidaktik als Teil des Third Space in der Hochschule. Celia Whitchurchs Forschung über Shifting identities and blurring boundaries. In: Tremp P, Eugster B, editors. *Klassiker der Hochschuldidaktik? Doing Higher Education.* Wiesbaden: Springer; 2020. p.295-304. DOI: 10.1007/978-3-658-28124-3_19
5. Whitchurch C. Shifting identities and blurring boundaries: The emergence of third space professionals in UK higher education. *High Educ Quart.* 2008;62(4):377-396. DOI: 10.1111/j.1468-2273.2008.00387.x
6. Kim SH, Lee YH, Yoo HB, Park JH. Job analysis of standardized patient trainer. *Korean J Med Educ.* 2012;24(1):39-53. DOI: 10.3946/kjme.2012.24.1.39
7. Lewis KL, Bohnert CA, Gammon WL, Hölzer H, Lyman L, Smith C, Thompson TM, Wallace A, Gliva-McConvey G. The association of standardized patient educators (ASPE) standards of best practice (SOBP). *Adv Simul (Lond).* 2017;2:10. DOI: 10.1186/s41077-017-0043-4
8. Brem BG, Hoelzer H, Blatt B, Ruba E, Miller JL, Smith CM. Advancing professionalization in human simulation: perspectives of SP educators from around the world on the Association of SP Educators Standards of Best Practice. *Int J Healthc Sim.* 2023;1-11. DOI: 10.54531/lwzg2521
9. Cleland JA, Abe K, Rethans JJ. The use of simulated patients in medical education: AMEE Guide No 42. *Med Teach.* 2009;31(6):477-486. DOI: 10.1080/01421590903002821
10. Peters T, Thrien C. *Simulationspatienten: Handbuch für die Aus- und Weiterbildung in medizinischen und Gesundheitsberufen.* Göttingen: Hogrefe AG; 2018. DOI: 10.1024/85756-000
11. Peters T, Sommer M, Fritz AH, Kursch A, Thrien C. Minimum standards and development perspectives for the use of simulated patients—a position paper of the committee for simulated patients of the German Association for Medical Education. *GMS J Med Educ.* 2019;36(3):Doc31. DOI: 10.3205/zma001239
12. Wind LA, Van Dalen J, Muijtens AM, Rethans JJ. Assessing simulated patients in an educational setting: the MaSP (Maastricht Assessment of Simulated Patients). *Med Educ.* 2004;38(1):39-44. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2004.01686.x

13. Schnabel KP, Bauer D, Schmitz FM, Hitzblech T, Brem BG. Simulated patients' role-portrayal in the clinical skills part of the Swiss federal licensing exam is of high quality and improves further over time as measured with the FAIR OSCE instrument. *GMS J Med Educ.* 2025;42(1):Doc12. DOI: 10.3205/zma001736
14. Aiello MT, Struijk JS, Szauteur K, Nicholas CF. Professional development of the SP educator. In: Gliva-McConvey G, Nicholas CF, Clark L, editors. *Comprehensive Healthcare Simulation: Implementing Best Practices in Standardized Patient Methodology.* Wiesbaden: Springer; 2020. p.203-219. DOI: 10.1007/978-3-030-43826-5
15. Pritchard SA, Blackstock FC, Keating JL, Nestel D. The pillars of well-constructed simulated patient programs: a qualitative study with experienced educators. *Med Teach.* 2017;39(11):1159-1167. DOI: 10.1080/0142159X.2017.1369015
16. Elcin M. The standardized/simulated patient methodology around the World (Part I). In: Gliva-McConvey G, Nicholas CF, Clark L, editors. *Comprehensive healthcare simulation: Implementing best practices in standardized patient methodology.* Wiesbaden: Springer; 2020. p.263-282. DOI: 10.1007/978-3-030-43826-5
17. Cantillon P, Stewart B, Haecck K, Bills J, Ker J, Rethans JJ. Simulated patient programmes in Europe: collegiality or separate development? *Med Teach.* 2010;32(3):e106-e110. DOI: 10.3109/01421590903389090
18. Clark L, Doyle A, Elcin M, McNaughton N, Nicholas C, Owens T, Smith C, Szauteur K, Xing K, Nestel D. Call to action: honoring simulated participants and collaborating with simulated participant educators. *Simul Healthc.* 2025;20(4):211-214. DOI: 10.1097/SIH.0000000000000840
19. Huber J, Nepal S, Bauer D, Wessels I, Fischer MR, Kiessling C. Tools and instruments for needs assessment, monitoring and evaluation of health research capacity development activities at the individual and organizational level: a systematic review. *Health Res Policy Syst.* 2015;13(1):80. DOI: 10.1186/s12961-015-0070-3
20. Frank JR, Danoff D. The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies. *Med Teach.* 2007;29(7):642-647. DOI: 10.1080/01421590701746983
21. Fischer MR, Bauer D, Mohn K; NKLM-Projektgruppe. Finally finished! National competence based catalogues of learning objectives for undergraduate medical education (NKLM) and dental education (NKLZ) ready for trial. *GMS Z Med Ausbild.* 2015;32(3):Doc35. DOI: 10.3205/zma000977
22. Berendonk C, Waldvogel TE, Bonvin R, Schirlo C, Goldhahn J, Frank Z, Nendaz M. Revision of a nationwide competency framework for undergraduate medical education in Switzerland: PROFILES 2. *Swiss Med Weekly.* 2025;155:4389. DOI: 10.57187/s.4389
23. Michaud PA, Jucker-Kupper P; The Profiles Working Group. The "Profiles" document: a modern revision of the objectives of undergraduate medical studies in Switzerland. *Swiss Med Wkly.* 2016;146. DOI: 10.4414/smw.2016.14270
24. Strohmer R, Liebke L, Linder U, Kaden JJ. Qualifizierung für ein neues Berufsbild: Training für Simulationspersonen-Trainerinnen und Trainer. *ProCare.* 2023;28(9):44-47.
25. Brem B, Bauer D, Hitzblech T, Schnabel K. Ausbildung zum Experten in der Arbeit mit Simulationspersonen (SP) – ein praktisches Beispiel. In: 17. Internationales Skills Lab Symposium 2023. Köln, 16.-18.03.2023. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2024. DocV4-4. DOI: 10.3205/23isls23
26. Ten Cate O, Taylor DR. The recommended description of an entrustable professional activity: AMEE Guide No. 140. *Med Teach.* 2021;43(10):1106-1114. DOI: 10.1080/0142159X.2020.1838465
27. Bauer D, Brem B, Strohmer R, Peters T. Annäherung an ein Rollen-, Aufgaben- und Kompetenzprofil von SP-Trainer: innen. In: 17. Internationales Skills Lab Symposium 2023. Köln, 16.-18.03.2023. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2024. DocPS2. DOI: 10.3205/23isls47
28. Canadian Interprofessional Health Collaborative. CIHC Competency Framework for Advancing Collaboration. Vancouver (BC): Canadian Interprofessional Health Collaborative; 2024.
29. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A National Interprofessional Competency Framework. Vancouver (BC): Canadian Interprofessional Health Collaborative; 2010. Zugänglich unter/available from: <https://phabc.org/wp-content/uploads/2015/07/CIHC-National-Interprofessional-Competency-Framework.pdf>

Korrespondenzadresse:

Daniel Bauer
 Universität Bern, Institut für Medizinische Lehre, Mittelstr.
 43, CH-3012 Bern, Schweiz
daniel.bauer@unibe.ch

Bitte zitieren als

Bauer D, Hitzblech T, Eberz P, Fritz AH, Kühn V, Peters T, Philipp S, Strohmer R, Brem BG. Professional roles and activities of simulated patient educators. Development of a multidimensional competency framework. *GMS J Med Educ.* 2026;43(6):Doc83. DOI: 10.3205/zma001877, URN: urn:nbn:de:0183-zma0018776

Artikel online frei zugänglich unter

<https://doi.org/10.3205/zma001877>

Eingereicht: 25.11.2025

Überarbeitet: 29.04.2026

Angenommen: 18.05.2026

Veröffentlicht: 15.09.2026

Copyright

©2026 Bauer 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/>.