

Core Competencies for Medical Teachers (KLM) – A Position Paper of the GMA Committee on Personal and Organizational Development in Teaching

Abstract

Recent developments in medical education have created increasing challenges for medical teachers which is why the majority of German medical schools already offer educational and instructional skills trainings for their teaching staff. However, to date no framework for educational core competencies for medical teachers exists that might serve as guidance for the qualification of the teaching faculty.

Against the background of the discussion about competency based medical education and based upon the international literature, the GMA Committee for Faculty and Organizational Development in Teaching developed a model of core teaching competencies for medical teachers. This framework is designed not only to provide guidance with regard to individual qualification profiles but also to support further advancement of the content, training formats and evaluation of faculty development initiatives and thus, to establish uniform quality criteria for such initiatives in German-speaking medical schools.

The model comprises a framework of six competency fields, subdivided into competency components and learning objectives. Additional examples of their use in medical teaching scenarios illustrate and clarify each specific teaching competency.

The model has been designed for routine application in medical schools and is thought to be complemented consecutively by additional competencies for teachers with special duties and responsibilities in a future step.

Keywords: faculty development, organizational development, teaching skills, teaching competencies, teach-the-teacher, higher education pedagogy

Anja Görlitz¹
Thomas Ebert²
Daniel Bauer¹
Matthäus Grasl³
Matthias Hofer⁴
Maria
Lammerding-Köppel⁵
Götz Fabry⁶
GMA Ausschuss
Personal- und
Organisationsentwicklung
in der Lehre

- 1 Klinikum der Universität München, Institut für Didaktik und Ausbildungsforschung in der Medizin, München, Deutschland
- 2 Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt, Fachbereich Medizin, Frankfurter Arbeitsstelle für Medizindidaktik, Frankfurt, Deutschland
- 3 Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten, Wien, Österreich
- 4 Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Studiendekanat Medizin, Arbeitsgruppe Medizindidaktik, Düsseldorf, Deutschland
- 5 Eberhard-Karls-Universität Tübingen, Kompetenzzentrum für Hochschuldidaktik Medizin Baden-Württemberg, Tübingen, Deutschland
- 6 Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Medizinische Psychologie und Soziologie, Freiburg, Deutschland

Background

This article introduces a model for core teaching competencies for medical teachers, which draws upon many sources:

An increasing number of research studies in medical education have elaborated well-grounded evidence about how to master the specific educational challenges in medical curricula. Thus, medical schools show an increasing awareness that medical teachers do not only have to deliver knowledge, but are at the same time confronted with new challenges: The teachers do not only have to master a broad spectrum of different teaching and assessment formats, but are also expected to contribute significantly to the improvement of their local curricula, provide teaching and learning materials and to reconcile teaching strategies and course content with colleagues from other disciplines. In addition, they have to secure an adequate level of evaluation and quality assurance. These multifaceted activities require a variety of specific competencies, which cannot be taken for granted. In this context, most German-speaking medical schools have established opportunities for their teaching personnel to gain at least basic or core educational skills [5]. However, a comprehensive framework of educational competencies outlining the qualification profile for medical educators was missing in German-speaking countries so far.

Education in general is changing towards a competency based approach: The international debate on the quality of medical education is witnessing a growing awareness that the successful acquisition of competencies which enable interns and residents to solve typical problems in patient care should be a major goal of UGME curricula. Therefore, in Anglo-American countries several competency frameworks have been developed, of which the model proposed by the Royal College of Physicians and Surgeons in Canada (CanMEDS) [6] attracted the most attention internationally. Although this model has initially been developed for PGME, it is also increasingly applied to UGME-issues and has had a significant impact on discussion about the reform of medical education in German-speaking countries. For example, the CanMEDS model forms the basis of the second edition of the “Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training” [2], [3] and has also been chosen as a source for the German Competency-Based Catalogue of Learning Objectives in Medicine (NKLM) [7], [<http://www.nkml.de> accessed on 15.09.2014] which is currently under development. Thus, there will be a framework available in the near future, which will define the objectives of UGME in Germany consistently as competencies. The resulting challenges to future medical curricula will be complex and far-reaching, because the NKLM will not be a simple laundry list of objectives, but will also require different educational and methodological approaches that will live up to the competency orientation. This in turn will change the requirements for medical teachers.

What are Competencies?

One of the biggest challenges in the discussion on competency-based curricula is the definition of the concept of “competency” itself. For a number of years “competency” has been a buzzword in educational and social sciences [9], but has also evolved to being an important key concept in the political realm since the mid 90s [1]. Most definitions of competence share the following four characteristics [8]:

Competencies...

- ... manifest themselves in the accomplishment of situational acts
- ... refer to a specific situation or context
- ... are linked to an individual
- ... can be learned and modified

In this respect, competencies can be defined as

“[...] the available or learnable cognitive capabilities and skills of an individual to solve specific problems accompanied by the motivational, volitional and social dispositions and abilities to use the problem solutions in various situations successfully and responsibly” [14].

This definition also informs the NKLM but was supplemented by another definition that is more specific for medical practice:

“[...] Professional competence is the habitual and judicious use of communication, knowledge, technical skills, clinical reasoning, emotions, values, and reflections in daily practice for the benefit of the individual and community being served.” [4]

Although this definition has been devised for medical practice, it also makes sense with regard to medical teaching, because in both fields it is not sufficient to just apply pre-defined solutions but it is necessary instead to find individual solutions for, at times, complex and ill-defined problems. In medical education as in medical practice alike this requires the integration of knowledge, skills, and attitudes as well as emotional and value related aspects. Reflection is of utmost importance to this end, to adjust one's own action to the respective situational demands in a flexible way and to learn from the experiences just gained.

Objectives

Against this background, the Committee on Personal and Organizational Development in Teaching (POiL) of the German Society for Medical Education (GMA), in close cooperation with the Network on Medical Education (MDN), a working group of the association of German medical schools (“Medizinischer Fakultätentag, MFT”) agreed to develop a framework of competencies, which encompasses those core competencies that are crucial for all medical teachers. As the term “core competencies” illustrates, the presented model describes basic compet-

encies, which are independent of the individual teacher's specific position, duties and responsibility.

The presented framework of competencies predominantly pursues pragmatic goals, e.g.

- to provide a guide for medical teachers, which specific competencies are expected from them,
- to serve as guidance for the conceptual design of faculty development initiatives related to teaching,
- to facilitate the evaluation of organizational development at the medical schools,
- to define consistent criteria for the assessment of medical teaching qualification in German-speaking countries, and
- to serve as a foundation and useful tool for further scientific research on learning processes in UGME as well as PGME.

The development process

The model described here has been developed during an extensive consensus process under leadership of the POiL committee to achieve as much acceptance as possible among the German-speaking medical schools. The process embraced seven iterative steps in which the recommendations that were worked out by the respective working group of the POiL committee were repeatedly discussed by a more widespread group of experts from the German-speaking countries. The expert group brought together educators from medical and health professions education with considerable experience and scholarship in faculty and organizational development regarding educational issues in medicine and health care.

During a workshop of the POiL committee at the 2011 GMA conference in Munich the North American model worked out by Srinivasan et al. [12] was discussed and chosen as the starting point for the development of an own competency framework. During translation of the document it became clear that it was not possible to transfer the definition of the competencies in a one-on-one fashion to the German language and respective context of medical education and that an adaptation of the competencies was needed. Table 1 illustrates the further steps of the process. In October 2014 the finalized manuscript was submitted to the executive committee of the GMA.

Results

The model of the core competencies for medical teachers (KLM) defines the following six competency fields:

- Educational action in medicine
- Learner centeredness
- Social and communicative competencies
- Role modelling and professionalism
- Reflection and advancement of personal teaching practice

- Systems related teaching and learning

These six competency fields are equally relevant. For each competency field competency components have been defined that are specified by learning objectives and illustrated by examples to facilitate their transfer into practice (see table 2).

The KLM embraces six competency fields with 21 competency components that are operationalized by 57 learning objectives. These have been illustrated by 63 examples (see table 3). To demonstrate this, table 4 presents an excerpt from the competency field "social and communicative competencies".

The complete model "core competencies for medical teachers" with all competency fields, competence components, learning objectives and examples is enclosed in the attachment .

Discussion and Outlook

The model of the KLM was based on the "Six Core Competencies for Medical Educators" as developed by Srinivasan et al. [12]. While the original partitioning into six competency fields has been preserved, the naming and further breakdown into competence components and learning objectives was adapted to the needs and conditions of teaching at medical schools in the German-speaking countries by means of an incremental consensus process. The unequal scope of the different competence fields is a result of this discussion process and does not necessarily reflect differences in relevance. On the other hand, some of the competence components and learning objectives could have been assigned to more than one competence field. The competence component "competent medical educators adequately assess and evaluate the learning progress of their students with regard to knowledge, skills and attitudes" for instance has been assigned to the competence field "Educational Action in Medicine" while it could also have been assigned to "Learner Centeredness". Similar to what has been encountered during the development of the NKLM [7] [<http://www.nklm.de> accessed on 15.09.2014], finding the right granularity for competence components and learning objectives was challenging. As many individuals participated in the consensus process, harmonizing language and granularity was a primary concern in finalizing the model. Furthermore, some of the competence components were given different weightings by different individuals. Thus, the final version is the result of a consensus process where the usefulness of the product was considered more important than conceptual rigor.

Compared to other recommendations regarding competency requirements in (higher) education the current KLM model which embraces 21 competency components is less comprehensive, which will facilitate its use in practice. Nevertheless, only a few competencies and learning objectives that are enlisted in other models are actually missing. The comparison of the KLM with the "Core competencies in teaching and training for doctors in

Table 1: The development process

1. Meeting: Basis for the development process: "Teaching as a Competency": Competencies for Medical Educators, Srinivasan M et al. Acad Med 86(10):1211-1220	2011
2. Survey: Survey among the members of the POiL working group; translation and specification of the competencies defined in the paper by Srinivasan et al.	
3. Meeting with network for medical education (MDN): Discussion of the survey results in the expert panel.	2012
4. Survey: Survey among the members of the POiL working group, Consensus Process for the results from the expert panel.	
5. Meeting: Revision of the competency definitions, further specification, consensus process in small groups	2013
6. Survey: Survey among the members of the POiL working group regarding the final version	
7. Meeting / Finishing After presentation of the complete matrix of the core competencies during the GMA annual meeting 2014: Enacting by the members of the POiL working group, writing the manuscript of the position paper. Subsequently reworking of the examples and enacting by the members of the POiL working group during the workshop March 2014. Finishing of the manuscript (October 2014).	2014

Table 2: Structure of the competence model. A competence field embrace a number of competence components that are defined by specific learning objectives and respective examples for implementation.

Competence Field	Competence Component	Learning Objectives	Examples for implementation
	<i>Competent medical educators...</i>	<i>Competent medical educators realize these competence components by...</i>	

Table 3: Number of competence components and learning objectives for each competence field of the KLM

Competence Field	Number of competence components	Number of learning objectives per competence component	Total number of learning objectives
Educational action in medicine	4	2 - 3	10
Learner Centeredness	3	1 - 4	7
Social and communicative competencies	3	3	9
Role modelling and Professionalism	3	2 - 4	9
Reflection and advancement of personal teaching practice	2	3	7
Systems related teaching and learning	6	2 - 3	15

Scotland" [10] and the "Framework Areas for the Professional Development of Postgraduate Medical Supervisors" published by the Academy of Medical Educators [1] revealed that the KLM misses only three of the quite elaborate 80 "Core Competencies". These are C46 ("Effectively appraise medical students, trainees, colleagues and members of the wider healthcare team"), C48 ("Adapt their own practice where benefits of using technology have been identified") and C72 ("Demonstrate a standard of professional and educational practice consistent with the requirements of the General Medical Council"). These differences were discussed but not adjusted as the KLM only defines core competencies that are important for all

medical teachers irrespective of their actual field of duty. C72 could not be integrated into KLM as no equivalent standard from a professional corporation in Germany exists and the medical licensing act does not define qualitative requirements for medical teachers. The competence field relating to the use of new media and technological innovations is not explicitly mentioned in the KLM. During the consensus process it was agreed that using new media is included in other competency components and learning objectives, e.g. "competent medical educators realize these competence components (i.e. ...are able to design conducive teaching and learning processes with regard to methodological and educational

Table 4: The competence field “social and communicative competencies” as a core competence for medical educators, divided into three competence components with corresponding examples for implementation

Competence Field	Competence Component <i>Competent medical educators...</i>	Learning Objectives <i>Competent medical educators realize these competence components by...</i>	Examples for Implementation
Social and communicative competencies	... are able to communicate audience-related, situation-specific and goal-oriented	... communicating goal- and goal-oriented ... being prepared and willing to recognize and constructively solve difficult situations and conflicts ... considering aspects of gender, diversity and (inter-)cultural issues	<ul style="list-style-type: none"> dealing with typical interferences when teaching applying models for conflict resolution, e.g. TCI, CALM simulating intercultural physician patient contacts
	... establish a working climate conducive for learning and cooperation	... being respectful with students, patients and colleagues ... being attentive for issues of group dynamics when teaching and reacting adequately on it ... fostering a conducive feedback culture and being able to give and receive constructive feedback	<ul style="list-style-type: none"> mutual coaching 360°-Feedback mutual teaching visits educational counselling
	... are able to communicate educational and methodological aspects of learning and teaching processes	... transparently, intelligibly and clearly communicating expectations, (learning) goals and assignments ... mastering didactical and rhetorical means for communication ... identifying opportunities for beneficial learning experiences and capitalizing these (teachable moments)	<ul style="list-style-type: none"> questions to foster deep learning stimulating interest, illustrating relevance learning contract constructive feedback

issues) by analysing and creating learning processes adequately with regard to the surrounding conditions and by applying suitable methods and media”. Applying new media in teaching requires medical teachers to acquire the respective competencies. At first, such more specific competencies were excluded from the development of the KLM as the focus was more on comprehensive competencies that are essential for different teaching methods and formats. Definitions of more specific competencies will be published in a follow-up paper of our POIL working group. Compared to the five content areas of the “Certificate for Teaching in Higher Education of the Bavarian Universities” (Concepts for Learning and Teaching, Presentation and Communication, Assessment, Teaching as a Profession, Mentoring and Counselling) [<http://www.profilheplus.de/index.php?id=44> accessed on 08.08.2014] the competencies, competency components and learning objectives of the KLM are much more specific and related to teaching and learning in medicine (e.g. consideration of patients, specific teaching formats i.e. bedside teaching). This illustrates why it makes sense to develop specific pedagogical content knowledge and why it is reasonable to prepare teachers specifically for these teaching formats and requirements.

The competencies defined in the KLM relate to the pedagogical education and qualification of postgraduates but the pedagogical training should already start during medical school [13]. The current (9/2014) definition of competency components relating to the role of the “Scholar” (“Gelehrter”) in the NKLM emphasizes this claim. Another competency defined in the NKLM, “as a lifelong learner the graduate improves and maintains professional action through continuous learning”, stresses yet another aspect that is also taken up in the KLM as the competency for continuing professional development and lifelong learning. The demand for lifelong learning beyond what is defined with regard to the respective

medical specialties in the regulations of the professional bodies is also a crucial aspect for teaching competency. While many medical faculties established structured programs for educational qualification that are a requirement for promotion and tenure (“Habilitation”) there is no consensus for medical teachers beyond that. This fact certainly deserves critical discussion especially with regard to the continuous development of learning and teaching that results in ever growing challenges that medical educators must master.

It is also necessary to compare the KLM model with the competencies that are defined for medical students in the NKLM within the role of the Scholar, as soon as this document is approved. This would allow the mapping of competencies that students might already acquire during their studies and would also help educators in charge of faculty development initiatives to recognize where students should already be included. Training for student tutors which is already systematically implemented at many medical schools [<http://www.profil.uni-muenchen.de/tutorplus/ausbildung/index.html> accessed on 19.09.2014] could then also be included in faculty development initiatives for teaching.

The KLM is a pragmatic model that can be used to map the faculty development initiatives for teaching at different sites. Testing the applied model is currently under way at a number of sites that offer educational qualification programs and write structured self-reports for the quality management process of the MDN. The KLM should provide guidance for that process. In this way it will be ascertained whether it will be possible to map the different programs by means of the KLM. If the model proves useful as a tool for mapping it can be used to support the development of educational qualifications programs across sites. Furthermore, the KLM should serve as guiding framework for every medical teacher.

The KLM delineates a profile of requirements for all teachers in medical education. It became clear during the consensus process that some positions and fields of duties might require additional competencies. The specific competencies will be defined and elaborated by our POiL working group in the near future.

Acknowledgements

We thank all members of the GMA committee for personal and organizational development in teaching (POiL) for their contribution to the consensus process. We also like to thank the members of the network for medical education (MDN) for their support and advice and Johanna Feckl for proofreading this document.

Notes

The position paper was accepted by the GMA executive board at 01-30-2015.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Attachments

Available from

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2015-32/zma000965.shtml>

- Attachment.pdf (150 KB)
The Core Competencies for Medical Teachers (KLM)

References

- Academy of Medical Educators. A Framework for the Professional Development of Postgraduate Medical Supervisors. London: Academy of Medical Educators; 2010. Zugänglich unter/available from: <http://www.medealeducators.org/index.cfm/linkservid/C575BBE4-F39B-4267-31A42C8B64F0D3DE/showMeta/0/>
- Bloch R, Bürgi H. The Swiss catalogue of learning objectives. *Med Teach.* 2002;24(2):144-150. DOI: 10.1080/01421590220120759
- Bürgi H, Rindlisbacher B, Bader C, Bloch R, Bosman F, Gasser C, Gerke W, Humair JP, Im Hof V, Kaiser H, Lefebvre D, Schläppi P, Sottas B, Spinass GA, Stuck AE. Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training. Genf: Joint Conference of Swiss Medical Faculties (SMIFK); 2008. Zugänglich unter/available from: http://scllo.smifk.ch/downloads/scllo_2008.pdf
- Epstein RM, Hundert EM. Defining and Assessing Professional Competence. *JAMA.* 2002;287(2):226-235. DOI: 10.1001/jama.287.2.226
- Fabry G, Hofer M, Ochsendorf F, Schirlo C, Breckwoldt J, Lammerding-Köppel M. Hochschuldidaktische Qualifizierung in der Medizin III: Aspekte der erfolgreichen Implementierung von Qualifizierungsangeboten: Ein Positionspapier des GMA-Ausschusses Personal- und Organisationsentwicklung für die medizinische Lehre der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung sowie des Kompetenzzentrums für Hochschuldidaktik in Medizin Baden-Württemberg. *GMS Z Med Ausbild.* 2008;25(2):Doc84. Zugänglich unter/available from: <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2008-25/zma000568.shtml>
- 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
- Hahn EG, Fischer MR. Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM) für Deutschland: Zusammenarbeit der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) und des Medizinischen Fakultätentages (MFT). *GMS Z Med Ausbild.* 2009;26(3):Doc35. Zugänglich unter/available from: <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2009-26/zma000627.shtml>
- Kaufhold M. Kompetenz und Kompetenzerfassung. Analyse und Beurteilung von Verfahren der Kompetenzerfassung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2006.
- Klieme E, Hartig J. Kompetenzkonzepte in den Sozialwissenschaften und im erziehungswissenschaftlichen Diskurs. In: Prenzel M, Gogolin I, Krüger HH (Hrsg). *Kompetenzdiagnostik.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2007. S.11-29.
- Ross MT, Macrae C, Scott J, Renwick L, Moffat M, Needham G, Scott H, Irvine S. Core competencies in teaching and training for doctors in Scotland: a review of the literature and stakeholder survey. *Med Teach.* 2014;36(6):527-538. DOI: 10.3109/0142159X.2014.907879
- Schreiber-Barsch S. Bildungspolitische Strategien zur Dokumentation und Validierung Lebenslangen Lernens in Norwegen und Frankreich – richtungsweisende Ansätze im europäischen Raum. In: Hof C, Ludwig J, Zeuner C (Hrsg). *Strukturen Lebenslangen Lernens.* Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren; 2009. S.51-61.
- SrinivasanM, Li ST, Meyers FJ, Pratt DD, Collins JB, Braddock C, Hilty DM. "Teaching as a Competency": competencies for medical educators. *Acad Med.* 2011;86(10):1211-1220. DOI: 10.1097/ACM.0b013e31822c5b9a
- Ten Cate O, Durning S. Peer teaching in medical education: twelve reasons to move from theory to practice. *Med Teach.* 2007;29(6):591-599. DOI: 10.1080/01421590701606799
- Weinert FE. Vergleichende Leistungsmessung in Schulen - eine umstrittene Selbstverständlichkeit. In: Weinert FE (Hrsg). *Leistungsmessung in Schulen.* Weinheim: Beltz; 2001. S.17-31.

Corresponding author:

Anja Görlitz

Klinikum der Universität München, Institut für Didaktik und Ausbildungsforschung in der Medizin, Pettenkofferstraße 8a, 80336 München, Deutschland
anja.goerlitz@med.uni-muenchen.de

Please cite as

Görlitz A, Ebert T, Bauer D, Grasl M, Hofer M, Lammerding-Köppel M, Fabry G, . Core Competencies for Medical Teachers (KLM) – A Position Paper of the GMA Committee on Personal and Organizational Development in Teaching. *GMS Z Med Ausbild.* 2015;32(2):Doc23. DOI: 10.3205/zma000965, URN: <urn:nbn:de:0183-zma000965>

This article is freely available from

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2015-32/zma000965.shtml>

Received: 2014-10-30

Revised: 2015-03-07

Accepted: 2015-01-30

Published: 2015-05-13

Copyright

©2015 Görlitz 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/>.

Kernkompetenzen für Lehrende in der Medizin (KLM) – Positionspapier des GMA Ausschusses für Personal- und Organisationsentwicklung in der Lehre

Zusammenfassung

Die Entwicklungen in der Medizinischen Ausbildung der letzten Jahre konfrontieren Lehrende zunehmend mit neuen didaktischen Herausforderungen. An zahlreichen Standorten im deutschsprachigen Raum werden bereits Qualifizierungsangebote für Lehrende angeboten, jedoch fehlt bisher ein Orientierungsrahmen für medizindidaktische Kompetenzen, der ein Qualifikationsprofil für Lehrende darstellt.

Vor dem Hintergrund der Diskussion um die Kompetenzorientierung des Medizinstudiums und auf Grundlage aktueller internationaler Literatur wurde durch den GMA Ausschuss für Personal- und Organisationsentwicklung in der Lehre ein Kernkompetenzmodell für Lehrende in der Medizin entwickelt. Das Modell soll nicht nur den Lehrenden Orientierung zu ihrem Qualifikationsprofil geben, sondern auch die inhaltliche Ausrichtung hochschuldidaktischer (Aus-) Weiter- und Fortbildungen sowie die Evaluation von Fakultätsentwicklungsprozessen erleichtern und nicht zuletzt einheitliche Kriterien für die Beurteilung der Lehrqualifikation in deutschsprachigen Raum definieren.

Das Modell besteht aus sechs Kompetenzfeldern, für die jeweils Teilkompetenzen definiert und Lernziele beschrieben wurden. Anwendungsbeispiele sollen die jeweiligen Kompetenzen verdeutlichen.

Das Modell ist für die praktische Anwendung konzipiert und soll in einem nächsten Schritt durch spezifische Kompetenzen für Lehrende mit besonderen Aufgaben ergänzt werden.

Schlüsselwörter: Personal- und Organisationsentwicklung, Lehre, Kompetenzen, Lehrqualifikation, Hochschuldidaktik

Anja Görlitz¹
Thomas Ebert²
Daniel Bauer¹
Matthäus Grasl³
Matthias Hofer⁴
Maria
Lammerding-Köppel⁵
Götz Fabry⁶
GMA Ausschuss
Personal- und
Organisationsentwicklung
in der Lehre

- 1 Klinikum der Universität München, Institut für Didaktik und Ausbildungsforschung in der Medizin, München, Deutschland
- 2 Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt, Fachbereich Medizin, Frankfurter Arbeitsstelle für Medizindidaktik, Frankfurt, Deutschland
- 3 Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten, Wien, Österreich
- 4 Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Studiendekanat Medizin, Arbeitsgruppe Medizindidaktik, Düsseldorf, Deutschland
- 5 Eberhard-Karls-Universität Tübingen, Kompetenzzentrum für Hochschuldidaktik Medizin Baden-Württemberg, Tübingen, Deutschland
- 6 Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Medizinische Psychologie und Soziologie, Freiburg, Deutschland

Hintergrund

In diesem Dokument wird ein Kompetenzmodell für Lehrende in der Medizin dargestellt, dessen Grundlage auf verschiedenen Ebenen liegt:

Durch die Entwicklung der medizinischen Ausbildungsfor- schung liegen zunehmend wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse darüber vor, wie den besonderen didaktischen Herausforderungen des Medizinstudiums begegnet werden kann. Damit wächst an den medizinischen Fakultäten auch das Bewusstsein dafür, dass die Lehrenden in der Medizin nicht nur Informationen vermitteln müssen, sondern zunehmend mit neuen Anforderungen konfrontiert sind. Sie müssen sich nicht nur in einem breiten Spektrum von Unterrichts- und Prüfungssituationen bewähren, sondern auch Aufgaben wie Curriculumsentwicklung, die Erstellung von Unterrichtsmaterialien, die Koordination mit anderen Fächern und Ausbildungsstandorten sowie Evaluation und Qualitätssicherung in der Lehre bewältigen. Diese vielfältigen Aktivitäten erfordern eigene Kompetenzen, die nicht einfach als gegeben angenommen werden können. Vor diesem Hintergrund sind seit einiger Zeit an den meisten Fakultäten zumindest grundlegende Angebote zur Schulung didaktischer Kompetenzen etabliert worden [5]. Allerdings fehlt bislang im deutschsprachigen Raum ein Orientierungsrahmen für medizindidaktische Kompetenzen, der das Qualifikationsprofil für Lehrende in der Medizin zusammenfassend darstellt.

Zusätzlich ist im Bildungswesen insgesamt ein Wandel hin zur Kompetenzorientierung zu verzeichnen. In der internationalen Diskussion um die Qualität der ärztlichen Ausbildung setzt sich zunehmend die Erkenntnis durch, dass der erfolgreiche Erwerb von Kompetenzen, die die Absolventen zur Lösung typischer beruflicher Anforderungen befähigen, das wichtigste Ziel der ärztlichen Ausbildung sein muss. In den angloamerikanischen Ländern sind vor diesem Hintergrund verschiedene Kompetenz-Modelle entwickelt worden, von denen das des „Royal College of Physicians and Surgeons“ in Canada (CanMEDS) [6] international die meiste Aufmerksamkeit erfahren hat. Ursprünglich für den Kontext der Fort- und Weiterbildung entwickelt, findet es auch zunehmend für den Bereich der ärztlichen Ausbildung Verwendung. Auch für die Reformdiskussion in den deutschsprachigen Ländern ist dieses Modell von großer Bedeutung. So liegt es etwa der zweiten Auflage des „Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training“ [2], [3] zugrunde und wurde auch als Ausgangspunkt für den derzeit im Entstehen befindlichen „Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin“ (NKLM) [7], [<http://www.nkml.de> Zugriff am 15.09.2014] der deutschen Fakultäten als Ausgangspunkt gewählt. Damit wird in naher Zukunft auch für die deutsche Ärzteausbildung ein Rahmenwerk vorliegen, das erstmals die Ziele der ärztlichen Ausbildung konsequent als Kompetenzen beschreibt. Die daraus resultierenden Anforderungen an das zukünftige Medizinstudium werden weitreichend sein, denn der NKLM besteht nicht aus der einfachen Auflis-

tung von Lernzielen, sondern wird durch die Kompetenzorientierung auch eine andere Didaktik und Methodik erfordern. Damit verändern sich aber auch die Anforderungen an die Lehrenden.

Was sind Kompetenzen?

Eine der größten Herausforderungen in der Diskussion um die Kompetenzorientierung ist der Kompetenzbegriff selbst. Kompetenz ist seit vielen Jahren ein „Modebegriff“ der Sozial- und Erziehungswissenschaft [9] und erfährt seit Mitte der 1990er-Jahre auch als Schlagwort in der Politik eine wachsende Bedeutung [1]. Viele Definitionen von Kompetenz haben die folgenden vier Merkmale gemeinsam [8]:

Kompetenzen ...

- ... äußern sich in der Bewältigung von Handlungssituationen
- ... weisen einen Situations- und Kontextbezug auf
- ... sind subjektgebunden
- ... sind erlern- bzw. veränderbar

Insofern lassen sich Kompetenzen allgemein definieren als

„[...] die bei Individuen verfügbaren oder durch sie erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, um die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können“ [14].

Diese Definition wird ebenfalls dem NKLM zugrunde gelegt, dort allerdings um eine weitere, speziell auf die ärztliche Tätigkeit ausgerichtete ergänzt:

„[...] Professional competence is the habitual and judicious use of communication, knowledge, technical skills, clinical reasoning, emotions, values, and reflections in daily practice for the benefit of the individual and community being served.“ [4]

Obwohl diese Definition für die ärztliche Tätigkeit formuliert wurde, lässt sie sich auch für die Lehrtätigkeit sinnvoll verwenden, da beiden Tätigkeitsbereichen gemeinsam ist, dass hier keine vorgefertigten Lösungen einfach nur anzuwenden sind, sondern jeweils individuelle Lösungen für komplexe, meist nur unvollständig definierte Probleme gefunden werden müssen. Dazu müssen in der medizinischen Lehre, wie beim ärztlichen Handeln auch, Wissen, Fertigkeiten, Einstellungen, emotionale und wertbezogene Aspekte integriert werden. Der Reflexion kommt dabei zentrale Bedeutung zu, um das eigene Handeln den jeweiligen Erfordernissen flexibel anpassen und aus den dabei gewonnenen Erfahrungen lernen zu können.

Zielsetzung

Vor diesem Hintergrund war es das Ziel des Ausschusses Personal- und Organisationsentwicklung in der Lehre (POiL) der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA), in enger Zusammenarbeit mit den im „MedizinDidaktikNetzwerk“ (MDN), einer Arbeitsgruppe des Medizinischen Fakultätentages (MFT), organisierten Lehrenden und Experten bzw. Expertinnen, ein Kompetenz-Modell zu entwickeln, das diejenigen Kernkompetenzen abbildet, die für alle Lehrenden in der Medizin notwendig sind. Der Begriff „**Kernkompetenzen**“ verdeutlicht, dass hier Grundlagenkompetenzen beschrieben werden, die unabhängig von der Position und dem spezifischen Aufgabenbereich der individuellen Lehrenden sind.

Mit dem Kompetenz-Modell werden in erster Linie pragmatische Ziele verfolgt, nämlich

- den Lehrenden eine Orientierung zu geben, welche konkreten Kompetenzen von ihnen erwartet werden
- hochschuldidaktische (Aus-) Weiter- und Fortbildungen an den einzelnen Fakultäten inhaltlich auszurichten
- die Evaluation von Fakultätsentwicklungsprozessen zu erleichtern
- einheitliche Kriterien für die Beurteilung der Lehrqualifikation im gesamtdeutschsprachigen Raum zu definieren
- eine Grundlage für weitere Forschungsarbeiten in der (Aus-) Weiter- und Fortbildung von Lehrenden in der Medizin zu bieten.

Entstehungsprozess

Das hier dargestellte Modell wurde unter der Leitung des Ausschusses POiL in einem breit angelegten Konsensprozess erarbeitet, um eine möglichst große Akzeptanz an den deutschsprachigen Fakultäten zu erreichen. Der Prozess bestand aus sieben iterativen Schritten, wobei die von einer Arbeitsgruppe des Ausschusses POiL vorbereiteten Vorschläge immer wieder von einer größeren Expertengruppe aus dem deutschsprachigen Raum diskutiert wurden. Die Expertengruppen bestanden aus Hochschuldozenten und -dozentinnen aus der Medizin und anderen Gesundheitsberufen mit langjähriger Erfahrung und wissenschaftlicher Expertise im Bereich der Fakultäts- und Personalentwicklung innerhalb der Fachdidaktik Medizin.

Im Rahmen des Workshops des Ausschusses POiL bei der GMA-Tagung in München 2011 wurde das von Srinivasan et al. [12] beschriebene nordamerikanische Modell vorgestellt und diente als Ausgangspunkt für die Entwicklung eines eigenen Kompetenzrahmens. Bei der Übersetzung wurde deutlich, dass die Kompetenzdefinitionen nicht 1:1 in den deutschen Sprachraum sowie den Kontext der deutschsprachigen medizinischen Ausbildung übertragen werden können, was eine Anpassung der Kompetenzen notwendig machte. Über die weiteren

Schritte informiert Tabelle 1. Das vollständige Manuskript wurde dem Vorstand der GMA im Oktober 2014 vorgelegt.

Ergebnisse

Das Modell der Kernkompetenzen für Lehrende in der Medizin (KLM) beschreibt die folgenden sechs Kompetenzfelder:

- Medizindidaktisches Handeln
- Lernerorientierung
- Soziale und kommunikative Kompetenz
- Rollenvorbild und professionelles Handeln
- Reflexion und Weiterentwicklung der eigenen Lehrpraxis
- Systembezogenes Lehren und Lernen

Diese sechs Kompetenzfelder sind als gleich relevant anzusehen. Für jedes Kompetenzfeld wurden Teilkompetenzen formuliert, die durch Lernziele beschrieben und mit Beispielen veranschaulicht wurden, um sie für die Praxis leichter umsetzbar zu machen (siehe Tabelle 2).

Die KLM umfassen sechs Kompetenzfelder mit insgesamt 21 Teilkompetenzen, die durch 57 Lernziele operationalisiert sind. Diese wurden durch 63 exemplarische Anwendungsbeispiele veranschaulicht (siehe Tabelle 3). Als Beispiel ist in Tabelle 4 ein Auszug aus dem Kompetenzfeld „Soziale und kommunikative Kompetenz“ dargestellt. Eine Darstellung des Modells „Kernkompetenzen für Lehrende in der Medizin“ mit allen Kompetenzfeldern, Teilkompetenzen, Lernzielen und Anwendungsbeispielen ist im Anhang dargestellt.

Diskussion und Ausblick

Das Modell der KLM wurde auf Basis der „Six Core Teaching Competencies for Medical Educators“ von Srinivasan et al. [12] entwickelt, wobei die Aufteilung in sechs Kompetenzfelder beibehalten wurde. Die Benennung dieser Felder und Ausdifferenzierung in Teilkompetenzen und Lernziele konnte durch den mehrstufigen Konsensprozess an die Erfordernisse und Rahmenbedingungen im Lehrkontext an medizinischen Fakultäten im deutschsprachigen Raum angepasst werden. Der unterschiedliche Umfang der einzelnen Kompetenzfelder ergab sich zum einen als ein Ergebnis aus dem Diskussionsprozess und ist nicht unbedingt auch Ausdruck unterschiedlicher Bedeutsamkeit. Zum anderen gab es Teilkompetenzen und Lernziele, die in verschiedenen Kompetenzfeldern hätten verankert werden können. So wurde die Teilkompetenz „Kompetente Lehrende in der Medizin überprüfen/ beurteilen in angemessener Form den Lernfortschritt der Studierenden in Bezug auf Wissen, Fertigkeiten und Einstellungen“ im Kompetenzfeld „Medizindidaktisches Handeln“ verankert. Sie hätte aber auch im Kompetenzfeld „Lernerorientierung“ verortet werden können. Ähnlich wie bei der Entstehung des NKLM [7], [<http://www.nklm.de> Zugriff am 15.09.2014], stellte

Tabelle 1: Der Entwicklungsprozess

1. Arbeitstreffen: Grundlage für die Entwicklung: "Teaching as a Competency": Competencies for Medical Educators, Srinivasan M et al. Acad Med 86(10):1211-1220	2011
2. Umfrage (schriftlich): Befragung der Mitglieder des Ausschusses POiL, Übersetzung und Konkretisierung der von Srinivasan beschriebenen Kompetenzen	
3. Arbeitstreffen mit dem MedizinDidaktikNetz (MDN): Diskussion der Umfrageergebnisse in der Expertenrunde	2012
4. Umfrage (schriftlich): Befragung der Mitglieder des Ausschusses POiL, Konsens für die Ergebnisse der Expertenrunde	
5. Arbeitstreffen: Überarbeitung der Definitionen, Konkretisierung, Konsens in Kleingruppen	2013
6. Umfrage (schriftlich): Befragung der Mitglieder des Ausschusses POiL zur finalen Version, Konsens	
7. Arbeitstreffen 2014 - Finalisierung: Nach der Vorstellung der kompletten Matrix der Kernkompetenzen auf der GMA Jahrestagung 2013: Verabschiedung durch die Ausschussmitglieder des Ausschusses POiL und Erstellung des Positionspapiers. Anschließend Überarbeitung der Beispiele und Verabschiedung dieser im Rahmen des Workshops im März 2014. Finalisierung des Positionspapiers (Oktober 2014)	2014

Tabelle 2: Gliederung des Kompetenzmodells. Ein Kompetenzfeld besteht aus mehreren Teilkompetenzen, die durch konkrete Lernziele mit dazugehörigen Anwendungsbeispielen beschrieben sind.

Kompetenzfeld	Teilkompetenzen	Lernziele	Anwendungsbeispiele für die konkrete Umsetzung
	<i>Kompetente Lehrende in der Medizin...</i>	<i>Kompetente Lehrende in der Medizin realisieren diese Teilkompetenzen, indem sie...</i>	

Tabelle 3: Anzahl der Teilkompetenzen und Lernziele je Kompetenzfeld des KLM.

Kompetenzfeld	Anzahl Teilkompetenzen	Anzahl Lernziele je Teilkompetenz	Anzahl Lernziele gesamt
Medizindidaktisches Handeln	4	2 bis 3	10
Lernerorientierung	3	1 bis 4	7
Soziale und kommunikative Kompetenz	3	3	9
Rollenvorbild und professionelles Handeln	3	2 bis 4	9
Reflexion und Weiterentwicklung der eigenen Lehrpraxis	2	3	7
Systembezogenes Lehren und Lernen	6	2 bis 3	15

auch die Granularität der Teilkompetenzen und Lernziele eine Herausforderung dar. Da sehr viele Personen in den Konsensprozess eingebunden waren, war die Vereinheitlichung der Sprache und Granularität eine grundlegende Aufgabe für die Fertigstellung des Modells. Außerdem wurden unterschiedliche Teilkompetenzen von verschiedenen Beteiligten teilweise unterschiedlich gewichtet. Die vorliegende finale Version stellt daher das Ergebnis eines Konsensprozesses dar, bei dem Nützlichkeitsabwägungen Vorrang vor konzeptueller Geschlossenheit gegeben wurde.

Im Vergleich zu anderen aktuellen Empfehlungen zu (hochschul-)didaktischen Kompetenzanforderungen an Lehrende ist das Modell der KLM mit 21 definierten Teilkompetenzen weniger umfangreich als andere Modelle, wodurch die Anwendbarkeit in der Praxis vereinfacht wird. Dennoch sind nur wenige Kompetenzen bzw. Lernziele anderer Kataloge nicht enthalten. So ergab der Abgleich der KLM mit den „Core competencies in teaching and training for doctors in Scotland“, einschließlich der Zuordnung der sieben „Framework Areas for the Professional Development of Postgraduate Medical Supervisors“ der Academy of Medical Educators [1], dass nur drei der

Tabelle 4: Das Kompetenzfeld „Soziale und kommunikative Kompetenz“ als Kernkompetenz für Lehrende in der Medizin, unterteilt in drei Teilkompetenzen mit jeweils einem Anwendungsbeispiel.

Kompetenzfeld	Teilkompetenzen <i>Kompetente Lehrende in der Medizin...</i>	Lernziele <i>Kompetente Lehrende in der Medizin realisieren diese Teilkompetenzen, indem sie...</i>	Anwendungsbeispiele für die konkrete Umsetzung
Soziale und kommunikative Kompetenz	... sind in der Lage zielgruppengerecht, situationspezifisch und ergebnisorientiert zu kommunizieren	... ziel- und adressatengerecht kommunizieren ... bereit und fähig sind, schwierige Situationen und Konflikte zu erkennen und konstruktiv aufzulösen ... Aspekte von Gender, Diversität und (inter-) kulturelle Besonderheiten beachten	<ul style="list-style-type: none"> • Umgang mit typischen Störrollen im Unterricht • Anwendung von Modellen zur Konfliktlösung, z.B. TZI, CALM • Simulation interkultureller Arzt-Patient-Kontakte
	... etablieren ein lern- und kooperationsförderliches Arbeitsklima	... wertschätzend mit Studierenden, Patient/-innen und Kolleg/-innen umgehen ... aufmerksam sind für gruppendynamische Prozesse ihrer Unterrichtssituation und adäquat darauf eingehen ... eine förderliche Feedbackkultur schaffen und selbst in der Lage sind, konstruktiv Feedback zu geben und anzunehmen	<ul style="list-style-type: none"> • kollegiales Coaching • 360°-Feedback • Lehrhospitationen • Lehrberatung
	... sind in der Lage, didaktische und methodische Aspekte von Lehr- und Lernprozessen kommunikativ umzusetzen	... Erwartungen, (Lern-) Ziele und Arbeitsaufträge transparent, verständlich und eindeutig formulieren ... didaktische und rhetorische Kommunikationsmittel beherrschen ... Gelegenheiten für wertvolle Lernerfahrungen erkennen und diese nutzen (teachablemoments)	<ul style="list-style-type: none"> • Fragen, die tiefes Lernen fördern • Interesse wecken, Relevanz verdeutlichen • Lernvereinbarung • Konstruktives Feedback

sehr ausdifferenzieren 80 „core competencies“ nicht durch die KLM erfasst werden können [10]. Diese sind C 46 (Effectively appraise medical students, trainees, colleagues and members of the wider healthcare team), C48 (Adapt their own practice where benefits of using technology have been identified) und C72 (Demonstrate a standard of professional and educational practice consistent with the requirements of the General Medical Council). Diese Unterschiede wurden diskutiert, aber belassen, da mit dem KLM die Kernkompetenzen für alle Lehrenden in der Medizin definiert werden sollten, unabhängig davon, in welcher Position sich diese befinden. C72 konnte in den KLM nicht abgebildet werden, da es keinen vergleichbaren Standard einer entsprechenden Körperschaft gibt und durch die Ärztliche Approbationsordnung keine qualitativen Anforderungen an die Lehrenden an sich gestellt werden. Der Bereich der Kompetenz für die Verwendung von neuen Medien bzw. technischen Neuerungen (C48) wurde in den KLM nicht explizit erwähnt. Im Konsensprozess wurde erarbeitet, dass der Einsatz von neuen Medien in anderen Teilkompetenzen bzw. Lernzielen enthalten ist, beispielsweise „Kompetente Lehrende in der Medizin realisieren diese Teilkompetenzen (... können Lehr- / Lernprozesse didaktisch & methodisch lernförderlich gestalten), indem sie Lernprozesse situationsgerecht analysieren und unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen und Einsatz geeigneter Methoden und Medien gestalten“. Der Einsatz neuer Medien in der Lehre erfordert auch den Erwerb dafür notwendiger Kompetenzen bei Lehrenden. Solche spezifischeren Kompetenzen wurden jedoch bei der Entwicklung der KLM zunächst ausgeklammert, da der Fokus auf grundlegende, verschiedene Lehrmethoden und -formate übergreifende Kompetenzen gerichtet war. Die spezifi-

schen Kompetenzen für Lehrende sollen in einem nächsten Positionspapier des Ausschusses POiL formuliert werden. Im Vergleich zu den fünf inhaltlichen Bereichen (Lehr-Lern-Konzepte; Präsentation und Kommunikation; Prüfen; Lehre als Profession; Beraten und Begleiten) des „Zertifikat Hochschullehre der bayerischen Universitäten“ [<http://www.profilehreplus.de/index.php?id=44> Zugriff am 08.08.2014] sind die Kompetenzen, Teilkompetenzen und Lernziele des KLM wesentlich konkreter formuliert und beinhalten den Bezug zur Lehre in der Medizin (z.B. Berücksichtigung von Patienten und Patientinnen, Unterrichtsformate wie Unterricht am Krankenbett). Dies verdeutlicht, warum eine Fachdidaktik und somit auch eine – zumindest teilweise – fachdidaktische Ausbildung von Lehrenden in der Medizin für die fachspezifischen Lehrformate und Lehrbedingungen sinnvoll sind. Die in den KLM beschriebenen Kompetenzen beziehen sich auf die didaktische (Aus-), Fort- und Weiterbildung von Postgraduierten, jedoch sollte die didaktische Schulung bereits im Studium beginnen [13]. Die derzeit im NKLM (Arbeitsversion: 09/2014) beschriebenen vier Kompetenzbereiche in der Rolle des Gelehrten unterstreichen diese Forderung. Die Kompetenz „Die Absolventin und der Absolvent verbessern und erhalten als lebenslang Lernende professionelles Handeln durch stetiges Weiterlernen aufrecht“ betont noch einen anderen Aspekt, der in den KLM durch die Kompetenz zur Weiterbildung und lebenslangen Lernen aufgegriffen wird. Die Forderung nach lebenslangen Lernen für Lehrende, über die fachlichen Inhalte hinaus, welche durch die Weiter- und Fortbildungsordnungen der Ärztekammern verankert ist, stellt auch für die Lehrkompetenz ein wesentliches Element dar. So gibt es aktuell zwar an vielen Fakultäten bereits strukturierte Programme zur didaktischen Qualifikation,

die auch z.B. für die Habilitation nachgewiesen werden müssen, jedoch existieren keine verbindlichen Regelungen für Lehrende über diese Nachweise hinaus. Dies sollte kritisch diskutiert werden, insbesondere vor dem Hintergrund der stetigen Weiterentwicklung von Lehren und Prüfen, da auch die Lehrenden immer neuen Herausforderungen gerecht werden müssen.

Ein Abgleich des Modells der KLM mit den Lernzielen des NKLM für Studierende in der Rolle des Gelehrten sollte erfolgen, sobald der NKLM konsentiert wurde. Dadurch könnte abgebildet werden, welche Kompetenzen Lehrende bereits im Studium erwerben können und in welchen Bereichen die Aus-, Fort- und Weiterbildungsverantwortlichen für die Qualifikation von Lehrenden bereits Studierende mit einbeziehen sollten. Auch die Ausbildung von studentischen Tutoren, die an vielen Standorten bereits systematisch erfolgt [<http://www.profil.uni-muenchen.de/tutorplus/ausbildung/index.html> Zugriff am 19.09.2014], könnte dann in die Planung von hochschuldidaktischen Kursen miteinbezogen werden.

Die KLM sollen ein pragmatisches Modell darstellen, anhand dessen die Qualifizierungsangebote für Lehrende an allen Standorten abgebildet werden können. Der „Praxistest“ des Modells erfolgt derzeit durch die Anfertigung von strukturierten Selbstberichten durch mehrere medizindidaktische Standorte im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens des MDN, für den die KLM als Orientierung verwendet werden. Dadurch wird sich zeigen, ob eine Abbildung der Programme der verschiedenen Standorte anhand der KLM möglich ist. Wenn sich das Modell als Mapping-Instrument eignet, könnten dadurch die Programmentwicklungen im Bereich Lehrqualifikation standortübergreifend unterstützt werden. Zudem sollen die KLM den Lehrenden selbst eine Orientierung für ihre Qualifikation bieten.

Die KLM stellen ein Anforderungsprofil für **alle** Lehrenden in der medizinischen Ausbildung dar. Im Rahmen des Konsensprozesses wurde deutlich, dass es verschiedene Aufgabenfelder und Positionen gibt, für die weitere Kompetenzen erforderlich sind. Diese spezifischen Kompetenzen sollen im Rahmen der Ausschussarbeit des POiL weiter konkretisiert und formuliert werden.

Danksagung

Wir danken allen Mitgliedern des GMA-Ausschusses Personal- und Organisationsentwicklung in der Lehre für die Beteiligung am Konsensprozess. Zudem danken wir dem MedizinDidaktikNetz für die beratende Unterstützung und Johanna Feckl für die formale Korrektur des Dokuments.

Anmerkung

Das Positionspapier wurde dem GMA-Vorstand vorgelegt und von diesem am 30.01.2015 verabschiedet.

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

Anhänge

Verfügbar unter

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2015-32/zma000965.shtml>

1. Anhang.pdf (75 KB)
Kernkompetenzen für Lehrende in der Medizin (KLM)

Literatur

1. Academy of Medical Educators. A Framework for the Professional Development of Postgraduate Medical Supervisors. London: Academy of Medical Educators; 2010. Zugänglich unter/available from: <http://www.medicaleducators.org/index.cfm/linkservid/C575BBE4-F39B-4267-31A42C8B64F0D3DE/showMeta/0/>
2. Bloch R, Bürgi H. The Swiss catalogue of learning objectives. *Med Teach.* 2002;24(2):144-150. DOI: 10.1080/01421590220120759
3. Bürgi H, Rindlisbacher B, Bader C, Bloch R, Bosman F, Gasser C, Gerke W, Humair JP, Im Hof V, Kaiser H, Lefebvre D, Schläppi P, Sottas B, Spinass GA, Stuck AE. Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training. Genf: Joint Conference of Swiss Medical Faculties (SMIFK); 2008. Zugänglich unter/available from: http://scllo.smifk.ch/downloads/scllo_2008.pdf
4. Epstein RM, Hundert EM. Defining and Assessing Professional Competence. *JAMA.* 2002;287(2):226-235. DOI: 10.1001/jama.287.2.226
5. Fabry G, Hofer M, Ochsendorf F, Schirlo C, Breckwoldt J, Lammerding-Köppel M. Hochschuldidaktische Qualifizierung in der Medizin III: Aspekte der erfolgreichen Implementierung von Qualifizierungsangeboten: Ein Positionspapier des GMA-Ausschusses Personal- und Organisationsentwicklung für die medizinische Lehre der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung sowie des Kompetenzzentrums für Hochschuldidaktik in Medizin Baden-Württemberg. *GMS Z Med Ausbild.* 2008;25(2):Doc84. Zugänglich unter/available from: <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2008-25/zma000568.shtml>
6. 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
7. Hahn EG, Fischer MR. Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM) für Deutschland: Zusammenarbeit der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) und des Medizinischen Fakultätentages (MFT). *GMS Z Med Ausbild.* 2009;26(3):Doc35. Zugänglich unter/available from: <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2009-26/zma000627.shtml>
8. Kaufhold M. Kompetenz und Kompetenzerfassung. Analyse und Beurteilung von Verfahren der Kompetenzerfassung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2006.
9. Klieme E, Hartig J. Kompetenzkonzepte in den Sozialwissenschaften und im erziehungswissenschaftlichen Diskurs. In: Prenzel M, Gogolin I, Krüger HH (Hrsg). *Kompetenzdiagnostik.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2007. S.11-29.

10. Ross MT, Macrae C, Scott J, Renwick L, Moffat M, Needham G, Scott H, Irvine S. Core competencies in teaching and training for doctors in Scotland: a review of the literature and stakeholder survey. *Med Teach.* 2014;36(6):527-538. DOI: 10.3109/0142159X.2014.907879
11. Schreiber-Barsch S. Bildungspolitische Strategien zur Dokumentation und Validierung Lebenslangen Lernens in Norwegen und Frankreich – richtungsweisende Ansätze im europäischen Raum. In: Hof C, Ludwig J, Zeuner C (Hrsg). *Strukturen Lebenslangen Lernens.* Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren; 2009. S.51-61.
12. SrinivasanM, Li ST, Meyers FJ, Pratt DD, Collins JB, Braddock C, Hilty DM. "Teaching as a Competency": competencies for medical educators. *Acad Med.* 2011;86(10):1211-1220. DOI: 10.1097/ACM.0b013e31822c5b9a
13. Ten Cate O, Durning S. Peer teaching in medical education: twelve reasons to move from theory to practice. *Med Teach.* 2007;29(6):591-599. DOI: 10.1080/01421590701606799
14. Weinert FE. Vergleichende Leistungsmessung in Schulen - eine umstrittene Selbstverständlichkeit. In: Weinert FE (Hrsg). *Leistungsmessung in Schulen.* Weinheim: Beltz; 2001. S.17-31.

Korrespondenzadresse:

Anja Görlitz
 Klinikum der Universität München, Institut für Didaktik
 und Ausbildungsforschung in der Medizin,
 Pettenkoferstraße 8a, 80336 München, Deutschland
 anja.goerlitz@med.uni-muenchen.de

Bitte zitieren als

Görlitz A, Ebert T, Bauer D, Grasl M, Hofer M, Lammerding-Köppel M, Fabry G, . *Core Competencies for Medical Teachers (KLM) – A Position Paper of the GMA Committee on Personal and Organizational Development in Teaching.* *GMS Z Med Ausbild.* 2015;32(2):Doc23. DOI: 10.3205/zma000965, URN: urn:nbn:de:0183-zma0009656

Artikel online frei zugänglich unter

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2015-32/zma000965.shtml>

Eingereicht: 30.10.2014

Überarbeitet: 07.03.2015

Angenommen: 30.01.2015

Veröffentlicht: 13.05.2015

Copyright

©2015 Görlitz 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/>.