

# Handbuch Feedback

Formatives Feedback in Studium  
und Lehre der Humanmedizin





# Inhaltsverzeichnis

Dieses Handbuch gibt einen Einblick in das Thema **Feedback** und richtet sich vor allem an **Lehrende\***.

## Hintergrund

- Kompetenzen
- Kommunikationsmodelle
- Feedback
- Feedbackregeln
- Schriftlich oder mündlich?

## Feedbackmodelle

- Pendleton-Modell
- ALOPA (agenda-led, outcome-based)

## Feedbackmethoden

- Peerfeedback & Multi-Source-Feedback
  - Peerfeedback
  - 360°-Feedback
  - Mini-PAT (Mini-Peer Assessment Tool)

## Checklisten

- DOPS (Direct Observation of Procedural Skills)
- Mini-CEX (Mini-Clinical Evaluation Exercise)
- CEC (Clinical Encounter Cards)

## Technologiegestütztes Feedback

- Video-Feedback
- ARS (Audience Response Systeme)

## Weitere Informationen

- Weiterführende Literatur
- Weiterführende Links



\* Auch für Studierende gibt es das Angebot einer „Informationsbroschüre Feedback“.

# Hintergrund

Dieses Feedback-Manual soll einen anschaulichen **Überblick über das Thema Feedback** geben. Das Manual bezieht sich vor allem auf regelmäßiges **formatives Feedback**.

Einleitend werden als Hintergrund zunächst die Begriffe *Kompetenzen* und *kompetenzorientierte Lehre* definiert. Da das Geben von Feedback eine Form der Kommunikation ist, werden danach zwei weitverbreitete *Kommunikationsmodelle* vorgestellt. Anschließend erfolgt eine allgemeine Einführung zum Thema *Feedback*.

## Hintergrund

### Kompetenzen

Was sind Kompetenzen?

Was ist kompetenzorientierte Lehre?

### Kommunikationsmodelle

Vier-Ohren-Modell

Johari-Fenster

### Feedback

Was ist Feedback? Warum ist Feedback wichtig?

Feedbackregeln

Schriftlich oder mündlich?



**Das Geben von Feedback ist  
keine Zauberei!  
Es kann gelernt werden!**

# Kompetenzen

## Was sind Kompetenzen?



### Kompetenzen sind die...

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

Weinert 1999

## Was sind ärztliche Kompetenzen?

### Ärztliche Kompetenz ist u.a. die Fähigkeit...

*„... Kommunikation, Wissen, Fertigkeiten, klinisches Denken, Emotionen, Werte und Reflexion in der täglichen Arbeit zum Wohle des Einzelnen sowie der Gesellschaft gewohnheitsmäßig und begründet einzusetzen.“*  
(Übersetzung durch die Verfasser)

Epstein/Hundert 2002



Mit dem Kompetenzbegriff soll eine **Verknüpfung aus Wissen und Können** hergestellt und die Fähigkeit, **konkrete Anforderungssituationen** mit entsprechenden Handlungen zu **bewältigen**, gefördert werden.

Hechenleiter 2006; Klieme et al. 2007; Klieme/Hartig 2008

# Kompetenzen

## Was ist kompetenzorientierte Lehre?

Kompetenzorientierte Lehre beschreibt die **Förderung von Fähigkeiten zur Ausführung bestimmter Aufgaben**, d.h.

- Ausgangspunkt sind die Kompetenzen, die bis zum Ende der Ausbildung erworben werden sollen
- die geforderten Kompetenzen werden klar kommuniziert
- Studierende erhalten mehr Möglichkeiten zur eigenen Schwerpunktsetzung
- kompetenzorientiertes Lehren/Lernen umfasst immer die Anwendung des Gelernten in konkreten Handlungssituationen



=> kompetenzorientierte Curricula sind ergebnisorientiert

## Vorteile kompetenzorientierter Lehre

- klare Definition von **Zielkompetenzen**
  - **Orientierung** für Studierende und Lehrende
  - bessere **inhaltliche Abstimmung** der Fächer
- **flexiblere Gestaltung** des Curriculums
- stärkerer Fokus auf **Fertigkeiten** und deren **Anwendung**



Absolventinnen und Absolventen sind in der Lage, den **tatsächlichen Anforderungen des Berufs** zu entsprechen und ihre erworbenen **Kompetenzen** in der Versorgung von Patientinnen und Patienten **praktisch anzuwenden**.

# Kommunikationsmodelle

# Vier-Ohren-Modell

Friedemann Schulz von Thun unterscheidet in seinem Kommunikationsmodell **vier Aspekte einer Nachricht**. Die Äußerung einer Feedbackgeberin oder eines Feedbackgebers enthält demnach ebenfalls vier Mitteilungen!



**Sachinhalt:** sachlich überprüfbare Beobachtung (Zahlen, Daten, Fakten, etc.).

**Selbstoffenbarung:** was die Person, die Feedback gibt, in ihrer Aussage über sich selbst mitteilt (Werte, Grundhaltung, Gefühle, Bedürfnisse, etc.).

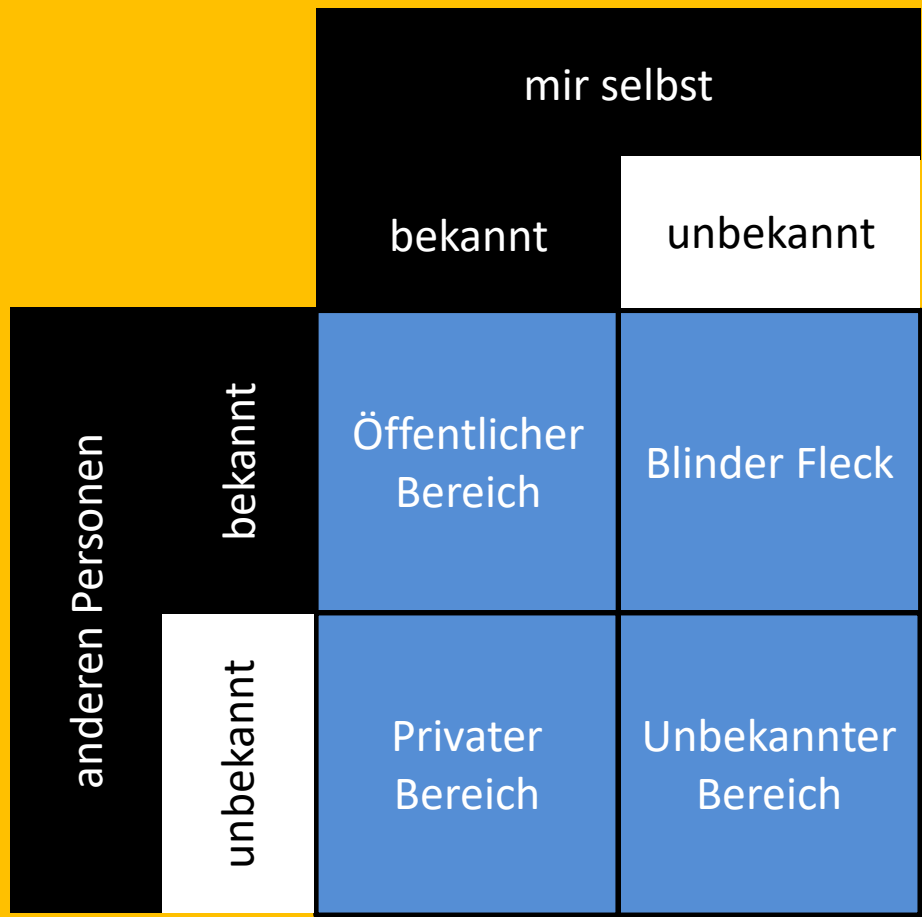
**Beziehung:** eine Mitteilung über die Beziehung zwischen feedbackgebender und feedbackerhaltender Person (ausgedrückt in Formulierung, Tonfall, Mimik, Gestik, etc.).

**Appell:** Handlungsaufforderung an die Person, die Feedback erhält (Wunsch, Ratschlag, Anweisung, etc.).

# Kommunikationsmodelle

# Johari-Fenster

Das Johari-Fenster verdeutlicht den **Unterschied zwischen Eigen- und Fremdwahrnehmung**. Für eine möglichst umfassende Selbstinformation muss eine Person Feedback von anderen Personen erhalten, damit der blinde Fleck und der unbekannte Bereich möglichst klein werden.



Luft 1970; zitiert nach Fengler 2004

- Öffentlicher Bereich:** Informationen, die der jeweiligen Person und ihrem Umfeld bekannt sind.
- Privater Bereich:** Informationen sind nur der jeweiligen Person selbst bekannt bzw. Personen, die Zugang zum Vertrauensbereich haben.
- Blinder Fleck:** Informationen, die nur für andere sichtbar sind. Damit die jeweilige Person hierüber Informationen erhält, ist konstruktives Feedback erforderlich.
- Unbekannter Bereich:** Weder die Person noch das Umfeld wissen etwas über diesen Bereich. Die Preisgabe von privaten Informationen und die Annahme von Feedback verkleinern den unbekanntem Bereich.



# Feedback

## Was ist Feedback?

Feedback ist eine Information über den Abgleich zwischen einer beobachteten Leistung und einem Standard, mit dem **Ziel, die Leistung zu verbessern**.

van de Ridder et al. 2008

## Warum ist das Geben von Feedback wichtig?

- Feedback ist eine der **zentralen Methoden zur Kompetenzentwicklung**
  - Durch gezieltes Feedback können gute Leistungen bestätigt oder gefestigt und Fehler korrigiert werden.
- Feedback gibt **Auskunft über den Leistungsstand**
- Feedback dient als **Grundlage zur Fehlerkorrektur**
- Feedback **zeigt Weiterentwicklungspotential** auf

Ende 1983; Fabry 2008

## Was sind allgemein die Schritte beim Feedback geben?



**Leistungen verbessern sich mit Feedback signifikant!**

Das Geben von Feedback wird von Studierenden als **eine der wichtigsten Lehraktivitäten** wahrgenommen!

Das Geben von Feedback **kann gelernt werden!**

Torre et al. 2006; Fabry 2008

# Feedbackregeln

## Feedback geben



- sachbezogen & als Ich-Botschaft
- konstruktiv & spezifisch
- regelmäßig & zeitnah
- Bezug auf **veränderbare Aspekte**
- orientiert an **Lernzielen**
- auf **wenige Sachverhalte gleichzeitig** eingehen
- an die **Selbstwahrnehmung** der feedbackempfangenden Person **anknüpfend**

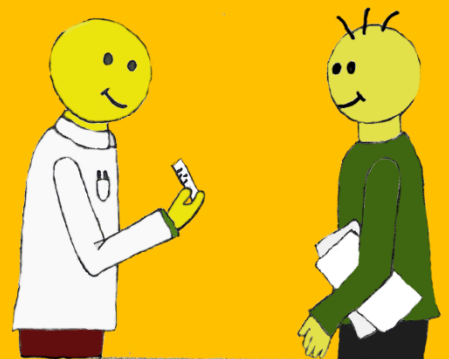
## Feedback empfangen

- **ruhig** bis zum Ende **anhören**
- **Beobachtungen** der/des Anderen **akzeptieren**
- Aussagen in **eigene Worte** fassen
- **Verständnisfragen** stellen
- **Veränderungsplan** für die Zukunft festlegen



# Funktionen von Feedback

- Feedback **steuert Verhalten**.
- Feedback **beeinflusst zukünftige Zielsetzungen** und trägt zur **Leistungssteigerung** bei.
- Positives Feedback **ermutigt**.
- Feedback erhöht die Fähigkeit, **eigene Fehler selbst zu erkennen**.
- Feedback fördert **persönliche Lernprozesse**.
- Feedback steigert die **Motivation**.
- Feedback hilft bei der **Selbsteinschätzung**.
- Lernende, die häufig Feedback erhalten, sind eher in der Lage, **hilfreiches Feedback zu erfragen**.
- Feedback erhöht das Gefühl der Kontrolle bei den Feedbackgebenden und -empfangenden. Feedback gibt das **Gefühl, mit Leistungsproblemen umgehen zu können**.
- Feedback bewirkt eine **engere Verbindung mit der Aufgabe**. Feedbackempfangende erkennen, wie sie zur Erfüllung der Aufgabe beitragen.
- Feedback hilft bei der **Planung des beruflichen Werdegangs**.
- In Verhandlungen hilft Feedback bei der **Einschätzung von Angeboten**.
- Feedback hilft, die **Qualität von Entscheidungen** zutreffend zu **bewerten** und zu beurteilen.



# Schriftlich oder mündlich?

Prinzipiell ist es zunächst egal, ob Feedback schriftlich oder mündlich gegeben wird, **Hauptsache die Lernenden erhalten Feedback!** Allerdings haben schriftliches und mündliches Feedback jeweils Vor- und Nachteile, von denen hier einige exemplarisch genannt werden.



schriftlich

- Inhalt des Feedbacks kann jederzeit **nachgelesen werden**
  - stärkt Selbstreflexion
- als **Online-Feedback** nutzbar
- Lehrende haben mehr Zeit, über Inhalte des Feedbacks nachzudenken

Wichtig: **Formulierung** muss genau bedacht werden und **verständlich sein**

- **schriftliches Feedback** kann manchmal eher **unspezifisch und allgemein** sein
- in der Regel **zeitlich versetzt**
- es folgt in der Regel **kein Feedbackgespräch**

+

mündlich



- direktes **Feedbackgespräch**
  - Lernende und Lehrende können sich direkt austauschen
- findet meist **unmittelbar nach einer Lernsituation** statt
- kann **ohne großen Zeitaufwand** gegeben werden
- kann **informell** eingesetzt werden

- **mündliches Feedback** wird oftmals **nicht als Feedback erkannt**

- Lehrende sollten Lernenden sagen, wenn es sich um ein Feedbackgespräch handelt

- **Inhalte** des Feedbacks werden häufig **nicht dokumentiert**

-

Schriftliches und mündliches Feedback tragen dazu bei, die Leistung von Lernenden zu verbessern. Schriftliches und mündliches Feedback können auch miteinander kombiniert und für verschiedene hier vorgestellte Feedbackmethoden eingesetzt werden. Die Feedbackregeln sind zu beachten!

# Feedback- Modelle

Zur Durchführung von Feedbackgesprächen gibt es **verschiedene Modelle**. Gemeinsam haben sie, dass sie dem **Feedbackgespräch eine Struktur verleihen** sollen, die den feedbackgebenden und feedbackempfangenden Personen eine **Hilfestellung bei der Durchführung** der Gespräche gibt. In der Schwerpunktsetzung bzw. der Abfolge der einzelnen Teilschritte unterscheiden sich die Methoden. In diesem Abschnitt werden exemplarisch zwei Modelle vorgestellt. Die Modelle beziehen sich auf mündliches Feedback.

## Pendleton-Modell

ALOPA (agenda-led, outcome-based)



### Wichtig:

Jedes Feedbackgespräch sollte mit dem **Hinweis** beginnen, **dass es sich um ein Feedbackgespräch handelt**, da es sonst unter Umständen nicht als solches erkannt wird!

Bienstock et al. 2007

# Pendleton-Modell

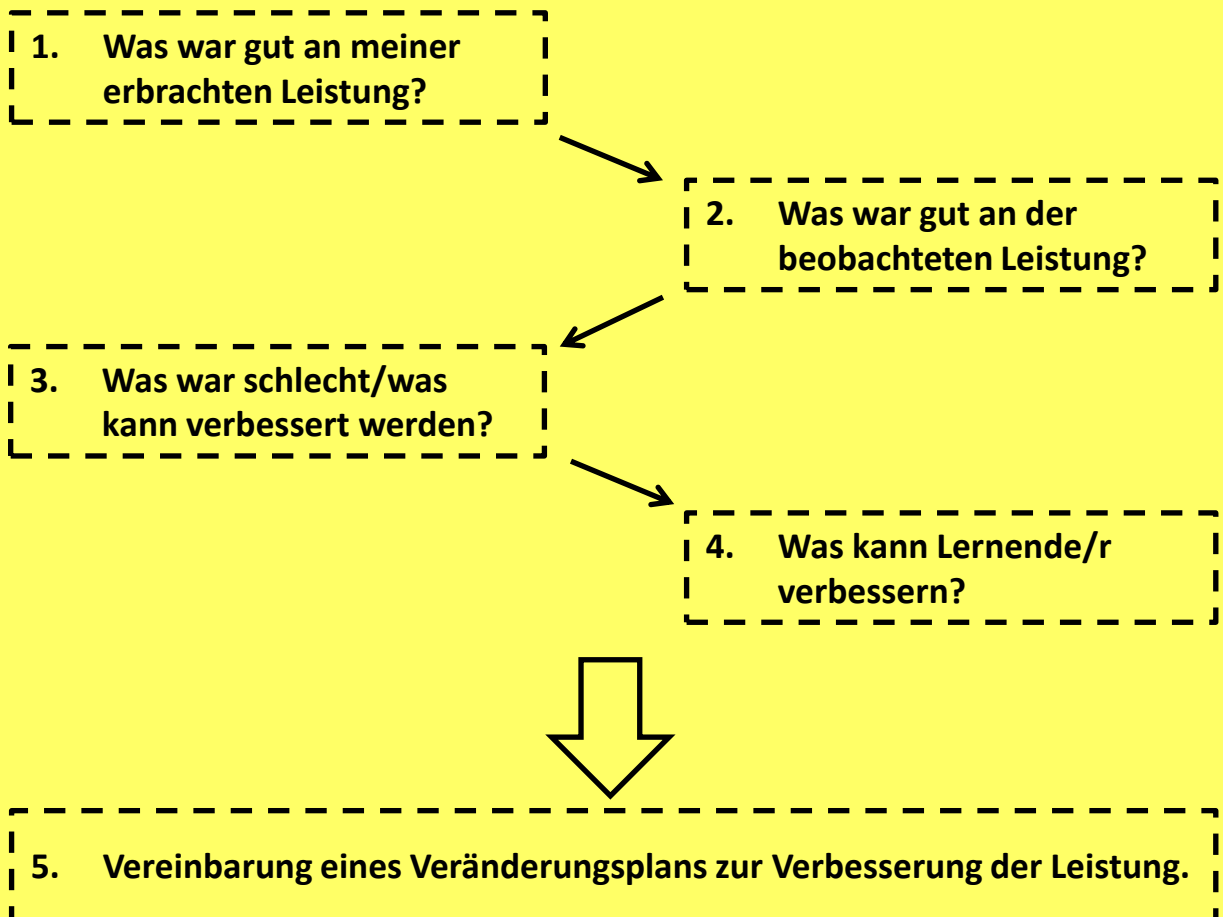
Das Pendleton-Modell ist eine Technik zur Übermittlung von Feedback. Die Methode soll ein Gespräch zwischen Lernenden und Lehrenden anregen.



Lernende/r



Lehrperson



# Pendleton-Modell

## Stärken und Schwächen der Methode



- gibt dem Feedbackgespräch eine **Struktur**
- **positive Aspekte** werden **zuerst** genannt, um eine **sichere Gesprächsatmosphäre** zu schaffen
- **Fokus** auf den **Stärken**
- **Anregung einer Diskussion** zwischen Lehrenden und Lernenden
- erlaubt eine **detaillierte Besprechung** der erbrachten Leistung
- **stärkt** Lernende bei der **Selbstreflexion**
- ermöglicht die **gemeinsame Aufstellung von Lernzielen** für die Zukunft
- geeignet für **Gruppen- oder Einzelfeedback**
- geeignet für **Lehrende mit wenig Erfahrung** im Geben von Feedback



- **Ablauf** des Gesprächs ist durch die vorgegebene Struktur **vorhersagbar**
  - **Stress** durch Bewusstsein, dass noch Kritik folgen wird
    - Lernende können durch die folgende Kritik eine **defensive Haltung** einnehmen
  - **viel Zeit** wird aufgewendet, **um Stärken zu diskutieren**, damit negative Kritik abgeschwächt wird

- Struktur **verhindert eine spontane Diskussion** über Themen, die Lernenden wichtig sind
- **ineffiziente Zeitnutzung**, da Stärken und Schwächen zweimal diskutiert werden (Sicht der Lernenden und Lehrenden)
- **künstliche Gesprächssituation**, die Lernende und Lehrende hindern kann, zum Kern ihrer Aussage zu kommen

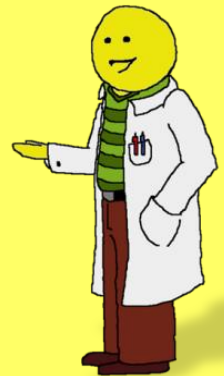


# ALOBA

agenda-led, outcome-based

ALOBA ist eine Technik zur Übermittlung von Feedback. Die Methode soll ein Gespräch zwischen Lernenden und Lehrenden anregen und nimmt die Sichtweise der Lernenden in den Fokus.

1. **Feedback: Was hat die Lehrperson beobachtet** (deskriptiv, spezifisch, nicht wertend)?



Lehrperson



Lernende/r

2. **Wie hat die/der Lernende die Situation erlebt?**
3. **Wie denkt die/der Lernende über die erbrachte Leistung?**  
**Wo wird Hilfe benötigt?**

4. **Lernziele werden gemeinsam vereinbart**

5. **Möglichkeiten zur Erreichung der Lernziele werden gemeinsam besprochen**



Lernende/r & Lehrperson



# ALOBA

Agenda-led, outcome-based

## Stärken und Schwächen der Methode

- gibt dem Feedbackgespräch eine **Struktur**
- **regt zum Gespräch** und zur Diskussion zwischen Lehrenden und Lernenden **an**
- **zeiteffiziente Methode**
- **Fokus liegt auf Lernenden** und den Bereichen, in denen sie Hilfe möchten



- viel Raum für **Selbstbeurteilung** der Lernenden
- **beugt defensiver Haltung** der Lernenden im Feedbackgespräch **vor**
- **Lernende können sich auf das Feedback konzentrieren**
- eher Diskussion über Möglichkeiten zur Problemlösung als Äußerung von Kritik seitens der Lehrperson
- Lernende werden aktiv **in die Formulierung und die Planung zum Erreichen von Lernzielen eingebunden**
- geeignet für **Gruppen- oder Einzelfeedback**



- **Ablauf** des Gesprächs ist durch die vorgegebene Struktur vorhersagbar
- Methode kann **einschüchternd** auf Lernende wirken
- zur Durchführung dieser Methode **brauchen Lehrende mehr Erfahrung** im Geben von Feedback als z.B. beim Pendleton-Modell
  - Qualität des Feedbacks ist abhängig von der Lehrperson



# Feedback- methoden

In diesem Abschnitt werden einige **Feedbackmethoden vorgestellt**, die **für den Einsatz in der medizinischen Lehre geeignet** sind oder sogar eigens dafür entwickelt wurden. Teilweise lassen sich die einzelnen Methoden auch gut miteinander kombinieren.

## **Multi-Source- & Peerfeedback**

Peerfeedback

360°-Feedback

Mini-Peer Assessment Tool (Mini-PAT)

## **Checklisten**

Direct Observation of Procedural Skills (DOPS) &

Mini-Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX)

Clinical Encounter Cards (CEC)

## **Technologiegestütztes Feedback**

Video-Feedback

Audience Response Systeme (ARS)

# Peerfeedback & Multi-Source-Feedback (MSF)

Unter **Multi-Source-Feedback** ist zu verstehen, wenn eine Person Feedback von mehreren Personen erhält – entweder auf der gleichen oder auf unterschiedlichen Hierarchieebenen. Unter **Peerfeedback** ist Feedback von Personen auf gleicher Hierarchieebene zu verstehen. Peerfeedback kann mit verschiedenen anderen in diesem Reader vorgestellten Feedbackmethoden verknüpft und kombiniert werden.

Peerfeedback  
360°-Feedback  
Mini-PAT



# Peerfeedback

## 1. Idee der Methode

=> Studierende bzw. Personen auf der **gleichen Hierarchieebene** geben sich Feedback

- **Ableich der Selbsteinschätzung** bestimmter Kompetenzen und Verhaltensweisen **mit der Einschätzung von Kommilitoninnen und Kommilitonen**
- als Feedback für **Gruppen** oder **Einzelpersonen**
- als **Single-** oder **Multi-Source-Feedback**
- **informell** oder **fragebogengestützt**
- **mündlich, schriftlich** oder **online**
- auf **konkrete Situation** bezogen oder **eher allgemein** (z.B. zu generellen kommunikativen Kompetenzen)
- durch geringere Statusunterschiede hat Peerfeedback eine **andere Wirkung als Feedback von Lehrenden**



## 2. Durchführung der Methode

=> Lehrende können die Methode fest in ihre Veranstaltung implementieren

- z.B. durch einen Fragebogen (schriftlich oder in einem Onlinetool), mit dem sich Kommilitoninnen und Kommilitonen zu bestimmten Kompetenzen und Fertigkeiten Feedback geben können

**ODER**

=> Studierende ermutigen, sich gegenseitig Feedback zu geben

- das Feedback kann informell ohne feste Struktur mündlich erfolgen

# Peerfeedback

## 3. Stärken & Schwächen der Methode



- kann **Häufigkeit von Feedback deutlich erhöhen, ohne großen Arbeitsaufwand für Lehrende** = gutes Kosten-/Nutzen-Verhältnis
- **Zwischenkontrolle** für erreichte Ziele und Stärken
- **wird als informeller wahrgenommen als andere Methoden** => eignet sich besser für Wiederholungen, Fragen, Diskussionen
- **Studierende lernen voneinander**, auch die Feedbackgebenden
- Methode lässt sich **gut für interprofessionelle Settings** einsetzen
- besonders geeignet für Feedback zu **kommunikativen Kompetenzen**, da Studierende sich besser kennen
- **regt** in hohem Maß **zur Selbstreflexion an**
- **hohe Akzeptanz** der Methode



- **KommilitonInnen haben keinen Expertenstatus** => die Qualität des Feedbacks kann schwanken
- Studierende finden es **schwierig, ihren KommilitonInnen Feedback zu geben**, aufgrund
  - Unsicherheit angesichts des eigenen Anfängerstatus
  - persönlicher Beziehungen (Freundschaft, Konkurrenz)
- **Hemmungen der Lehrenden** Verantwortung an Studierende abzugeben

## 4. Förderliche Faktoren für die Nutzung der Methode



- **Leitfaden** zum Geben von Feedback
- **Feedbacktrainings** als Vorbereitung
- **Bewertungskriterien** festlegen
- Peerfeedback wird eher geschätzt, wenn es **nicht in Gegenwart von Lehrpersonen** gegeben wird
- **anonymisiertes Feedback** kann Hemmungen vor dem Geben von Feedback an Peers senken

# 360°-Feedback

## Multi-Source-Feedback (MSF)

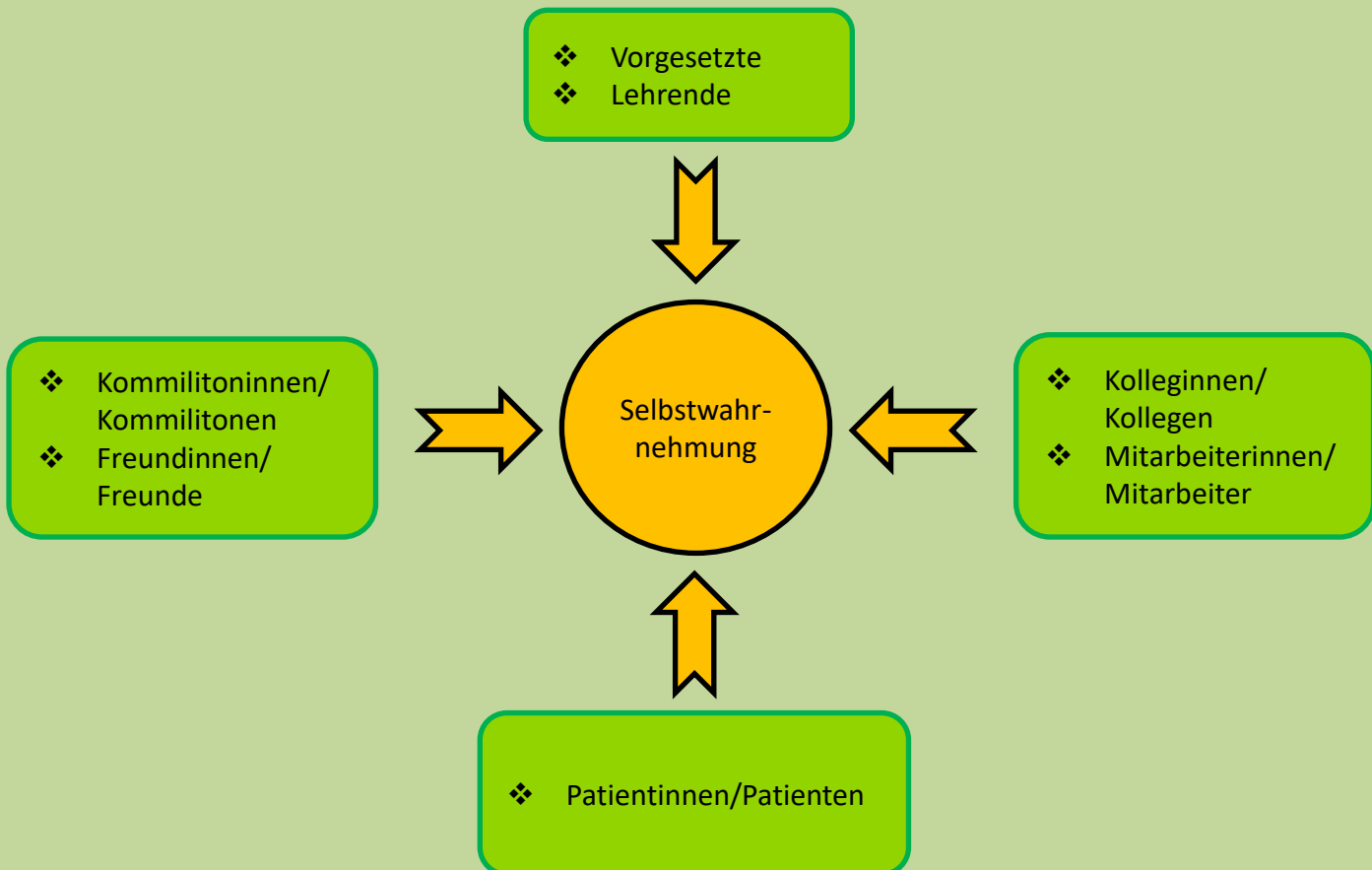
### 1. Idee der Methode

Eine Verbesserung der Leistung erfolgt, wenn möglichst viele Informationen/ Einschätzungen über eine Person einbezogen werden

- vollständiges Bild einer Person aufgrund verschiedener Sichtweisen

### 2. Durchführung der Methode

Feedback von Personen auf unterschiedlichen Hierarchieebenen



#### Ablauf

meist anonymisierte,  
standardisierte,  
schriftliche Befragung

Selbst- & Fremdeinschätzung

Vermittlung der  
Ergebnisse

Ausarbeitung eines  
Entwicklungs- und  
Maßnahmenplans

# 360°-Feedback

## Multi-Source-Feedback (MSF)

### 3. Stärken und Schwächen der Methode



- „Rundum“-Feedback
- **Kombination von Selbsteinschätzung** und verschiedenen **Fremdeinschätzungen**
- fördert langfristig **Zuwachs von bestimmten Kompetenzen**
- besonders geeignet u.a. für die Bewertung von:
  - **kommunikativen Kompetenzen**
  - **professionellem Handeln**
  - **Übernahme von Verantwortung**
  - **Entscheidungsfindung**
  - **Interprofessionalität**
- **vielseitig** in verschiedenen Fachrichtungen einsetzbar
- geeignet für **formatives Feedback**



- großer **zeitlicher** und **personeller Aufwand**
- meist **zeitverzögertes, kontextunabhängiges** und **wenig spezifisches Feedback**
- **Anonymität** des Feedbacks
- **kein direktes Feedbackgespräch**

### 4. Förderliche Faktoren für die Nutzung der Methode



- Bereitstellung von **Informationsmaterialien** zur Methode
- **Schulung** der am Feedbackprozess beteiligten Personen
- Bereitschaft, faires und ehrliches Feedback zu geben
- **kurzer** und **einfacher Fragebogen**
- Aufteilung in einen **qualitativen** und einen **quantitativen Teil** des 360°-Feedbacks

#### Literatur:

Overeem et al. 2009;  
ten Cate/Sargeant 2011; Tyler 2006

# Mini-PAT

## Mini-Peer Assessment Tool

### 1. Idee der Methode

Das Mini-PAT ist eine Peerfeedback-Methode. Im Gegensatz zum 360°-Feedback, bei dem Personen unterschiedlicher Hierarchieebenen Feedback geben, werden beim Mini-PAT Personen auf der gleichen Ebene (Peers) befragt.

### 2. Durchführung der Methode



- **Auswahl einer Peer-Group** von 5-8 Personen, mit denen **eng zusammengearbeitet** wurde
- **Peers** beantworten einen **Fragebogen**, in dem sie ihre Einschätzung zu einer Liste von Kompetenzen und Fertigkeiten abgeben (**Fremdeinschätzung**)



- alle Teilnehmenden füllen einen Fragebogen zur **Selbsteinschätzung** aus
- für jede bewertete Kompetenz bzw. Fertigkeit wird ein **Mittelwert der Fremdeinschätzungen** gebildet (anonymisiert) und **mit den Werten der Selbsteinschätzung verglichen**
- Durchführung **online** oder mit **Papierfragebogen**

### 3. Bewertungsbogen

- **Bewertung verschiedener Kompetenzen** (z.B. Organisation, Kommunikation, Teamwork, Professionalität)
- **Gesamtbewertung** der Leistung im Vergleich zu einem Standard
- **Selbst- und Fremdeinschätzung**
- für Befragte **nicht zu bewertende Kompetenzen** können mit **keine Angabe** beantwortet werden
- Möglichkeit zu **Freitextkommentaren**



# Mini-PAT

## Mini-Peer Assessment Tool

### 4. Stärken und Schwächen der Methode



- Studierende schätzen die **Möglichkeit, die Selbst- und die Fremdeinschätzung zu vergleichen**
- **Feedbackprozess** folgt genau **vorgegebenen Richtlinien**
- **mehrere Kompetenzdomänen und Fertigkeiten** können **bewertet** werden
- **Anonymität** des Feedbacks



- Peers haben **keinen Expertenstatus**: Peers können den Leistungsstandard nicht einschätzen, den sie als Bewertungsgrundlage anlegen sollen
- meist **zeitverzögertes, kontextunabhängiges** und **wenig spezifisches Feedback**
- **kein direktes Feedbackgespräch**
- **persönliche Beziehung zu den Peers** kann die **Bewertung beeinflussen**
- **mehrere ausgefüllte Feedbackbögen** **notwendig** für reliable Ergebnisse

### 5. Förderliche Faktoren für die Nutzung der Methode



- Bereitstellung von **Informationsmaterialien** zur Methode
- **Schulung** der beteiligten Personen (z.B. Feedbackregeln)
- **Auswahl der Peers** sollte durchdacht und besprochen werden
- Bereitschaft, faires und ehrliches Feedback zu geben
- **kurzer** und **einfacher Fragebogen**
- Zusicherung der **Anonymisierung** des Feedbacks
- Ausfüllen von **mehreren Fragebögen** **senkt Subjektivität** der Gesamtbewertung
- **Gespräch mit Lehrenden** zu möglichen Lernzielen sollte erfolgen

# Checklisten

Unter Checklisten wird hier eine Gruppe von Feedbackmethoden gefasst, bei denen **direkt nach einer beobachteten Interaktion bzw. Untersuchung** ein kurzer **Fragebogen zur Leistungsbewertung** hinzugezogen und ausgefüllt wird. Dieser dient als Grundlage für ein anschließendes **Feedbackgespräch**.

Diese Checklisten sollen Lehrende dabei unterstützen, Lernenden Feedback zu der Erfüllung einer **klinischen Alltagsaufgabe** zu geben. Gleichfalls sollen sie es Lernenden vereinfachen, sich Feedback einzuholen. Die Checklisten sind für den klinischen Abschnitt und das Praktische Jahr zum Geben von Feedback für Lernende nach einer **praktischen Untersuchung** oder Interaktion mit (Schauspiel-) Patientinnen und Patienten geeignet. Zu beachten ist, dass die Checklisten, je nachdem in welchem Fachbereich oder in welcher Lehrveranstaltungsart sie eingesetzt werden, noch angepasst werden können oder müssen.

DOPS

Mini-CEX

Clinical Encounter Cards

The image shows a 'Mini-Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX)' form. It includes fields for 'Studentin/Student' and 'Lehrperson', a section for 'Komplexität der Aufgabe' (low, medium, high), and a 'Klinische Problemstellung' section with checkboxes for various systems like 'Herz-Kreislauf', 'Atmung', 'Abdomen/Becken', 'Stoffwechsel/Blut', 'Bewegungsapparat', 'Nervensystem', 'Psyche/Sinne', 'Multimorbidität', and 'Vitalität'. Below this is a table for rating performance on a scale of 1-5, with columns for '1', '2', '3', '4', '5', and 'K.A.' (not applicable). The table rows include 'Anamnese', 'Klinische Untersuchung', 'Aufklärung/Beratung', 'Klinische Urteilbarkeit', 'Organisation/Effizienz', 'Professionelles Verhalten', and 'Gesamteindruck'. There is also a section for 'Anmerkung' and a signature line at the bottom.

# DOPS

Direct Observation of Procedural Skills

# Mini-CEX

Mini-Clinical Evaluation Exercise

## 1. Schwerpunkt der Methoden

Praktische Fertigkeiten



u.a. Kommunikative Kompetenzen

## 2. Durchführung der Methoden



### Interaktion mit Patient/in

- Durchführung einer praktischen Aufgabe (z.B. Anamnese/Untersuchung)
- unter direkter Beobachtung einer Lehrperson
- in unterschiedlichen realen klinischen Settings
- Dauer ca. 15-20 Minuten



### Ausfüllen des Bewertungsbogens

- direkt im Anschluss an die Beobachtung (Selbst- und Fremdeinschätzung)



### Feedbackgespräch

- Dauer ca. 5 Minuten
- Entwicklung eines gemeinsamen Maßnahmenplans zur Verbesserung der Leistung



### Mehrfache Durchführung der Methoden

- Steigerung der Reliabilität
- Beobachtung durch und Feedback von verschiedenen Lehrenden
- Übung mit verschiedenen Patient/innen und Krankheitsbildern

Die **Durchführung** von DOPS und Mini-CEX ist **identisch**. Die Methoden unterscheiden sich durch ihre **unterschiedliche Schwerpunktsetzung**.

# DOPS

**Direct Observation of Procedural Skills**

# Mini-CEX

**Mini-Clinical Evaluation Exercise**

## 3. Stärken und Schwächen der Methoden



- Lehrende und Studierende zeigen **hohe Zufriedenheit** mit der Methode
- fördert den **Zuwachs auf allen Kompetenzebenen**
- Aufwand verteilt sich auf **mehrere Lehrende**
- **vielseitig** in verschiedenen Fachrichtungen einsetzbar
- mehr **Interaktionen und Feedbackgespräche** zwischen Lehrenden und Lernenden
- kann **Feedback-, Kommunikations- und Fehlerkultur** innerhalb einer Klinik **verbessern**
- **kostengünstiger und realitätsnäher** als das Üben mit Schauspielpatient/innen
- **Anpassung** an örtliche Gegebenheiten **möglich**
- **Anforderungen und Erwartungen** werden konkret formuliert
- als **Peerfeedbackmethode** geeignet



- **mehrere Durchführungen** notwendig für reliable Aussagen
- **Organisationsaufwand** bei der Einführung und Weiterführung
- **Unbehagen der Studierenden**, beobachtet zu werden
- Qualität abhängig von **Feedbackfähigkeiten** der Lehrenden

## 4. Förderliche Faktoren für die Nutzung der Methoden



- **Studierende bestärken**, sich **aktiv Feedback zu suchen**
- Erstellung und Bereitstellung von **Informationsmaterialien** zur Durchführung der Methode (z.B. Broschüre, Film)
- **Schulung der Lehrenden** (Durchführung der Methode, Geben von Feedback, detaillierte Richtlinien für die Beobachtung)
- **Einweisung der Studierenden** in die Methode

### Literatur:

Norcini et al. 2003; Berendonk et al. 2008; Holmboe et al. 2003; Montagne et al. 2010

# Direct Observation of Procedural Skills (DOPS)

Studentin/Student

Lehrperson



Komplexität der Aufgabe

<input type="radio"/> niedrig	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> hoch
-------------------------------	------------------------------	----------------------------

Klinische Problemstellung

<input type="radio"/> ABGA <input type="radio"/> Aszitespunktion <input type="radio"/> Blasenkatheter <input type="radio"/> Ergometrie <input type="radio"/> EKG <input type="radio"/> Feinnadelpunktion <input type="radio"/> Gelenkpunktion <input type="radio"/> IV-Leitung	<input type="radio"/> Knochenmarksaspiration <input type="radio"/> Lumbalpunktion <input type="radio"/> Lungenfunktion <input type="radio"/> Magensonde <input type="radio"/> Maskenbeatmung <input type="radio"/> Mini-Mental-Status <input type="radio"/> Patienteninstruktion: _____	<input type="radio"/> Pleurapunktion/ - drainage <input type="radio"/> Reservoirsystem: Injektion/Spülung <input type="radio"/> Schellongtest <input type="radio"/> Stanzbiopsie der Haut <input type="radio"/> zentralvenöser Zugang <input type="radio"/> _____
---	--	--

Fokus		1= viel Verbesserungsbedarf 5= wenig Verbesserungsbedarf bezogen auf Weiterbildungsstandard k.A.= nicht beurteilbar						Anmerkung
		1	2	3	4	5	k.A.	
<input type="radio"/>	Vorbereitung/Nachsorge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	Praktische Fertigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	Asepsis/Sicherheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Klinische Urteilsfähigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Organisation/Effizienz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Professionelles Verhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Gesamteindruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Vereinbartes Lernziel mit konkreten Schritten

Unterschriften


Datum der Durchführung

# Mini-Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX)

Studentin/Student

Lehrperson



Komplexität der Aufgabe

<input type="radio"/> niedrig	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> hoch
-------------------------------	------------------------------	----------------------------

Klinische Problemstellung

<input type="radio"/> Herz-Kreislauf <input type="radio"/> Atmung <input type="radio"/> Abdomen/Becken <input type="radio"/> Stoffwechsel/Blut <input type="radio"/> Bewegungsapparat	<input type="radio"/> Nervensystem <input type="radio"/> Psyche/Sucht <input type="radio"/> Multimorbidität <input type="radio"/> Visite <input type="radio"/> _____
---	--

Fokus		1= viel Verbesserungsbedarf 5= wenig Verbesserungsbedarf bezogen auf den Weiterbildungsstandard k.A.= nicht beurteilbar						Anmerkung
		1	2	3	4	5	k.A.	
<input type="radio"/>	Anamnese	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	Klinische Untersuchung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	Aufklärung/Beratung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Klinische Urteilsfähigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Organisation/Effizienz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Professionelles Verhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Gesamteindruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Vereinbartes Lernziel mit konkreten Schritten

Unterschriften



Datum der Durchführung

# Clinical Encounter Cards (CEC)

## 1. Durchführung der Methode



### Verantwortung der Studierenden

- Die Studierenden entscheiden, wann sie sich Feedback einholen



### Interaktion mit Patient/in

- Durchführung einer praktischen Aufgabe (z.B. Anamnese/Untersuchung)
- unter Beobachtung einer Lehrperson
- in unterschiedlichen realen klinischen Settings



### Ausfüllen des Bewertungsbogens

- Selbst- und Fremdeinschätzung
- direkt im Anschluss an die Beobachtung



### Feedbackgespräch

- Dauer ca. 1 Minute



### Mehrfache Durchführung

- Steigerung der Reliabilität
- Feedback von verschiedenen Lehrenden
- Übung mit verschiedenen Patient/innen und Krankheitsbildern

Die Arbeit mit Clinical Encounter Cards **ähnel**t der mit **DOPS und Mini-CEX**. Clinical Encounter Cards unterscheiden sich darin, dass der Bewertungsbogen weniger Fragen umfasst und damit **weniger Zeit in Anspruch** nimmt. Das mit dieser Methode erhaltene Feedback, ist jedoch auch **weniger differenziert**.

# Clinical Encounter Cards (CEC)

## 2. Stärken & Schwächen der Methode



- **leicht anwendbar** und **geringer Zeitaufwand**
- ermöglicht **häufigeres Feedback**
- mehr **Interaktionen und Feedbackgespräche** zwischen Lehrenden und Lernenden
- **Feedback** erfolgt **direkt nach der Beobachtung**
- fördert den **Zuwachs auf allen Kompetenzebenen**
- Arbeit verteilt sich auf **mehrere Lehrende**
- **vielseitig** in verschiedenen Fachrichtungen einsetzbar
- **kostengünstiger und realitätsnäher** als das Üben mit Schauspielpatient/innen
- **Anpassung** an örtliche Gegebenheiten **möglich**
- als **Peerfeedbackmethode** geeignet



- **kurzes und wenig detailliertes Feedback**
- **mehrere Durchführungen** notwendig für reliable Aussagen
- **Organisationsaufwand** bei der Einführung und Weiterführung
- **Angst der Studierenden**, beobachtet zu werden
- Karten werden **oft nicht richtig ausgefüllt**

## 3. Förderliche Faktoren für die Nutzung der Methode



- **Studierende bestärken**, sich **aktiv Feedback zu suchen**
- Erstellung und Bereitstellung von **Informationsmaterialien** zur Durchführung (z.B. Broschüre, Film)
- **Schulung der Lehrenden** (Durchführung der Methode, Geben von Feedback, detaillierte Richtlinien für die Beobachtung)
- **Einweisung der Studierenden** in die Methode

### Literatur:

Paukert et al. 2002; Kogan et al. 2008; Ozuah et al. 2007; Richards et al. 2007



# Clinical Encounter Card (CEC)

Name Student/In: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_



von der Lehrperson auszufüllen

**Welches war der Hauptschwerpunkt bei der Bewertung? (Mehrfachnennung möglich)**

<input type="radio"/> Anamnese: _____	<input type="radio"/> Fallpräsentation <input type="radio"/> schriftlich <input type="radio"/> mündlich <input type="radio"/> beides
<input type="radio"/> Untersuchung	<input type="radio"/> Differentialdiagnose
<input type="radio"/> professionelles Verhalten	<input type="radio"/> Erstellung eines Therapieplans
<input type="radio"/> praktische Fertigkeiten	<input type="radio"/> Andere: _____

**Bewertung der Durchführung:**

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nicht zufriedenstellend				sehr zufriedenstellend

Kommentare zur erbrachten Leistung: \_\_\_\_\_

Name Lehrperson: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

(1)

von Studentin/Student auszufüllen

**Beschreibung der Begegnung mit Patient/in:**



<input type="radio"/> stationär	<input type="radio"/> ambulant	<input type="radio"/> Notaufnahme
<input type="radio"/> neue/r Patient/in	<input type="radio"/> Folge- untersuchung	<input type="radio"/> Andere: _____

**Was war der Grund der Vorstellung?**

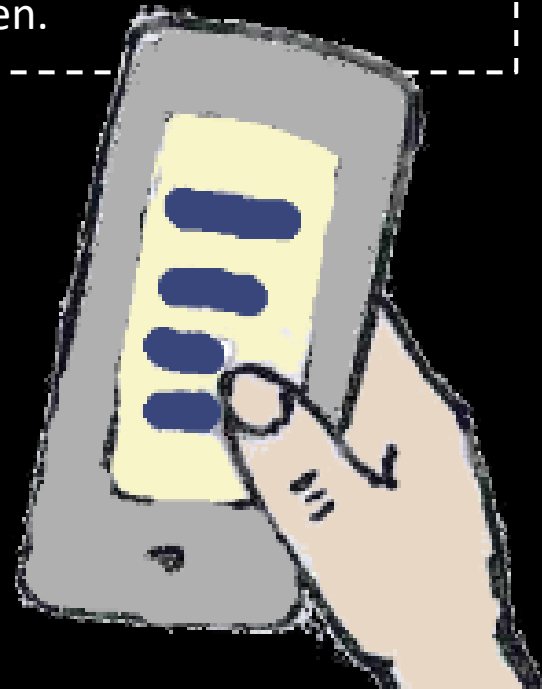
**Was wurde von mir durchgeführt? (z.B. Anamnese, Untersuchung, Legen einer Venenverweilkanüle)**

# Technologie- gestütztes Feedback

Unter technologiegestütztem Feedback wird hier verstanden, dass im Verlauf des Feedbackprozesses **Technologie zwischengeschaltet** wird. Exemplarisch werden zwei Methoden vorgestellt. Beim **Video-Feedback** wird das Feedback auf Grundlage einer Videoaufzeichnung einer zuvor durchgeführten Interaktion mit einer Patientin oder einem Patienten gegeben. **Audience Response Systeme (ARS)** sind eine Möglichkeit, um in Lehrveranstaltungen mit vielen Teilnehmenden mit Quiz- und Abstimmungsfragen den Lernstand und die Meinungen der Lernenden zu erfragen und anschließend im Plenum zu besprechen.

Auch die zuvor beschriebenen Feedbackmethoden können durch den Einsatz von Technologie unterstützt werden. So könnte die Checkliste beispielsweise auf einem Tablet oder Smartphone ausgefüllt werden oder Multi-Source- bzw. Peerfeedback könnten über eine Onlineplattform erhoben werden.

**Video-Feedback**  
**ARS (Audience Response Systeme)**



# Video-Feedback

## 1. Durchführung der Methode



### Durchführung einer Untersuchung mit Videoaufzeichnung

- mit Schauspielpatientinnen und -patienten
- unterschiedliche klinische Settings
- Dauer ca. 15-20 Minuten



### Betrachtung des Videos zur Selbstreflexion

### gemeinsame detaillierte Betrachtung des Videos mit Lehrperson und/oder Peers unter Nutzung der technischen Möglichkeiten



- wiederholte Betrachtung des Videos
- verlangsamte Betrachtung des Videos
- Pausen
- Zeigen des Bildes ohne Ton
- Vorspielen des Tons ohne Bild
- Split-Screen mit Perspektive auf Patientin/Patient und Lernende
- etc.



### verbunden mit Feedbackgespräch

- von Lehrperson, Peers und Schauspielpatientin bzw. -patient
- mündlich, schriftlich, web- und/oder fragebogenbasiert

# Video-Feedback

## 2. Stärken & Schwächen der Methode



- Konfrontation mit dem aufgezeichneten Selbst (Außenperspektive)
  - fördert Fähigkeit zur **Selbstreflexion**
- Eingehen auf **unbewusste Aspekte** einer Handlung
- Möglichkeiten durch das Video
  - **Anhalten des Videos, mehrfache und detaillierte Betrachtung** einer Sequenz
  - **Split-Screen** (Studierende und Patientin/Patient)
  - **explizites Zeigen** von Stärken und Schwächen
  - **Optimierungsmöglichkeiten am konkreten Beispiel** zeigen
- Lernen auch durch das **Ansehen der Videos der Peers**
- als **Multi-Source- & Peerfeedback**-Methode nutzbar
- für **Gruppen** zum Geben von gegenseitigem Feedback geeignet



- **technische Expertise und Ausstattung** müssen vorhanden sein
- Videos müssen mit großer Aufmerksamkeit durchgearbeitet werden, daher **hoher Zeitaufwand**
- **Angst, gefilmt zu werden** und ein Feedback zu dem Video zu erhalten, v.a. vor Feedback der Peers
- **Verlegenheit** sich selbst und ggf. eigene Fehler auf Video zu sehen

## 3. Förderliche Faktoren für die Nutzung der Methode



- **Schulung der Lehrenden** im Umgang mit der Technik
- **Schulung** der Lehrpersonen und Peers mit **Feedbackregeln**
- **Bewertungsbogen** mit Überblick über Zielvorgaben => strukturiert die Beobachtung und das Feedback
- Schaffen einer **vertrauensvollen Atmosphäre**, wenn Studierende sich gemeinsam die Videos ansehen
- Nutzung von Video-Feedback als alltägliche Praxis

### Literatur:

Fukkink et al. 2011; Hammoud et al. 2012;  
Lindon-Morris/Laidlaw 2014; Nilsen/Baerheim  
2005

# ARS

## Audience Response Systeme

### 1. Durchführung der Methode

- **Vorbereitung der ARS-Fragen** für die Lehrveranstaltung
    - Leitlinien:
      - **Die Lernergebnisse können nur so gut sein wie die gestellte Frage!**
      - **eher weniger**, aber dafür qualitativ hochwertige Fragen
      - mit ARS-Fragen **Highlights setzen**, Inhalte hervorheben
      - lernförderlich sind insbesondere **tieferegehende Verständnisfragen** und Fragen zur **Transferförderung des erworbenen Wissens**
      - **authentische & anwendungsorientierte Fragen** steigern Motivation
      - Aufgabenkomplexität **an Vorwissen der Lernenden orientiert**
  - **Aufbau der Lehrveranstaltung:**
    - **Inputphase**, d.h. 10-15 Minuten Vortrag
    - **Aktivierungsphase** (Dauer ca. 10-15 Minuten), d.h.
      - Stellen einer ARS-Frage
      - Bearbeitung der Frage durch die Lernenden
      - Antwort wird in Abstimmungsgerät (z.B. Smartphone) eingegeben
      - Rückmeldung des Abstimmungsergebnisses = Feedback
      - Besprechung der Antworten => Diskussion regt kritisches Denken an
      - Zusammenfassen der zentralen Ergebnisse am Ende der Diskussion
- => In einem Zeitraum von 50 Minuten sollten 2-5 Fragen gestellt werden!**



### 2. Anwendungsempfehlungen

- Einsatz im **Blended Learning** Design
  - d.h. reine Wissensvermittlung wird größtenteils in Online-Selbstlernphasen verlagert, in der Präsenzlehre werden die Lerninhalte mit ARS-Fragen tiefgehend bearbeitet
- **Balance** zwischen **Input- und Aktivierungsphasen** (ARS-Fragen) halten
- genügend **Zeit** in der Lehrveranstaltung **einplanen**
  - **Anwendung** und anschließende **Diskussion** der Fragen mit Lernenden
- Lehrende sollten bereit sein, ihre **Lehrveranstaltungen** auf Basis der Abstimmungsergebnisse **anzupassen**

# ARS

## Audience Response Systeme

### 3. Stärken & Schwächen der Methode



- besonders gut für **große Gruppen von Lernenden** geeignet (15-200 Studierende), z.B. in Vorlesungen
  - **Förderung der Interaktion** zwischen Lernenden untereinander sowie zwischen Lernenden und Lehrenden
- verbessert die **Lernatmosphäre** und **fördert Diskussionen**
- Methode hilft, **passives in aktives Lernen** umzuwandeln
  - alle Studierenden sind dazu aufgerufen, sich mit der aufgeworfenen Frage zu befassen
- Evaluation der Lehrveranstaltung
  - Lehrperson & Lernende erhalten Einblick in Wissensstand (**Verständnisprüfung**)
  - Lehrperson kann auf die Ergebnisse reagieren und **Anpassungen** der Lehrveranstaltung vornehmen
- **Anonymität** der Abstimmung => hohe Abstimmungsbeteiligung
- Fragen von Lernenden können via ARS an Gruppe weitergegeben werden
- Lehrpersonen treten als **Mentor/innen**, nicht als Vortragende auf



- **Mehraufwand** für das Generieren der Fragen
- **Skepsis der Studierenden** gegenüber neuer Methode
- Generieren von geeigneten ARS-Fragen **erfordert Übung**

### 4. Förderliche Faktoren für die Nutzung der Methode



- **Schulung** der Lehrenden im Umgang mit ARS
- Studierenden **Zielsetzung** der Methode **erklären**
- **Instruktion** der Studierenden in die Methode
- Durchführen von **Probeabstimmungen** und **Testen der Technik**
- **Sammeln von „guten“ ARS-Fragen** an der Fakultät

#### Literatur:

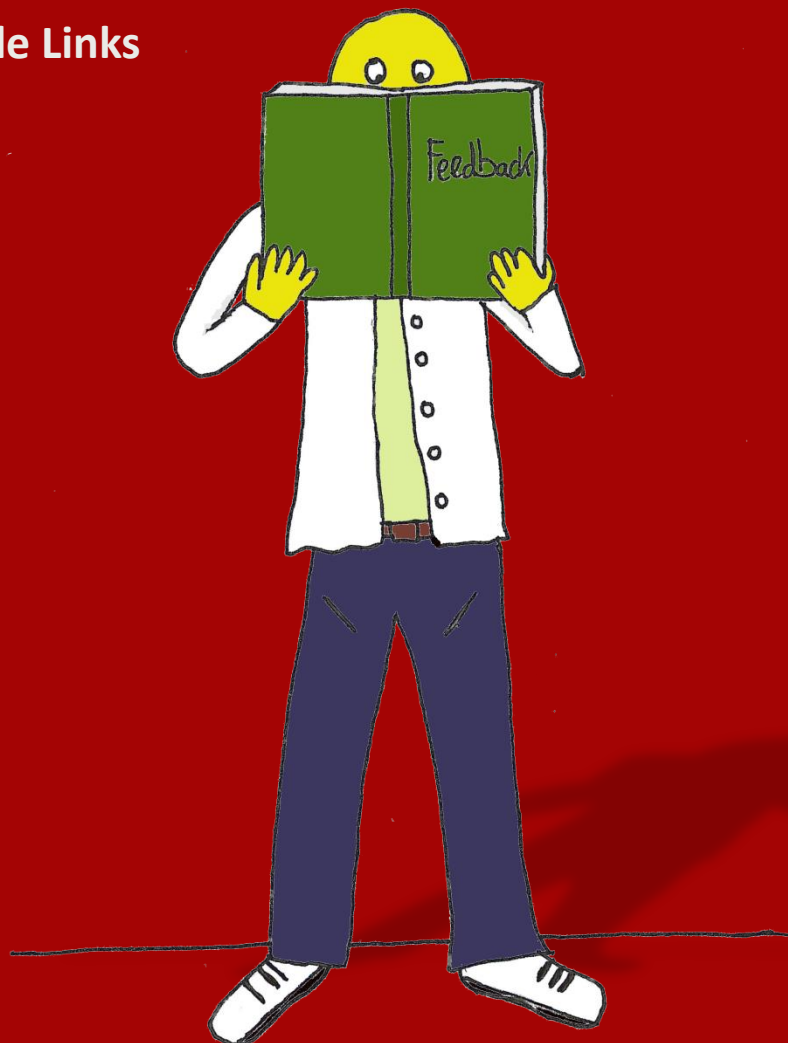
Uhari et al. 2003; Caldwell 2007; Kay/LeSage 2009; Robertson 2009; Salzer 2018

# Weitere Informationen

## Weiterführende Literatur

Kompetenzen  
Kommunikationsmodelle  
Feedback allgemein  
Peerfeedback  
Multi-Source-Feedback  
Checklisten  
Video-Feedback  
ARS

## Weiterführende Links



# Weiterführende Literatur

## Kompetenzen

- Albanese M, Mejicano G, Gruppen L. Competency-Based Medical Education. A Defense Against the Four Horsemen of the Medical Education Apocalypse. *Academic Medicine*. 2008; 83(12): 1132–9. DOI: 10.1097/ACM.0b013e31818c6638.
- Brightwell A, Grant J. Competency-based training: who benefits?, *Postgrad Med J*. 2012; 89: 107-110. DOI: 10.1136/postgradmedj-2012-130881.
- Epstein RM, Hundert EM. Defining and Assessing Professional Competence. *JAMA*. 2002; 287(2):226–235. DOI: 10.1001/jama.287.2.226.
- Frank JR, Snell LS, Olle Ten C, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, Harris P, Glasgow NJ, Campbell C, Dath D, Harden RM, Iobst W, Long DM, Mungroo R, Richardson DL, Sherbino J, Silver I, Taber S, Talbot M, Harris KA. Competency-based medical education: theory to practice. *Medical Teacher*. 2010; 32(8):638–645. DOI: 10.3109/0142159X.2010.501190.
- Hechenleiter A. Kompetenz... mehr als nur Wissen! Informationsblatt. München: Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung; April 2006.
- Iobst WF, Sherbino J, Cate OT, Richardson DL, Dath D, Swing SR, Harris P, Mungroo R, Holmboe ES, Frank JR. Competency-based medical education in postgraduate medical education. *Medical Teacher*. 2010; 32(8) :651–656. DOI: 10.3109/0142159X.2010.500709.
- Klieme E, Avenarius H, Blum W, Döbrich P, Gruber H, Prenzel M, Reiss K, Riquarts K, Rost J, Tenorth HE, Vollmer HJ. *Bildungsforschung Band 1. Zur Entwicklung nationaler Bildungsstandards. Eine Expertise.* Bundesministerium für Bildung und Forschung, Hrsg. Bonn/Berlin; 2007.
- 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; 2008: 11–29.
- Klieme E, Leutner D. Kompetenzmodelle zur Erfassung individueller Lernergebnisse und zur Bilanzierung von Bildungsprozessen. Überarbeitete Fassung des Antrags an die DFG auf Einrichtung eines Schwerpunktprogramms. Duisburg-Essen; 2006. Zugänglich unter: <http://kompetenzmodelle.dipf.de/pdf/rahmenantrag>.



# Weiterführende Literatur

## Kompetenzen

- Thumser-Dauth K, Öchsner W. Schlüsselqualifikationen inklusive: Entwicklung kompetenzorientierter Curricula. Curriculumsentwicklung am Beispiel des Studiengangs Humanmedizin. Neues Handbuch Hochschullehre Lehren und Lernen effizient gestalten. Berlin u.a.: Raabe; 2008.
- Weinert, FE. Concepts of Competence. Max Planck Institute for Psychological Research. München; 1999.

## Kommunikationsmodelle

- Fengler J. Feedback geben. Strategien und Übungen. 3. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag; 2004.
- Luft J: Einführung in die Gruppendynamik. Stuttgart: Klett; 1970.
- Schulz von Thun F. Miteinander reden 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. 49. Auflage. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 1981.

## Feedback allgemein

- Archer JC. State of the science in health professional education: effective feedback. Medical Education. 2010; 40(1): 101-108. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2009.03546.x.
- Bienstock JI, Katz NT, Cox SM, Hueppchen N, Erickson S, Puscheck EE. To the point: medical education reviews – providing feedback. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2007; 196(6): 508-513. DOI: 10.1016/j.ajog.2006.08.021.
- Boehler ML, Rogers DA, Schwind C, Mayforth R, Qhin J, Williams RG, Dunnington G. An investigation of medical student reactions to feedback: a randomised controlled trial. Medical Education. 2006; 40(8): 746-749. DOI: 10.1111/j.1365-2929.2006.02503.x.

# Weiterführende Literatur

## Feedback allgemein

- Bose MM, Gijsselaers WH. Why supervisors should promote feedback-seeking behaviour in medical residency. *Medical Teacher*. 2013; 35(11): 1573-83. DOI: 10.3109/0142159X.2013.803059.
- Cantillon P, Sargeant J. Teaching Rounds. Giving Feedback in clinical Settings. *BMJ*. 2008; 337: 1292-1294. DOI: 10.1136/bmj.a1961.
- Carr S. The Foundation Programme assessment tools: an opportunity to enhance feedback to trainees? *Postgraduate medical journal*. 2006; 82(971): 576-579: DOI: 10.1136/pgmj.2005.042366.
- Chowdhury RR, Kalu G. Learning to give feedback in medical education. *The Obstetrician & Gynaecologist*. 2004; 6(4): 243-247. DOI: 10.1576/toag.6.4.243.27023.
- Dekker H, Schonrock-Adema J, Snoek JW, van der Molen T, Cohen-Schotanus J. Which characteristics of written feedback are perceived as stimulating students' reflective competence: an exploratory study. *BMC Medical Education*. 2013; 13: 94-101. DOI: 10.1186/1472-6920-13-94.
- Delva D, Sargeant J, Miller S, Holland J, Alexiadis Brown P, Leblanc C, Lightfoot K, Mann K. Encouraging residents to seek feedback. *Medical Teacher*. 2013; 35(12): 1625-1631. DOI: 10.3109/0142159X.2013.806791.
- Elnicki DM, Layne RD, Ogden PE, Morris DK. Oral Versus Written Feedback in Medical Clinic. *Journal of General Internal Medicine*. 1998; 13(3): 155-158. DOI: 10.1046/j.1525-1497.1998.00049.x.
- Ende J. Feedback in Clinical Medical Education. *JAMA*. 1983; 250(6): 777-781. doi:10.1001/jama.1983.03340060055026.
- Fabry G. *Medizindidaktik. Ein Handbuch für die Praxis*. 1. Aufl. Bern: Huber; 2008.
- Fengler J. Feedback als Interventions-Methode. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*. 2010; 41(1): 5-20. DOI: 10.1007/s11612-010-0100-0.
- Gil DH, Heins M, Jones PB. Perceptions of medical school faculty members and students on clinical clerkship feedback. *Journal of medical education*. 1984; 59(11): 856-864. PMID: 6492102.

# Weiterführende Literatur

## Feedback allgemein

- Goetz D, Reinhardt E. Führung: Feedback auf Augenhöhe. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2017. DOI: 10.1007/978-3-658-15731-9.
- Greif R, Breckwoldt J. Warum lebenslanges Lernen ohne effektives Feedback nicht wirkungsvoll ist. Vom „Feedback“ zum „Feedforward“. Notfall + Rettungsmedizin. 2012; 15(3): 193-197. DOI: 10.1007/s10049-011-1518-9.
- Hattie J, Timperley H. The Power of Feedback. Review of Educational Research. 2007; 77(1): 81-112. DOI: 10.3102/003465430298487.
- Hesketh EA, Laidlaw JM. Developing the teaching instinct, 1: feedback. Medical Teacher. 2002; 24(3): 245-248. DOI: 10.1080/014215902201409911.
- Hewson MG, Little ML. Giving Feedback in Medical Education. Verification of Recommended Techniques. J Gen Intern Med. 1998; 13(2): 111-116. DOI: 10.1046/j.1525-1497.1998.00027.x.
- London M. Job Feedback: Giving, seeking and using Feedback for performance improvement. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates; 1997.
- Nicholson S, Cook V, Naish J, Boursicot K. Its importance in developing medical students' clinical practice. The Clinical Teacher. 2008; 5(3): 163-166. DOI: 10.1111/j.1743-498X.2008.00231.x.
- Norcini JJ, Burch VC. Workplacebased assessment as an educational tool. In: Gibbs T, ed. AMEE Guides. Dundee: Association for Medical Education in Europe 2008.
- Quilligan S. Communication skills teaching: the challenge of giving effective feedback. The Clinical Teacher. 2007; 4(2): 100-105. DOI: doi.org/10.1111/j.1743-498X.2007.00154.x.
- Stone A. Online assessment: what influences students to engage with feedback? The Clinical Teacher. 2014; 11(4): 284-289. DOI: 10.1111/tct.12158.
- Van de Ridder JMM, Peters CMM, Stokking KM, de Ru JA, ten Cate OTJ. Framing of feedback impacts student's satisfaction, self-efficacy and performance. Advances in health sciences education : theory and practice. 2015; 20(3): 803-816. DOI: 10.1007/s10459-014-9567-8.

# Weiterführende Literatur

## Feedback allgemein

- van de Ridder JMM, Stokking KM, McGaghie WC, ten Cate OT. What is feedback in clinical education? *Medical Education*. 2008; 42(2): 189-197. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2007.02973.x.
- Veloski J, Boex JR, Grasberger MJ, Evans A, Wolfson DB. Systematic review of the literature on assessment, feedback and physicians' clinical performance: BEME Guide No. 7. *Medical Teacher*. 2006; 28(2): 117-128. DOI: 10.1080/01421590600622665.
- Weaver MR. Do Students Value Feedback? Student Perceptions of Tutors' Written Responses. *Assessment & Evaluation in Higher Education*. 2006; 31(3): 379-394. DOI: 10.1080/02602930500353061.

## Peerfeedback

- Arnold L, Shue CK, Kalishman S, Prislin M, Pohl C, Pohl H, Stern DT. Can there be a single system for peer assessment of professionalism among medical students? A multi-institutional study. *Academic Medicine*. 2007; 82(6): 578-586. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3180555d4e.
- Burgess A, Mellis C. Receiving feedback from peers: medical students' perceptions. *The Clinical Teacher*. 2015; 12(3): 203-207. DOI: 10.1111/tct.12260.
- Cushing A, Abbott S, Lothian D, Hall A, Westwood OMR. Peer feedback as an aid to learning--what do we want? Feedback. When do we want it? Now! *Medical Teacher*. 2011; 33(2): 105-112. DOI:10.3109/0142159X.2011.542522.
- Gielen S, Peeters E, Dochy F, Onghena P, Struyven K. Improving the effectiveness of peer feedback for learning. *Learning and Instruction*. 2010; 20(4): 304-315. DOI: 10.1016/j.learninstruc.2009.08.007.
- Gukas ID, Miles S, Heylings DJ, Leinster SJ. Medical students' perceptions of peer feedback on an anatomy student-selected study module. *Medical Teacher*. 2008; 30(8): 812-814. DOI: 10.1080/01421590802262070.

# Weiterführende Literatur

## Peerfeedback

- Norcini JJ. Peer assessment of competence. *Medical Education*. 2003; 37(6): 539-534. DOI: 10.1046/j.1365-2923.2003.01536.x.
- Snyderman L, Chandler D, Rencic J, Yung-Chi S. Peer observation and feedback of resident teaching. *The Clinical Teacher*. 2013; 10(1): 9-14. DOI: 10.1111/j.1743-498X.2012.00591.x.
- Topping K. Peer Assessment Between Students in Colleges and Universities. *Review of Educational Research*. 1998; 68(3): 249-276. DOI: 10.3102/00346543068003249.
- Van Schaik SM, Regehr G, Eva KW, Irby DM, O'Sullivan PS. Perceptions of Peer-to-Peer Interprofessional Feedback Among Students in the Health Professions. *Academic Medicine*. 2016; 91(6): 807-812. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000981.

## Multi-Source-Feedback

- Abdulla A. A critical analysis of mini peer assessment tool (mini-PAT). *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2008; 101(1): 22-26. DOI: 10.1258/jrsm.2007.070077.
- Archer J, Norcini JJ, Southgate L, Heard S, Davies H. mini-PAT (Peer Assessment Tool): a valid component of a national assessment programme in the UK? *Advances in health sciences education: theory and practice*. 2008; 13(2): 181-192. DOI: 10.1007/s10459-006-9033-3.
- Davies H, Archer J. Multi source feedback: development and practical aspects. *The Clinical Teacher*. 2005; 2(2): 77-81. DOI: 10.1111/j.1743-498X.2005.00064.x.
- Moonen-van Loon JMW, Overeem K, Govaerts MJB, Verhoeven BH, van der Vleuten CPM, Driessen EW. The reliability of multisource feedback in competency-based assessment programs: the effects of multiple occasions and assessor groups. *Academic Medicine*. 2015; 90(8): 1093-1099. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000763.
- Overeem K, Wollersheim H, Driessen E, Lombarts K, van de Ven G, Grol R, Onyebuchi A. Doctors' perceptions of why 360-degree feedback does (not) work: a qualitative study. *Medical Education*. 2009; 43(9): 874-882. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2009.03439.x.

# Weiterführende Literatur

## Multi-Source-Feedback

- Patel JP, West D, Bates IP, Eggleton AG, Davies G. Early experiences of the mini-PAT (Peer Assessment Tool) amongst hospital pharmacists in South East London. *International Journal of Pharmacy Practice*. 2009; 17(2): 123-126. DOI: 10.1211/ijpp/17.02.0008.
- Rodgers KG, Manifold C. 360-degree Feedback: Possibilities for Assessment of the ACGME Core Competencies for Emergency. *Academic Emergency Medicine*. 2002; 9(11): 1300-1303. DOI: 10.1197/aemj.9.11.1300.
- Sargeant J, Mann K, Ferrier S. Exploring family physicians' reactions to multisource feedback: perceptions of credibility and usefulness. *Medical Education*. 2005; 39(5): 497-504. DOI: 10.1111/j.1365-2929.2005.02124.x.
- Sargeant J, Mann K, Sinclair D, van der Vleuten C, Metsemakers J. Challenges in multisource feedback: intended and unintended outcomes. *Medical Education*. 2007; 41(6): 583-591. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2007.02769.x.
- Sargeant J, Mann K, Sinclair D, van der Vleuten C, Metsemakers J. Understanding the influence of emotions and reflection upon multi-source feedback acceptance and use. *Advances in health sciences education*. 2008; 13(3): 275-288. DOI: 10.1007/s10459-006-9039-x.
- ten Cate O, Sargeant J. Multisource feedback for residents: how high must the stakes be? *Journal of graduate medical education*. 2011; 3(4): 453-455. DOI: 10.4300/JGME-D-11-00220.1.
- Violato C, Lockyer JM, Fidler H. Changes in performance: a 5-year longitudinal study of participants in a multi-source feedback programme. *Medical Education*. 2008; 42(10): 1007-1013. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2008.03127.x.
- Wood L, Hassell A, Whitehouse A, Bullock A, Wall D. A literature review of multi-source feedback systems within and without health services, leading to 10 tips for their successful design. *Medical Teacher*. 2006; 28(7): 185-191. DOI: 10.1080/01421590600834286.

# Weiterführende Literatur

## Checklisten

- Berendonk C, Beyeler C, Westkämper R, Giger M. Strukturiertes Feedback in der ärztlichen Weiterbildung: Mini-CEX und DOPS. Schweizerische Ärztezeitung. 2008; 89: 1337-40.
- Holmboe ES, Yepes M, Williams F, Huot SJ. Feedback and the mini clinical evaluation exercise. Journal of general internal medicine. 2004; 19(5): 558-561. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2004.30134.x.
- Holmboe ES, Huot S, Chung J, Norcini JJ, Hawkins RE. Construct Validity of the MiniClinical Evaluation Exercise (MiniCEX). Academic Medicine. 2003; 78(8): 826-830. DOI: 10.1097/00001888-200308000-00018.
- Kogan JR, Bellini LM, Shea JA. Feasibility, Reliability, and Validity of the Mini-Clinical Evaluation Exercise (mCEX) in a Medicine Core Clerkship. Academic Medicine. 2003; 78(10): S33-S35. DOI: 10.1097/00001888-200310001-00011.
- Kogan JR, Conforti LN, Bernabeo E. Faculty staff perceptions of feedback to residents after direct observation of clinical skills. Medical Education. 2012; 46(2). 201-215. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2011.04137.x.
- Kogan JR, Hauer KE. Brief report: Use of the mini-clinical evaluation exercise in internal medicine core clerkships. Journal of general internal medicine. 2006; 21 (5): 501-502. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2006.00436.x.
- Kogan J, Shea JA. Implementing feedback cards in core clerkships. Medical Education. 2008; 42(11): 1071-1079. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2008.03158.x.
- Malhotra S, Hatala R, Courneya C. Internal medicine residents' perceptions of the Mini-Clinical Evaluation Exercise. Medical Teacher. 2008; 30(4); 414-419. DOI: 10.1080/01421590801946962.



# Weiterführende Literatur

## Checklisten

- Montagne S, Jucker-Kupper P, Berendonk C, Beyeler C, Giger M. Drei Jahre Erfahrung mit Arbeitsplatzbasiertem Assessment(Mini-CEX und DOPS) in der ärztlichen Weiterbildung. Schweizerische Ärztezeitung. 2010; 91(4): 109-111.
- Montagne S, Kurmann J, Beyeler C, Bauer W. Einführung des Arbeitsplatz-basierten Assessments (AbA) durch die Fachgesellschaften. Schweizerische Ärztezeitung. 2013; 94(6): 207-210.
- Norcini JJ. The Mini Clinical Evaluation Exercise (mini-CEX). Clinical Teacher. 2005; 2(1). DOI: 10.1111/j.1743-498X.2005.00060.x.
- Norcini JJ, Blank LL, Arnold GK, Kimball HR. The mini-CEX (clinical evaluation exercise): a preliminary investigation. Annals of internal medicine. 1995; 123(10): 795-799. DOI: 10.7326/0003-4819-123-10-199511150-00008.
- Norcini JJ, Blank LL, Duffy FD, Fortna GS. The Mini-CEX. A Method for Assessing Clinical Skills. Annals of Internal Medicine. 2003; 138(6): 476-481. DOI: 10.7326/0003-4819-138-6-200303180-00012.
- Ozuah P, Reznik M, Greenberg L. Improving medical student feedback with a clinical encounter card. Ambulatory pediatrics. 2007; 7(6): 449-452. DOI: 10.1016/j.ambp.2007.07.008.
- Paukert JL, Richards ML, Olney C. An encounter card system for increasing feedback to students. The American Journal of Surgery. 2002; 183(3): 300-304. DOI: 10.1016/S0002-9610(02)00786-9.
- Profanter C, Perathoner A. DOPS (Direct Observation of Procedural Skills) in undergraduate skills-lab: Does it work? Analysis of skills-performance and curricular side effects. GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung. 2015; 32(4) DOI: 10.3205/zma000987.



# Weiterführende Literatur

## Video-Feedback

- Backstein D, Agnidis Z, Regehr G, Reznick R. The effectiveness of video feedback in the acquisition of orthopedic technical skills. *American journal of surgery*. 2004; 187(3): 427-432. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2003.12.011.
- Beckman HB, Frankel RM. The use of videotape in internal medicine training. *Journal of General Internal Medicine*. 1994; 9(9): 517-521. DOI: 10.1007/BF02599224.
- Calhoun JG, Woolliscroft JO, ten Haken JD, Love SJ, Boxer GJ. Using Videotape to Evaluate Medical Students' Physical Examination Skills. *Medical Teacher*. 2009; 9(4): 367-372. DOI: 10.3109/01421598609028995.
- Fukkink RG, Trienekens N, Kramer LJC. Video Feedback in Education and Training: Putting Learning in the Picture. *Educational Psychology Review*. 2011; 23(1): 45-63. DOI: 10.1007/s10648-010-9144-5.
- Hammoud MM, Morgan HK, Edwards ME, Lyon JA, White C. Is video review of patient encounters an effective tool for medical student learning? A review of the literature. *Advances in medical education and practice*. 2012; 3: 19-30. DOI: 10.2147/AMEP.S20219.
- Hargie ODW, Morrow NC. Using Videotape in Communication Skills Training: A critical evaluation of the process of self-viewing. *Medical Teacher*. 2009; 8(4): 359-365. DOI: 10.3109/01421598609028994.
- Lindon-Morris E, Laidlaw A. Anxiety and self-awareness in video feedback. *The Clinical Teacher*. 2014; 11(3): 174-178. DOI: 10.1111/tct.12103.
- Maloney S, Paynter S, Storr M, Morgan P. Implementing student self-video of performance. *The Clinical Teacher*. 2013; 10(5): 323-327. DOI: 10.1111/tct.12027.
- Mills GE, Pace RW. What Effects Do Practice and Video Feedback Have on the Development of Interpersonal Communication Skills? *Journal of Business Communication*. 1989; 26(2): 159-176. DOI: 10.1177/002194368902600205.
- Steinert Y. Twelve tips for using videotape reviews for feedback on clinical performance. *Medical Teacher*. 2009; 15(2-3): 131-139. DOI: 10.3109/01421599309006706.

# Weiterführende Literatur

## ARS

- Alexander CJ, Crescini WM, Juskewitch JE, Lachman N, Pawlina W. Assessing the integration of audience response system technology in teaching of anatomical sciences. *Anatomical Science Education*. 2009; 2(4): 160–166. DOI: 10.1002/ase.99.
- Caldwell JE. Clickers in the Large Classroom. *Current Research and Best-Practice Tips. Cell Biology Education*. 2007; 6(1): 9–20. DOI: 10.1187/cbe. 06-12-0205.
- Edens KM. The Interaction of Pedagogical Approach, Gender, Self-Regulation, and Goal Orientation Using Student Response System Technology. *Journal of Research on Technology in Education* 2008; 41(2): 161–177. DOI: 10.1080/15391523.2008.10782527.
- Fies C, Marshall J. Classroom Response Systems. A Review of the Literature. *Journal of Science. Education and Technology*. 2006; 15(1): 101–109. DOI: 10.1007/s10956-006-0360-1.
- Kay RH, LeSage A. A strategic assessment of audience response systems used in higher education. *Australasian Journal of Educational Technology*. 2009; 25(2): 235–249.
- Pradhan A, Sparano D, Cande VA. The influence of an audience response system on knowledge retention. An application to resident education. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2005; 193(5): 1827–1830. DOI: 10.1016/j.ajog.2005.07.075.
- Robertson LJ. Twelve tips for using a computerised interactive audience response system. *Medical Teacher*. 2009; 22(3): 237–239. DOI: 10.1080/01421590050006179.
- Salzer R. Smartphones as audience response systems for lectures and seminars. *Analytical and bioanalytical chemistry*. 2018; 410(6): 1609-1613. DOI: 10.1007/s00216-017-0794-8.
- Uhari M, Renko M, Soini H. Experiences of using an interactive audience response system in lectures. *BMC Medical Education*. 2003; 3(1): DOI: 10.1186/1472-6920-3-12.

# Weiterführende Links

## Information PJ-Logbuch & Feedbackregeln

Was bringt mir die Nutzung von Logbüchern im PJ? Wie gebe ich richtig Feedback? Wie sollte ich mich verhalten, wenn mir jemand Feedback gibt? Diese Fragen werden in Kürze auf den handlichen postkartengroßen Informationskarten zu PJ-Logbuch und Feedback beantwortet.

Darüber hinaus verweisen die Karten auf Links mit weiterführenden Informationen. Die Karten gibt es jeweils angepasst für die **Zielgruppen Lehrende und Studierende**.

### Lehrende:

- <http://www.medstudek.uni-freiburg.de/studienganguebergreifende-bereiche/kompetenzzentrum/bmbf-verbundprojekt-merlin/pj-feedback-karte-fuer-lehrende>

### Studierende:

- <http://www.medstudek.uni-freiburg.de/studienganguebergreifende-bereiche/kompetenzzentrum/bmbf-verbundprojekt-merlin/pj-feedback-karte-fuer-studierende>

## Manual für PJ-Betreuende

Das Manual für PJ-Betreuende wurde von den fünf Medizinischen Fakultäten in Baden-Württemberg erstellt. Es umfasst Informationen zu Ablauf und Organisation des Praktischen Jahres, Rechten und Pflichten von PJ-Betreuenden und -Studierenden, Lehrgelegenheiten im PJ und Grundlagen des Unterrichts. Auch das Geben von Feedback wird thematisiert.

- [http://www.merlin-bw.de/uploads/media/PJ-Betreuer-Manual\\_2015\\_final\\_02.pdf](http://www.merlin-bw.de/uploads/media/PJ-Betreuer-Manual_2015_final_02.pdf)

# Weiterführende Links

## Reader: Präsenzlehre interaktiv gestalten mit ARS

Vom Kompetenzzentrum Evaluation in der Medizin Baden-Württemberg in Freiburg wurde ein Reader erstellt, der eine Einführung zu Audience Response Systemen und praktische Anwendungstipps gibt:

- <http://www.medstudek.uni-freiburg.de/studienganguebergreifende-bereiche/elearning-1/content/ars-reader-pdf>

## Bewertungsbögen & Checklisten

Im Folgenden finden Sie Links zu weiteren beispielhaften Vorlagen für Fragebögen und Checklisten, mit denen Leistungen von Lernenden bewertet werden können. Diese dienen auch als Vorlage zur Erstellung der in diesem Handbuch aufgeführten Beispiele.

- 360°-Feedback
  - <https://www.iscp.ac.uk/static/public/MSFJul2015.pdf>
- DOPS
  - <http://www.wessexdeanery.nhs.uk/pdf/DOPS%202010.pdf>
  - [https://www.racp.edu.au/docs/default-source/default-document-library/direct-observation-of-procedural-skills-rating-form.pdf?sfvrsn=b05b2d1a\\_4](https://www.racp.edu.au/docs/default-source/default-document-library/direct-observation-of-procedural-skills-rating-form.pdf?sfvrsn=b05b2d1a_4)
- Mini-CEX
  - <https://www.abim.org/~media/ABIM%20Public/Files/pdf/paper-tools/mini-cex.pdf>
  - [https://www.fmh.ch/files/pdf16/paedchir\\_ab\\_mcex\\_2014\\_de.pdf](https://www.fmh.ch/files/pdf16/paedchir_ab_mcex_2014_de.pdf)
  - [https://www.fmh.ch/files/pdf15/angio\\_ab\\_mcex\\_2014\\_de.pdf](https://www.fmh.ch/files/pdf15/angio_ab_mcex_2014_de.pdf)
  - [https://www.uniklinikum-jena.de/studiendekanat\\_media/Downloads\\_%C3%B6ffentlich/Medizin/Semesterunabh%C3%A4ngig/PJ\\_/2018\\_06\\_25\\_Mini%20CEX-p-15306.pdf](https://www.uniklinikum-jena.de/studiendekanat_media/Downloads_%C3%B6ffentlich/Medizin/Semesterunabh%C3%A4ngig/PJ_/2018_06_25_Mini%20CEX-p-15306.pdf)
  - [http://aba.iml.unibe.ch/\\_docs/bp/blockpraktika\\_info\\_aba.pdf](http://aba.iml.unibe.ch/_docs/bp/blockpraktika_info_aba.pdf)
  - [https://www.racp.edu.au/docs/default-source/default-document-library/bt-mini-cex-form.pdf?sfvrsn=acd8341a\\_8](https://www.racp.edu.au/docs/default-source/default-document-library/bt-mini-cex-form.pdf?sfvrsn=acd8341a_8)

# Weiterführende Links

## Bewertungsbögen & Checklisten

- Mini-CEX & DOPS
  - [https://www.fmh.ch/files/pdf15/derma\\_abf\\_2014\\_de.pdf](https://www.fmh.ch/files/pdf15/derma_abf_2014_de.pdf)
  - <https://www.fmh.ch/files/pdf16/geriatrie-deutsch.pdf>
- Clinical Encounter Cards
  - Paukert JL, Richards ML, Olney C. An encounter card system for increasing feedback to students. The American Journal of Surgery. 2002; 183(3): 300-304. DOI: 10.1016/S0002-9610(02)00786-9.
    - <https://ars.els-cdn.com/content/image/1-s2.0-S0002961002007869-gr1.gif>

## Verwendete Icons

- „dokument\_73584“ von Freepik unter der Lizenz CC0 via flaticon.
- „conversation\_129667“ von Freepik unter der Lizenz CC0 via flaticon.
- „thumb-up\_20664“ von Freepik unter der Lizenz CC0 via flaticon.
- „group-of-people\_65981“ von Freepik unter der Lizenz CC0 via flaticon
- „ipad-grip-between-two-hands\_36176“ von Freepik unter der Lizenz CC0 via flaticon.
- „checklist-on-a-paper-with-a-pencil\_48746“ von Freepik unter der Lizenz CC0 via flaticon.
- „search\_565590“ von Google unter der Lizenz CC 3.0 BY. via flaticon.
- „examination\_162994“ von Freepik unter der Lizenz CC0 via flaticon
- „checklist-and-pencil\_79968“ von Freepik unter der Lizenz CC0 via flaticon.
- „reuse\_107790“ von Freepik unter der Lizenz CC0 via flaticon.
- „like\_309524“ von Freepik unter der Lizenz CC0 via flaticon.
- „man-thinking\_76818“ von Freepik unter der Lizenz CC0 via flaticon.
- „doctor\_90593“ von Freepik unter der Lizenz CC0 via flaticon.
- „communication\_838646“ von Freepik unter der Lizenz CC0 via flaticon.
- „video-camera\_686458“ von Good Ware unter der Lizenz CC0 via flaticon.
- „man-working-on-a-laptop-from-side-view\_49728“ von Freepik unter der Lizenz CC0 via flaticon.
- „flatscreen-tv\_31106“ von Freepik unter der Lizenz CC0 via flaticon.
- „multiple-users-silhouette\_33308“ von Freepik unter der Lizenz CC0 via flaticon.
- „group\_909286“ von Freepik unter der Lizenz CC0 via flaticon.
- „frage\_916861“ von Freepik unter der Lizenz CC0 via flaticon.
- „brainstorming\_253654“ von Freepik unter der Lizenz CC0 via flaticon.

# Evaluation

**Ihre Rückmeldung zum *Handbuch Feedback* ist uns wichtig!**

Um festzustellen, wie das Handbuch genutzt wird und um es ggf. zu optimieren, möchten wir Sie bitten, das Handbuch unter folgendem Link kurz zu evaluieren (Bearbeitungszeit ca. 5 Min):



<https://evaluation.uni-freiburg.de/evasys/online.php?p=S11KK>

# Impressum

BMBF-Projekt *MERLIN* – „Medical Education Research – Lehrforschung im Netz BW“

Kompetenzzentrum Evaluation in der Medizin, Baden-Württemberg, Freiburg  
Studiendekanat der Medizinischen Fakultät  
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Prof. Dr. Petra Hahn, MME

Leiterin des Kompetenzzentrums Evaluation in der Medizin, Baden-Württemberg, Freiburg

Telefon: +49 761 270-72430

petra.hahn@uniklinik-freiburg.de

Kevin Kunz, M.A.

Projektkoordinator

Telefon: +49 761 270-77890

kevin.kunz@uniklinik-freiburg.de

Breisacher Straße 153

79110 Freiburg

[www.medizinstudium.uni-freiburg.de](http://www.medizinstudium.uni-freiburg.de)

<https://www.medstudek.uni-freiburg.de/studienganguebergreifende-bereiche/kompetenzzentrum/bmbf-verbundprojekt-merlin/>

Das **Handbuch Feedback** in der aktuellen Version (Stand: Februar 2021) ist auf Anfrage auch in einer Papierversion erhältlich.

Alle verwendeten Icons wurden erstellt von Freepik via [www.flaticon.com](http://www.flaticon.com).

Dieses Handbuch wurde im Rahmen des BMBF-Projekts *MERLIN* vom Kompetenzzentrum Evaluation in der Medizin Baden-Württemberg, Freiburg entwickelt und steht unter der Lizenz CC BY-ND 3.0. Alle Logos und Zeichnungen stehen unter Copyright.







