

Beliefs for successful feedback communication

Michaela
Wagner-Menghin¹

¹ Medizinische Universität
Wien, Universitätsklinik für
Psychiatrie und
Psychotherapie, Klinische
Abteilung für
Sozialpsychiatrie, Wien,
Austria

Editorial

“You Think Failure Is Hard? So Is Learning From It” ([1], p.1511). Although we intuitively agree that we learn from successes and failures, we realize that the very experience of failure can be stressful. To learn from our failures, we need to become or be made aware by external feedback regarding the difference between the result of our actions and the objective performance standards that define *HOW* we act and our values and needs that determine *WHY* we act. In this context, the negative emotions triggered by failure are initially experienced as stressful, while these emotions also influence motivation and performance in further actions [2]. This can further increase the stress [1], especially if the request to analyze the failure makes it impossible to down-regulate negative emotions by distracting oneself, leaving the situation, or suppressing the expression of the reaction.

From the perspective of emotion and motivation psychology, the high emotional involvement in reflection on action arises because the metacognitive processing of the *HOW* simultaneously activates the self-related, more stressful metacognitions related to the *WHY* of the action. To remain capable of acting, i.e. to be able to optimize the *HOW* of action, negative emotions must be down-regulated [3], especially if they were triggered by self-related metacognitions.

Strategies for effective feedback communication that aim to activate as few self-related metacognitions as possible were proposed some time ago for both theoretical [4] and practical teaching in simulations [5] and in the workplace [6], as well as for works (e.g. scientific papers) [7], [8]. In addition to being “timely”, all approaches emphasize the principles of “action-guiding and/or knowledge-enhancing” and “respectful/open” as the basis for effective feedback communication. However, it is doubtful whether these strategies achieve the goal of preventing reflection at the self-level, which is responsible for negative emotions. A recent study on what health professions educators associate with the term feedback concludes

that although they are aware of the benefits of feedback for optimizing one’s actions, they mainly remember negative emotions in connection with giving and receiving feedback [9]. New strategies that make giving and receiving feedback more pleasant for all agents involved in the communication are therefore still needed to increase well-being in the context of education and work. Given the strong involvement of the self in the form of personal values and needs [10] in the development of negative emotions in the event of failure, it is important to cultivate values and needs in the self that make it easier for us to learn from failure. Three beliefs could be helpful for those giving and receiving feedback because the associated values and needs provide less cause for negative feelings to arise in the event of failure and make it easier to deal with them:

- *Skills develop incrementally in exchange with others:* Many small steps of individual and joint reflection of experienced result-standard discrepancy expand existing skills. The attitude of striving for continuous development protects against negative emotions or helps to overcome them in feedback communication [11].
- *Joint reflection on action or works triggers emotions in all participants:* Since reflection on action also activates reflection on the self, all participants must accept their own and others’ emotions in their respective professional roles. Learners are encouraged to develop a repertoire for dealing constructively with their reactions to critical feedback [11]. This encouragement is echoed by teachers whose role involves giving critical feedback. They need a repertoire for dealing constructively with their own and others’ reactions, possibly similar to the situation of giving bad news.
- *Emotion regulation is achieved by redirecting attention from the self to planning the action:* Strategies for distancing from the self include formulating the experience as a recommendation for future actions for oneself or other learners. Actively visualizing beneficial beliefs is also recommended [1].

The complex relationship between self-awareness, motivation, and performance makes it difficult to predict what internal and external feedback about success and failure will trigger in a person. Values and needs that protect the self from harm when experiencing and reflecting on failure can support learning from failure by facilitating acceptance of the outcome and emotions, as well as redirection of attention. Developing and evaluating training opportunities for these social skills is therefore an ongoing important task for medical and health professions training research.

As such, it is promising to see that two articles in this issue are dedicated to the topic of social skills training. A workshop with improvisational theater activities presented by Minow et al. [12] increases self-assessed competence for interprofessional teamwork and error management by establishing a no-blame culture. The helical, integrated, longitudinal communication curriculum with simulated patients comprising five terms presented in the evaluation study by Zerbini et al. [13] allows medical students to experience an increase in their competence and internalize the importance of empathic care for patients. The results of the pilot study by Knorr et al. [14] on the use of a Canadian Situational Judgment Test for applicants to German medical degree programs are interesting in the context of curriculum development. The test could be used in the future to evaluate interventions on training social skills.

Two studies in the current issue illustrate how important the learning environment is to live the belief that “skills develop incrementally in exchange with others”. The medical students in their practical year and doctors in training surveyed by Dronia et al. [15] on knowledge and skills in palliative care stated that they benefited most from practicing skills in small groups. The importance of integration into the working and learning community of a clinical team is shown by the results of Homberg et al. [16], who investigate the effect of experience in the surgical section of the internship year on the desire to begin surgical specialty training. Although male and female students reported a similar number of positive and negative experiences, the latter felt less well integrated into the work and the team and were less likely to choose surgical specialty training.

The notion that exchange and reflection also inspire development beyond skills training is illustrated by four papers in this issue. The academization of midwifery education prompts the DACH Association for Medical Education's (GMA) special interest group on Midwifery Sciences to advocate joint development of courses between the curriculum providers [17] and to reflect on the professional and educational consequences resulting from the competence objectives stated in the professional act [18]. An optimistic result of the work of Juschka et al. [19] in terms of exchange, cooperation and reflection is that there are already several offers for interprofessional education of students from midwifery and medical degree programs in DACH, in which students learn together. Finally, it is to be hoped that more curriculum providers will

decide to reflect on feedback on their curricula, as presented by Kunz et al. [20] Graduates of the Freiburg medical curriculum are asked for feedback 1.5 years after graduation on the applicability of what they have learned when entering the profession to inform modifications to the curriculum based on the needs of those entering the profession.

Many thanks to all authors for publicly reflecting on their successes and failures. Best wishes to all readers and future authors in receiving the findings and implementing new ideas.

Author's ORCID

Michaela Wagner-Menghin: [0000-0003-1645-7577]

Competing interests

The author declares that she has no competing interests.

References

1. Eskreis-Winkler L, Fishbach A. You Think Failure Is Hard? So Is Learning From It. *Perspect Psychol Sci.* 2022;17(6):1511-1524. DOI: 10.1177/17456916211059817
2. McConnell MM, Eva KW. The role of emotion in the learning and transfer of clinical skills and knowledge. *Acad Med.* 2012;87(10):1316-1322. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3182675af2
3. Kuhl J, Beckmann J. Volition and Personality: Action Versus State Orientation. Seattle u.a.: Hogrefe & Huber; 1994.
4. Hattie J, Timperley H. The power of feedback. *Review. Rev Educ Res.* 2007;77(1):81-112. DOI: 10.3102/003465430298487
5. Rudolph JW, Simon R, Raemer DB, Eppich WJ. Debriefing as formative assessment: closing performance gaps in medical education. *Acad Emerg Med.* 2008;15(11):1010-1016. DOI: 10.1111/j.1553-2712.2008.00248.x
6. Milne DL. Evidence-based clinical supervision: Principles and practice. Hoboken: Wiley-Blackwell; 2009. p.272-xi.
7. Azer SA, Ramani S, Peterson R. Becoming a peer reviewer to medical education journals. *Med Teach.* 2012;34(9):698-704. DOI: 10.3109/0142159X.2012.687488
8. Seeber M. How do journals of different rank instruct peer reviewers? Reviewer guidelines in the field of management. *Scientometrics.* 2020;122(3):1387-1405. DOI: 10.1007/s11192-019-03343-1
9. Alansari R, Lim PW, Ramani S, Palaganas JC. What do you think of when you hear the word 'feedback'? A reflective thematic analysis study of interviews. *Clin Teach.* 2024;21(3):e13696. DOI: 10.1111/tct.13696
10. Rogers CR, Rosenberg RL. Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit. 4. Auflage. Stuttgart: Klett Cotta; 2019.
11. Carless D, Boud D. The development of student feedback literacy: enabling uptake of feedback. *Ass Eval Higher Educ.* 2018; 43(8): 315-1325. doi:10.1080/02602938.2018.1463354
12. Minow A, Gandras K, Wagner J, Westermann J. Good ideas for teaching: Design and implementation of the communication workshop “me as team member” for third-year medical students. *GMS J Med Educ.* 2024;41(3):Doc25. DOI: 10.3205/zma001680

13. Zerbini G, Reicherts P, Reicherts M, Roob N, Schneider P, Dankert A, Greiner SK, Kadmon M, Lechner V, Roos M, Schimmel M, Strube W, Temizel S, Uhrmacher L, Kunz M. Communication skills of medical students: Evaluation of a new communication curriculum at the University of Augsburg. *GMS J Med Educ.* 2024;41(3):Doc26. DOI: 10.3205/zma001681
14. Knorr M, Mielke I, Amelung D, Safari M, Gröne OR, Breil SM, MacIntosh A. Measuring personal characteristics in applicants to German medical schools: Piloting an online Situational Judgement Test with an open-ended response format. *GMS J Med Educ.* 2024;41(3):Doc30. DOI: 10.3205/zma001685
15. Dronia MC, Dillen K, Elsner F, Schallenburger M, Neukirchen M, Hagemeyer A, Hamacher S, Doll A, Voltz R, Golla H. Palliative care education and knowledge transfer into practice – a multicenter survey among medical students and resident physicians in Germany using a mixed-methods design. *GMS J Med Educ.* 2024;41(3):Doc27. DOI: 10.3205/zma001682
16. Homberg A, Narciß E, Obertacke U, Schüttpeitz-Brauns K. Surgical experiences of final-year undergraduates and the impact on their career aspiration stratified by sex/gender. *GMS J Med Educ.* 2024;41(3):Doc28. DOI: 10.3205/zma001683
17. Plappert CF, Bauer NH, Dietz-Schwonberg K, Grieshop M, Kluge Bischoff A, Zyriax BC, Striebich S. Academic education of midwives in Germany (part 1): Requirements for bachelor of science programmes in midwifery education. Position paper of the Midwifery Science Committee (AHW) in the DACH Association for Medical Education (GMA). *GMS J Med Educ.* 2024;41(3):Doc33. DOI: 10.3205/zma001688
18. Striebich S, Bauer NH, Dietze-Schwonberg K, Grieshop M, Kluge-Bischoff A, Zyriax BC, Plappert CF. Academic training of midwives in Germany (part 2): Opportunities and challenges for the further development of the profession of midwifery. Position paper of the Midwifery Science Committee (AHW) in the DACH Association for Medical Education (GMA). *GMS J Med Educ.* 2024;41(3):Doc32. DOI: 10.3205/zma001687
19. Juschka ML, Agricolos CJ, Neumann FA, Mohr S, Zyriax B. C. Status quo of interprofessional education for midwifery and medical students in Germany, Austria, and Switzerland. *GMS J Med Educ.* 2024;41(3):Doc31. DOI: 10.3205/zma001686
20. Kunz K, Köpper H. Medical studies at the University of Freiburg in retrospect – study conditions, study quality and skills acquisition from the perspective of graduates. *GMS J Med Educ.* 2024;41(3):Doc29. DOI: 10.3205/zma001684

Corresponding author:

Assoc. Prof. Mag. Dr. Michaela Wagner-Menghin
 Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für
 Psychiatrie und Psychotherapie, Klinische Abteilung für
 Sozialpsychiatrie, Währinger Gürtel 18-20, A-1090 Wien,
 Austria
michaela.wagner-menghin@meduniwien.ac.at

Please cite as

Wagner-Menghin M. Beliefs for successful feedback
 communication. *GMS J Med Educ.* 2024;41(3):Doc34.
 DOI: 10.3205/zma001689, URN: urn:nbn:de:0183-zma0016895

This article is freely available from

<https://doi.org/10.3205/zma001689>

Received: 2024-05-16

Accepted: 2024-05-16

Published: 2024-06-17

Copyright

©2024 Wagner-Menghin. 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/>.

Glaubenssätze für erfolgreiche Feedbackkommunikation

Michaela
Wagner-Menghin¹

¹ Medizinische Universität
Wien, Universitätsklinik für
Psychiatrie und
Psychotherapie, Klinische
Abteilung für
Sozialpsychiatrie, Wien,
Österreich

Leitartikel

„You Think Failure Is Hard? So Is Learning From It.“ ([1], S.1511) Obwohl wir intuitiv zustimmen, dass wir aus Erfolgen und Misserfolgen lernen, stellen wir fest, dass gerade das Erleben von Misserfolg belastend sein kann. Möchten wir aus unseren Misserfolgen lernen, müssen wir die Differenz zwischen Handlungsergebnis und objektiven Leistungsstandards kennen, die das *WIE* das Handelns definieren, bzw. zwischen persönlichen Werten und Bedürfnissen, die das *WARUM* des Handelns bestimmen. Diese Differenz müssen wir selbst wahrnehmen, oder durch Feedback aufgezeigt bekommen. Belastend erlebt werden in diesem Zusammenhang zunächst einmal die durch den Misserfolg ausgelösten negativen Emotionen, zudem beeinflussen diese Emotionen die Motivation und Leistung bei weiteren Handlungen [2]. Dies kann die Belastung weiter erhöhen [1], vor allem, wenn die Aufforderung zur Analyse des Misserfolgs das Herabregulieren der negativen Emotionen durch Ablenkung, Verlassen der Situation oder Unterdrückung des Reaktionsausdrucks verunmöglicht.

Aus emotions- und motivationspsychologischer Perspektive entsteht die hohe emotionale Beteiligung bei der Handlungsreflexion, weil die metakognitive Verarbeitung des *WIE* von Misserfolg gleichzeitig auch die selbstbezogenen, belastenderen Metakognitionen zur Frage des *WARUM* des Handelns aktiviert. Um handlungsfähig zu bleiben, d. h. das *WIE* des Handelns zu optimieren, müssen negative Emotionen flexibel herabreguliert werden [3] vor allem, wenn sie durch selbstbezogene Metakognitionen ausgelöst wurden.

Strategien für effektive Feedbackkommunikation, die darauf abzielen, möglichst wenige selbstbezogene Metakognitionen zu aktivieren, sind vor längerer Zeit sowohl für theoretischen [4] und praktischen Unterricht in Simulationen [5] bzw. am Arbeitsplatz [6] als auch für die Arbeit an Werken (z. B. wissenschaftliche Arbeiten) [7], [8]

vorgeschlagen worden. Neben „zeitnah“, betonen alle Ansätze die Prinzipien „handlungsleitend und/oder wissenserweiternd“ und „respektvoll/offen“ als Grundlage für effektive Feedbackkommunikation. Ob das Ziel, die Reflexion auf der Selbstebene, welche für negative Emotionen verantwortlich ist, erst gar nicht auszulösen damit erreicht wird, ist jedoch anzuzweifeln. Eine rezente Studie zu Assoziation von im Gesundheitsbereich lehrenden Personen (health professions educators) zum Begriff Feedback kommt zu dem Schluss, dass diesen zwar der Nutzen von Feedback für Handlungsoptimierung präsent ist, sie im Zusammenhang mit dem Geben und Erhalten von Feedback indes dennoch vor allem negative Emotionen erinnern [9]. Neue Strategien, die Feedback geben und bekommen für beide an der Kommunikation beteiligten Personen angenehmer machen, sind zur Erhöhung des Wohlbefindens im Kontext von Ausbildung und Beruf also weiterhin gesucht. Angesichts der starken Beteiligung des Selbst in Form persönlicher Werte und Bedürfnisse [10] an der Entstehung negativer Emotionen bei Misserfolg gilt es, Werte und Bedürfnisse im Selbst zu pflegen, die uns das Lernen aus Misserfolg erleichtern. Drei Glaubenssätze können für Feedback-Gebende und -Bekommende hilfreich sein, weil die damit verbundenen Werte und Bedürfnisse insgesamt weniger Potenzial für das Entstehen negativer Gefühle bei Misserfolg bieten und den Umgang damit erleichtern.

- *Fertigkeit entwickelt sich inkrementell im Austausch mit anderen:* Viele kleine Schritte individueller und gemeinsamer Reflexion von erlebter Ergebnis-Standard-Diskrepanz erweitern bereits vorhandene Fertigkeiten. Die innere Haltung nach kontinuierlicher Entwicklung zu streben, schützt vor negativen Emotionen bzw. hilft bei deren Bewältigung in der Feedbackkommunikation [11].
- *Handlungs- oder Werkreflexion löst bei allen Beteiligten Emotionen aus.* Da Handlungsreflexion auch Selbstreflexion aktiviert, müssen alle Beteiligten in ihren jeweiligen professionellen Rollen eigene und fremde Emotionen akzeptieren. Lernende werden ermutigt,

sich ein Repertoire zum konstruktiven Umgang mit eigenen Reaktionen auf kritisches Feedback zu erarbeiten [11]. Diese Ermutigung ergeht sinngemäß an Lehrende, deren Rolle es beinhaltet, kritisches Feedback zu geben. Sie benötigen ein Repertoire zum konstruktiven Umgang mit eigenen und fremden Reaktionen, möglicherweise ähnlich der Situation des Übermittels schlechter Nachrichten.

- *Lenkung der Aufmerksamkeit vom Selbst auf den Handlungsplan erleichtert die Emotionsregulation.* Strategien zur Distanzierung vom Selbst umfassen z. B. das Erlebte als Empfehlung für zukünftige Handlungen für sich selbst oder für andere Lernende zu formulieren. Ebenso wird aktives Vergegenwärtigen förderlicher Glaubenssätze empfohlen [1].

Die komplexe Beziehung zwischen Selbsterleben, Motivation und Leistung machen es schwierig vorherzusagen, was Feedbackkommunikation in einem Menschen auslöst. Werte und Bedürfnisse, welche das Selbst vor Schaden beim Erleben und Reflektieren von Misserfolg schützen, können das Lernen unterstützen, indem sie das Annehmen des Handlungsergebnisses, das Akzeptieren der Emotionen und das Umlenken der Aufmerksamkeit erleichtern. Trainingsmöglichkeiten für diese sozialen Fertigkeiten zu entwickeln und zu evaluieren, ist daher eine anhaltend wichtige Aufgabe für die ärztliche und gesundheitsberufliche Ausbildungsforschung.

Und so ist es schön zu sehen, dass sich zwei Beiträge dieses Hefts dem Thema Training sozialer Fertigkeiten widmen: Ein von Minow et al. [12] vorgestellter Workshop mit Improvisationstheateraktivitäten erhöht die selbst eingeschätzte Kompetenz für interprofessionelle Teamarbeit und Fehlermanagement im Sinne einer no blame culture. Das helikale, integrierte, longitudinale Kommunikationscurriculum mit Simulationspatientinnen und -patienten über 5 Semester aus der Evaluationsstudie von Zerbini et al. [13] lässt Medizinstudierende einen Zuwachs ihrer Kompetenz erleben und die Bedeutung von empathischer Zuwendung zu Patientinnen und Patienten im Zeitverlauf internalisieren. Die Ergebnisse der Pilotstudie von Knorr et al. [14] zum Einsatz eines kanadischen Situationsbeurteilungstests bei Bewerbenden für deutsche Medizinstudiengänge sind auch im Kontext der Curriculumsentwicklung interessant. Der Test könnte in Zukunft zur Evaluation von Interventionen zum Training sozialer Kompetenzen eingesetzt werden.

Zwei weitere Arbeiten des aktuellen Heftes illustrieren, wie wichtig die Lernumgebung ist, um den Glaubenssatz „*Fertigkeit entwickelt sich inkrementell im Austausch mit anderen Üben*“ leben zu können: Die von Dronia et al. [15] zu Wissen und Fertigkeiten im Bereich Palliativmedizin befragten Medizinstudierenden im Praktischen Jahr und Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung gaben an, am meisten vom Üben von Fertigkeiten in der Kleingruppe zu profitieren. Die Bedeutung von Integration in die Arbeits- und Lerngemeinschaft eines klinischen Teams zeigen die Ergebnisse von Homberg et al. [16], welche dem Effekt der Erfahrung im chirurgischen Abschnitt des

Praktischen Jahres auf den Wunsch eine chirurgische Fachausbildung zu beginnen nachgehen. Obwohl männliche und weibliche Studierende über eine ähnliche Anzahl positiver und negativer Erfahrungen berichtet, fühlen sich letzte weniger gut in die Arbeit und ins Team integriert und entscheiden sich weniger oft für eine chirurgische Fachausbildung.

Dass Austausch und Reflexion auch jenseits von Fertigkeitenerwerb die Weiterentwicklung inspirieren, illustrieren vier Arbeiten des Heftes: Anlässlich der Akademisierung der Hebammenausbildung in Deutschland plädiert der Ausschuss Hebammenwissenschaften der Gesellschaft für medizinische Ausbildung (GMA) für eine Zusammenarbeit der einzelnen Studienstandorte in der Entwicklung des Lehrangebots [17] und reflektiert die fach- und bildungswissenschaftlichen Konsequenzen, welche sich aus den Kompetenzziele des deutschen Berufsgesetzes ergeben [18]. Ein im Sinne von Austausch und Reflexion erfreuliches Ergebnis der Arbeit von Juschka et al. [19] ist, dass es bereits mehrere Angebote für interprofessionelle Ausbildung von Studierenden aus hebammenwissenschaftlichen und medizinischen Studiengängen in der DACH-Region gibt, in denen gemeinsam gelernt wird. Abschließend bleibt zu hoffen, dass sich noch mehr Ausbildungsstandorte dazu entschließen, Feedback zu ihrem Angebot zu reflektieren, z. B. ähnlich wie von Kunz et al. [20] vorgestellt. Absolventinnen und Absolventen des Freiburger Medizincurriculums werden 1,5 Jahre nach Studienabschluss um Feedback zur Anwendbarkeit des Gelernten bei Berufseinstieg gebeten, um Modifikationen am Curriculum orientiert an den Bedürfnissen der Berufsanfänger:innen ausrichten zu können.

Vielen Dank allen Autorinnen und Autoren für das öffentliche Reflektieren Ihrer Erfolge und Misserfolge. Viel Erfolg allen Leser:innen und zukünftigen Autorinnen und Autoren bei der Rezeption der Erkenntnisse und der Umsetzung neuer Ideen.

ORCID der Autorin

Michaela Wagner-Menghin: [0000-0003-1645-7577]

Interessenkonflikt

Die Autorin erklärt, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel hat.

Literatur

1. Eskreis-Winkler L, Fishbach A. You Think Failure Is Hard? So Is Learning From It. *Perspect Psychol Sci.* 2022;17(6):1511-1524. DOI: 10.1177/17456916211059817
2. McConnell MM, Eva KW. The role of emotion in the learning and transfer of clinical skills and knowledge. *Acad Med.* 2012;87(10):1316-1322. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3182675af2

3. Kuhl J, Beckmann J. Volition and Personality: Action Versus State Orientation. Seattle u.a.: Hogrefe & Huber; 1994.
4. Hattie J, Timperley H. The power of feedback. Review. Rev Educ Res. 2007;77(1):81-112. DOI: 10.3102/003465430298487
5. Rudolph JW, Simon R, Raemer DB, Eppich WJ. Debriefing as formative assessment: closing performance gaps in medical education. Acad Emerg Med. 2008;15(11):1010-1016. DOI: 10.1111/j.1553-2712.2008.00248.x
6. Milne DL. Evidence-based clinical supervision: Principles and practice. Hoboken: Wiley-Blackwell; 2009. p.272-xi.
7. Azer SA, Ramani S, Peterson R. Becoming a peer reviewer to medical education journals. Med Teach. 2012;34(9):698-704. DOI: 10.3109/0142159X.2012.687488
8. Seeber M. How do journals of different rank instruct peer reviewers? Reviewer guidelines in the field of management. Scientometrics. 2020;122(3):1387-1405. DOI: 10.1007/s11192-019-03343-1
9. Alansari R, Lim PW, Ramani S, Palaganas JC. What do you think of when you hear the word 'feedback'? A reflective thematic analysis study of interviews. Clin Teach. 2024;21(3):e13696. DOI: 10.1111/tct.13696
10. Rogers CR, Rosenberg RL. Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit. 4. Auflage. Stuttgart: Klett Cotta; 2019.
11. Carless D, Boud D. The development of student feedback literacy: enabling uptake of feedback. Ass Eval Higher Educ. 2018; 43(8): 315-1325. doi:10.1080/02602938.2018.1463354
12. Minow A, Gandras K, Wagner J, Westermann J. Good ideas for teaching: Design and implementation of the communication workshop "me as team member" for third-year medical students. GMS J Med Educ. 2024;41(3):Doc25. DOI: 10.3205/zma001680
13. Zerbini G, Reicherts P, Reicherts M, Roob N, Schneider P, Dankert A, Greiner SK, Kadmon M, Lechner V, Roos M, Schimmel M, Strube W, Temizel S, Uhrmacher L, Kunz M. Communication skills of medical students: Evaluation of a new communication curriculum at the University of Augsburg. GMS J Med Educ. 2024;41(3):Doc26. DOI: 10.3205/zma001681
14. Knorr M, Mielke I, Amelung D, Safari M, Gröne OR, Breil SM, MacIntosh A. Measuring personal characteristics in applicants to German medical schools: Piloting an online Situational Judgement Test with an open-ended response format. GMS J Med Educ. 2024;41(3):Doc30. DOI: 10.3205/zma001685
15. Dronia MC, Dillen K, Elsner F, Schallenburger M, Neukirchen M, Hagemeyer A, Hamacher S, Doll A, Voltz R, Golla H. Palliative care education and knowledge transfer into practice – a multicenter survey among medical students and resident physicians in Germany using a mixed-methods design. GMS J Med Educ. 2024;41(3):Doc27. DOI: 10.3205/zma001682
16. Homberg A, Narciß E, Obertacke U, Schüttelz-Brauns K. Surgical experiences of final-year undergraduates and the impact on their career aspiration stratified by sex/gender. GMS J Med Educ. 2024;41(3):Doc28. DOI: 10.3205/zma001683
17. Plappert CF, Bauer NH, Dietz-Schwonberg K, Grieshop M, Kluge Bischoff A, Zyriax BC, Striebig S. Academic education of midwives in Germany (part 1): Requirements for bachelor of science programmes in midwifery education. Position paper of the Midwifery Science Committee (AHW) in the DACH Association for Medical Education (GMA). GMS J Med Educ. 2024;41(3):Doc33. DOI: 10.3205/zma001688
18. Striebig S, Bauer NH, Dietz-Schwonberg K, Grieshop M, Kluge-Bischoff A, Zyriax BC, Plappert CF. Academic training of midwives in Germany (part 2): Opportunities and challenges for the further development of the profession of midwifery. Position paper of the Midwifery Science Committee (AHW) in the DACH Association for Medical Education (GMA). GMS J Med Educ. 2024;41(3):Doc32. DOI: 10.3205/zma001687
19. Juschka ML, Agricolos CJ, Neumann FA, Mohr S, Zyriax B. C. Status quo of interprofessional education for midwifery and medical students in Germany, Austria, and Switzerland. GMS J Med Educ. 2024;41(3):Doc31. DOI: 10.3205/zma001686
20. Kunz K, Köpper H. Medical studies at the University of Freiburg in retrospect – study conditions, study quality and skills acquisition from the perspective of graduates. GMS J Med Educ. 2024;41(3):Doc29. DOI: 10.3205/zma001684

Korrespondenzadresse:

Assoc. Prof. Mag. Dr. Michaela Wagner-Menghin
Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für
Psychiatrie und Psychotherapie, Klinische Abteilung für
Sozialpsychiatrie, Währinger Gürtel 18-20, A-1090 Wien,
Österreich
michaela.wagner-menghin@meduniwien.ac.at

Bitte zitieren als

Wagner-Menghin M. Beliefs for successful feedback communication. GMS J Med Educ. 2024;41(3):Doc34. DOI: 10.3205/zma001689, URN: urn:nbn:de:0183-zma0016895

Artikel online frei zugänglich unter

<https://doi.org/10.3205/zma001689>

Eingereicht: 16.05.2024

Angenommen: 16.05.2024

Veröffentlicht: 17.06.2024

Copyright

©2024 Wagner-Menghin. 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/>.