

“Corona-Debriefing”: concept and pilot testing of a 90-minute workshop for undergraduate-education and specialist-training in family medicine

Abstract

Background: The corona pandemic is changing the framework conditions for medical studies and continuing education as well as the work with patients and within teams. Systematic reflection and communication about experiences and ways of dealing with them forms the basis for successful learning in and out of the crisis. Therefore, we designed a 90-minute workshop “Corona-Debriefing” for students and physicians in specialist-training in family medicine (ÄiW) using three successive moderated interaction phases: Questionnaire survey via tele-dialogue voting (TED) with immediate presentation of results and discussion, moderated experience reports on the categories risk/assessment/support/coping and finally moderated group discussions in small groups to collect “best practice” examples of crisis management.

Objective: We tested “Corona-Debriefing” as a pilot test with 48 participants (TN) in July 2020 (30 present, 14 online) in order to assess mental stress and risk perception of participants plus formative/brief summative evaluation of the workshop.

Methods: The PHQ-4 with its subscales GAD-2 (anxiety) and PHQ-2 (depression) was used to assess mental stress; risk assessments were made by means of self-constructed 5-point Likert-scales for the dimensions person/society/health/economy. A formative evaluation was carried out by means of a questionnaire at the end of the event; the brief summative assessment was asked for by means of a school grading scale.

Results: 37 complete TED questionnaires and 22 evaluations were obtained. TN showed a low personal risk assessment, but considerable fears about social and economic developments. Needs are seen mainly in improvements regarding organization, protective equipment and technical communication (e.g. official recommendations for action). The workshop was rated “good” or “very good” in 95% of the evaluations. Criticism was directed at the limited time available, the narrowing of topics by moderators and the desire for (even) more room for the exchange of personal experiences.

Conclusion: The workshop “Corona-Debriefing” is a relatively easy way to use crisis experiences for learning processes. “Corona-Debriefing” can be used by changing the focus of moderation in various courses, years or fields of study, whereby the participants’ own personal and clinical crisis experiences remain a prerequisite for a meaningful “debriefing”.

Keywords: corona, debriefing, workshop, family medicine, pilottesting

Andreas Klement¹

Torben Ibs¹

Sebastian Longard¹

Catarina Klinkhart¹

Thomas Frese¹

Marcus Heise¹

1. Universität Halle-Wittenberg,
Institut für Allgemeinmedizin,
KOMPAS:
Kompetenzzentrum für die
Weiterbildung in der
Allgemeinmedizin Sachsen-
Anhalt, Halle/Saale, Germany

Introduction

The corona pandemic affects students and doctors in training both personally and professionally. Work and behavior in studies and at work had to adapt quickly to changing conditions [1]. Working conditions in family practice such as low-threshold-access, continuity and personal closeness were particularly affected [2]. Fears,

insecurity and stress demanded special skills in self-care, communication and organization [3]. For successful learning in and out of crises, the concept of debriefing on the question “what has happened and how could we do better” is widely used. In medical didactics, systematic debriefing has so far been used mainly in simulation learning and dealing with critical events (e.g. CIRS), but it also appears to be suitable for dealing with crises as

Table 1: Corona-Debriefing: Concept for a 90-minute Workshop

Sequence	Time	Methods	Tools
1. Reaction	20 min	Self assessment and basic assumption by means of TED/Online-Survey) with subsequent presentation of results (%-distribution of Responses) regarding PHQ-4 plus 18 Items in four categories (risks / assessment / support / coping)	BigBlueButton® WebTED2.2. © SoSciSurvey®
2. Analysis	20 min	Moderated group-discussion (altogether) with circular questions und advocacy inquiry regarding the survey-items (e.g. „when and why did you feel particularly endangered or supported?“)	Online-Chat using BigBlueButton® and Beamer -Projection
3. Processing	40 min	Moderated group-discussion in small groups (7-15 participants) focussing on four topics in two clusters (competencies / organisational features; professionalism / communication)	Mindmapping Timelines Tally sheets Point-Clouds
4. Summary / WrapUp	10 min	Visualized presentation of the results of the group – discussions / -work by the moderators with additions from the audience and a final round of questions on the "Take Home Message"	Poster Panel-Painting Flashlight-Question Evaluation

“facilitator-guided post-event debriefing” (PED) [4]. At our site, we have many years of experience with PED in the context of SkillsLab stations in medical studies. We now used PED to design a 90-minute workshop on “Lessons from Corona” in medical studies and specialist training in family practice, which asks for crisis experiences and strategies and collects “best practice”. We report on the pilot test among 48 residents in family medicine as participants (TN) in July 2020. Due to corona-related distance rules, only 30 participants participated in presence (answers via WebTED) and another 18 online via BigBlueButton (answers via SoSciSurvey). PHQ-4 with its subscales GAD-2 (anxiety) and PHQ-2 (depressiveness) [5], which is commonly used in professionalization research on corona pandemics, served as a screening instrument for recording mental stress.

Evaluation objectives of the pilot test were mental stress/risk assessment of the participants as well as formative evaluation with focus on content, technical implementation and criticism of the format plus a brief summative evaluation.

Project description

Usual components of a PED are an at least three-phase discussion structure for the description of reaction, analysis and processing of the event, mostly supplemented by a visualized summary of the learned [4]. We adapted the PED structure to a simultaneous presence and online format using multimedia tools (see table 1).

Results

Of 48 participants (TN) 70% were female; 75% ≤35 years old; 40% in their ≤2nd and/or to 95% in ≤4th year of residency. 37 questionnaires and 22 evaluations were obtained. SARS-CoV-2 contact was reported by 66% of the participants (of which 75% in professional context). Conspicuousness in PHQ-4 (≥3 points) showed three participants in the subscales for anxiety (GAD-2) and one participant in depression (PHQ-2). The mean values

(standard deviations) for the sum indices of PHQ-4, PHQ-2 and GAD-2 were 2.00 (1.57); 0.78 (0.87) and 1.22 (0.90). Substantial effects of the PHQ dimensions were found in subjective experiences of psychosocial crises and risk assessment (especially social: health, economic & psychosocial) as well as in the need for professional information. The most strongly (“mostly” or “very”) affirmed questionnaire-items were social fears (-psychosocial 81%; economic 69%). 74% of participants felt that their choice of career was confirmed, but expressed clear needs for (better) organization (67.7%), equipment (58%) and information (44%). “Corona Debriefing” was rated as “good” or “very good” by 95% (n=21), only one participant rated for “not recommended”. Criticism concerned temporal/thematic narrowness, more space for the exchange of personal experiences was (still) desired.

“Prompt narration” contributions came from about 20 of the 30 presence participants and five of 18 online participants (relatively 66 presence vs. 30% online contributions). The main narrative stimuli were support and stressful experiences. Initially, participants expressed increased uncertainty, tension and fears about the course of the crisis due to a lack of material (protective clothing), organizational (childcare) and informative (recommendations) support, culminating in anger and disappointment. However, this later on led into closer teamwork, development of (practical) individual solutions and a stronger sense of community, and even encouragement and pride. In the summary it could be stated: after initially perceived helplessness a solution-oriented reorganization in (practice) everyday life was possible, which led to more action security. An ambivalence between uncertainty on “what may come” and perceived personal confirmation remained.

Discussion

“Corona-Debriefing” was evaluated positively in the pilot test and – after establishing the technical prerequisites – could be implemented with little effort. In spite of many SARS-CoV-2 contacts, the TN showed population-like PHQ-4 values, which could be interpreted as an indicator of

resilience. A large number of narratives on crisis experiences and strategies were stimulated. From this, "best practice" for mutual support and courses of action for the next wave/crisis could be abstracted – as usual in simulations [6] or recommended in reviews [7]. Individual personal and clinical crisis experiences of the participants form the basis for meaningful debriefing. Therefore, these must be explored in advance and the didactic concept and dimensions of the visualization must be adapted. The transfer of the concept to students, whose crisis experiences may differ from those of the TN, accordingly requires, in the sense of a "common experiential framework" [4], a change in the moderation focus (e.g. on learning methods; practical contacts) for impromptu narratives and small group work, as well as adaptation of some questionnaire items. Weaknesses regarding the significance of our pilot test are a lack of representativeness, moderator dependency and possibly differences in available technology as well as previous experiences of the participants.

Conclusion

"Corona-Debriefing" is a stimulating possibility for "learning in and out of the crisis". A pilot test among residents in family medicine was very promising. The concept will be adapted for students in Halle-Wittenberg and re-evaluated in the coming term.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

References

1. Theoret C, Ming X. Our education, our concerns: The impact on medical student education of COVID-19. *Med Educ.* 2020;54(7):591-592. DOI: 10.1111/medu.14181
2. Li DK, Zhu S. Contributions and challenges of general practitioners in China fighting against the novel coronavirus crisis. *Fam Med Community Health.* 2020;8(2):e000361. DOI: 10.1136/fmch-2020-000361
3. Jenkins LS, Von Pressentin KB, Naidoo K, Schaefer R. The evolving role of family physicians during the coronavirus disease 2019 crisis: An appreciative reflection. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2020;12(1):e1-e4. DOI: 10.4102/phcfm.v12i1.2478
4. Sawyer T, Eppich W, Brett-Fleegler M, Grant V, Cheng A. More Than One Way to Debrief: A Critical Review of Healthcare Simulation Debriefing Methods. *Simul Healthc.* 2016;11(3):209-217. DOI: 10.1097/SIH.0000000000000148
5. Löwe B, Wahl I, Rose M, Spitzer C, Glaesmer H, Wingenfeld K, Schneider A, Brähler E. A 4-item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *J Affect Disord.* 2010;122(1-2):86-95. DOI: 10.1016/j.jad.2009.06.019
6. Shi D, Lu H, Wang H, Bao S, Qian L, Dong X, Tao K, Xu Z. A simulation training course for family medicine residents in China managing COVID-19. *Aust J Gen Pract.* 2020;49(6):364-368. DOI: 10.31128/AJGP-04-20-5337
7. Dunlop C, Howe A, Li D, Allen LN. The coronavirus outbreak: The central role of primary care in emergency preparedness and response. *BJGP Open.* 2020;4(1):bjgpopen20X101041. DOI: 10.3399/bjgpopen20X101041

Corresponding author:

Andreas Klement

Universität Halle-Wittenberg, Institut für Allgemeinmedizin, KOMPAS: Kompetenzzentrum für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin Sachsen-Anhalt, Magdeburger Str. 8, D-06112 Halle/Saale, Germany
andreas.klement@medizin.uni-halle.de

Please cite as

Klement A, Ibs T, Longard S, Klinkhart C, Frese T, Heise M. "Corona-Debriefing": concept and pilot testing of a 90-minute workshop for undergraduate-education and specialist-training in family medicine. *GMS J Med Educ.* 2020;37(7):Doc95. DOI: 10.3205/zma001388, URN: urn:nbn:de:0183-zma0013884

This article is freely available from

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2020-37/zma001388.shtml>

Received: 2020-07-31

Revised: 2020-10-19

Accepted: 2020-10-23

Published: 2020-12-03

Copyright

©2020 Klement et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

„Corona-Debriefing“: Konzept und Pilottest eines 90-Minuten-Workshops für die Aus- und Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Corona-Pandemie verändert die Rahmenbedingungen von Studium und Weiterbildung in der Medizin ebenso wie die Arbeit am Patienten und im Team. Eine systematische Reflektion und Kommunikation über Erfahrungen und Umgangsweisen bildet die Grundlage für ein erfolgreiches Lernen in und aus der Krise. Wir konzipierten daher einen 90-Minuten Workshop „Corona-Debriefing“ für Studierende und Ärzt*innen in Weiterbildung (ÄiW) mittels drei aufeinanderfolgenden moderierten Interaktionsphasen: Fragebogenerhebung per Tele-Dialog-Voting (TED) mit unmittelbarer Ergebnisvorstellung und Diskussion, moderierte Erlebnisberichte zu den Kategorien Gefährdung / Bewertung / Unterstützung / Bewältigung und schließlich moderierte Gruppendiskussionen in Kleingruppen zur Sammlung von „Best-Practice“ – Beispielen zur Krisenbewältigung.

Ziele: Wir erprobten „Corona-Debriefing“ als Pilottest mit 48 ÄiW als Teilnehmern (TN) im Juli 2020 (30 präsent, 14 online) mit den Auswertungszielen psychische Belastung / Gefährdungseinschätzung der TN, inhaltliche Schwerpunkte, technische Umsetzung, Gesamtbewertung und Kritik am Format.

Methoden: Zur Erfassung der psychischen Belastung diente der PHQ-4 mit seinen Subskalen GAD-2 (Ängstlichkeit) und PHQ-2 (Depressivität); Gefährdungseinschätzungen wurden mit selbstkonstruierten 5-Punkt-Likert-Skalen zu den Dimensionen Person/Gesellschaft/Gesundheit/Ökonomie erhoben. Eine formative und Evaluation erfolgte mittels Fragebogen am Veranstaltungsende, die Gesamtbewertung wurde mittels Schulnotenskala erfragt.

Ergebnisse: Ausgewertet werden konnten 37 komplette TED-Fragebögen und 22 Evaluationen. TN zeigten eine geringe persönliche Gefährdungseinschätzung, jedoch erhebliche Befürchtungen zu gesellschaftlichen und ökonomischen Entwicklungen. Bedarfe werden v.a. in Organisation, Schutzausrüstung und fachlicher Kommunikation (z.B. offiziellen Handlungsempfehlungen) gesehen. Der Workshop wurde in 95% der Evaluationen „gut“ oder „sehr gut“ bewertet. Kritik betraf zeitliche Enge, thematische Einengung durch Moderatoren und den Wunsch nach (noch) mehr Raum für Austausch persönlicher Erfahrungen.

Schlussfolgerung: Der Workshop „Corona-Debriefing“ ist eine relativ aufwandsarm umsetzbare Möglichkeit um Krisenerfahrungen für Lernprozesse zu nutzen. „Corona-Debriefing“ kann durch Änderung der Moderationsschwerpunkte in diversen Studiengängen, -jahren bzw. Fachgebieten genutzt werden, wobei eigene persönliche und klinische Krisenerfahrungen der TN Voraussetzung für ein sinnvolles „Debriefing“ bleiben.

Schlüsselwörter: Corona, Debriefing, Workshop, Allgemeinmedizin, Pilottest

Andreas Klement¹

Torben Ibs¹

Sebastian Longard¹

Catarina Klinkhart¹

Thomas Frese¹

Marcus Heise¹

1. Universität Halle-Wittenberg,
Institut für Allgemeinmedizin,
KOMPAS:
Kompetenzzentrum für die
Weiterbildung in der
Allgemeinmedizin Sachsen-
Anhalt, Halle/Saale,
Deutschland

Tabelle 1: Corona-Debriefing: Konzept eines 90-minütigen Workshops

Phase	Zeit	Methode	Hilfsmittel
1. Reaktion	20 min	Bearbeitung TED/Online-Fragebogen mit anschließender Ergebnis-vorstellung (%-Antworthäufigkeiten) zu PHQ-4 sowie 18 Items in vier Kategorien (Erleben, Gefährdung, Unterstützung sowie Bedarfe für Krisenvorbereitung)	BigBlueButton® WebTED2.2. ® SoSciSurvey®
2. Analyse	20 min	Moderierte Gruppendiskussion mit Anregung von Erlebnis Erzählungen zu den Fragebogenitems (z.B. „Wann/wodurch fühlten Sie sich besonders gefährdet / unterstützt?“)	Chat-Funktion BigBlueButton® mit Beamer -Projektion
3. Bearbeitung	40 min	Kleingruppen mit jeweils 7-15 Teilnehmern zu den vier Themenbereichen (Kompetenz / Organisation; Professionalität / Kommunikation)	Mindmapping Zeitstrahl Strichliste Punktwolke
4. Zusammenfassung	10 min	Visualisierte Ergebnispräsentation der Kleingruppenarbeit durch Moderatoren mit Ergänzungen aus dem Publikum und Abschlußfrage-Runde zur „Take-Home-Message“	Poster Tafelbild Blitzlicht-Runde Evaluation

Einleitung

Die Corona-Pandemie betrifft Studierende und Ärzt*innen in Weiterbildung (ÄiW) persönlich wie professionell. Arbeiten und Verhalten in Studium und Beruf mussten sich schnell veränderten Bedingungen anpassen [1]. Arbeitsbedingungen der Allgemeinmedizin wie Niedrigschwelligkeit, Kontinuität und persönliche Nähe waren besonders betroffen [2]. Befürchtungen, Unsicherheit und Belastungen verlangten nach besonderen Fähigkeiten zur Selbstsorge sowie Kommunikation und Organisation [3]. Für erfolgreiches Lernen in und aus Krisen wird weithin das Konzept der Nachbesprechung (engl. „Debriefing“) zur Frage „was ist warum passiert und ginge besser“ genutzt. In der Medizindidaktik wurde systematisches Debriefing bisher v.a. im Simulationslernen und Umgang mit kritischen Ereignissen (z.B. CIRS) genutzt, erscheint jedoch auch für den Umgang mit Krisen als „facilitator-guided post-event debriefing“ (PED) geeignet [4]. An unserem Standort liegen zu PED langjährige Erfahrungen im Rahmen von SkillsLab-Stationen im Medizinstudium vor. Wir nutzten nun PED zur Konzeption eines 90-minütigen Workshop zu „Lehren aus Corona“ in Medizinstudium und Weiterbildung, der Krisenerfahrungen und -Strategien erfragt und „Best-Practice“ sammelt. Wir berichten über den Pilottest Anfang Juli 2020 an 48 ÄiW Allgemeinmedizin. Aufgrund corona-bedingter Abstandsregeln nahmen nur 30 TN in Präsenz (Antworten per WebTED) und weitere 18 mittels BigBlueButton im Online-Stream (Antworten per SoSciSurvey) teil. Zur Erfassung der psychischen Belastung diente als Screeninginstrument der PHQ-4 mit seinen Subskalen GAD-2 (Ängstlichkeit) und PHQ-2 (Depressivität) [5], die in der Professionalisierungsforschung zur Corona-Pandemie gebräuchlich sind.

Auswertungsziele des Pilottestes waren psychische Belastung/Gefährdungseinschätzung der TN, inhaltliche Schwerpunkte, technische Umsetzung, Gesamtbewertung und Kritik am Format.

Projektbeschreibung

Übliche Bestandteile eines PED sind eine mindestens drei-phasische Gesprächsstruktur zur Beschreibung von Reaktion, Analyse und Bearbeitung des Geschehens, meist ergänzt durch ggf. visualisierte Zusammenfassung des Gelernten [4]. Wir adaptierten die PED-Struktur auf ein zeitgleiches Präsenz und Online-Format unter Nutzung multimedialer Instrumente (siehe Tabelle 1).

Ergebnisse

Von 48 TN waren 70% weiblich; 75% ≤35 Jahre; zu 40% im ≤2ten bzw. zu 95% im ≤4ten Weiterbildungsjahr. Ausgewertet wurden 37 Fragebögen und 22 Evaluationen. SARS-CoV-2-Kontakt gaben 66% der TN an, davon 75% beruflich. Auffälligkeiten im PHQ-4 (≥3 Punkte) erreichten in den Subskalen zu Ängstlichkeit (GAD-2) drei TN und zu Depressivität (PHQ-2) ein TN. Die Mittelwerte (Standardabweichungen) für Summenindizes des PHQ-4, PHQ-2 und GAD-2 betrugen 2.00 (1.57); 0.78 (0.87) und 1.22 (0.90). Substantielle Effekte der PHQ-Dimensionen ergaben sich zu subjektiven Erleben psychosozialer Krisen sowie Gefährdungseinschätzung (v.a. gesellschaftlich: gesundheitlich, wirtschaftlich & psycho-sozial) sowie zu fachlichen Informationsbedarf. Die am stärksten (überwiegend oder sehr) bejahten Fragebogenitems waren gesellschaftliche Befürchtungen (psychosozial 81%; wirtschaftlich 69%). Persönlich sahen TN sich in ihrer Berufswahl bestätigt (74%), formulierten jedoch klare Bedarfe an (besserer) Organisation (67.7%), Ausrüstung (58%) und Information (44%). „Corona Debriefing“ wurde von 95% (N=21) „gut“ oder „sehr gut“ bewertet, einmal „nicht empfohlen“. Kritik betraf zeitliche / thematische Enge, gewünscht wurde (noch) mehr Raum für persönliche Erfahrungen.

Istehgreifer Erzählungen kamen von ca. 20 der 30 Präsenz-TN und fünf von 18 Online-TN (relativ 66 Präsenz- vs. 30% Onlinebeiträge). Inhaltlich wesentliche Erzählstimuli waren hierfür Unterstützungs- und Belastungserlebnisse.

Zum Krisenverlauf äußerten TN anfänglich verstärkte Unsicherheit, Anspannung und Ängste durch fehlende materielle (Schutzbekleidung), organisatorische (Kinderbetreuung) wie informative (Empfehlungen) Unterstützung, die in Wut und Enttäuschung gipfelten. Hieraus entwickelten sich dann aber durch positiv besetzte Eigenschaften und Handlungen engere Teamarbeit, Entwicklung von (praxis)individueller Lösungen und verstärktes Gemeinschaftsgefühl, bis hin zu Bestärkung und sogar Stolz. In der Zusammenfassung konnte festgehalten werden: nach anfänglich gefühlter Hilflosigkeit war eine lösungsorientierte Reorganisation im (Praxis)Alltag möglich, die zu mehr Handlungssicherheit führte. Ambivalenz zwischen Unsicherheit auf das, was kommen mag und persönlicher Bestärkung durch bisher geleistetes blieb bestehen.

Diskussion

„Corona-Debriefing“ wurde im Pilottest positiv evaluiert und zeigte sich – nach Etablierung der technischen Voraussetzungen – aufwandsarm umsetzbar. Trotz vieler SARS-CoV-2-Kontakte zeigten die ÄiW bevölkerungsähnliche PHQ-4 Werte als Hinweis auf Resilienz. Eine Vielzahl Erzählungen zu Krisenerleben und –Strategien wurde angeregt. Daraus konnte „Best-Practice“ zur gegenseitigen Unterstützung und Handlungsabläufe für die nächste Welle/ Krise abstrahiert werden – wie in Simulationen üblich [6] bzw. in Reviews empfohlen [7]. Individuelle persönliche und klinische Krisenerfahrungen der TN bilden die Grundlage für sinnvolles „Debriefing“. Diese müssen daher zur Konzeption der Inhaltsschwerpunkte vorab exploriert und didaktische Konzeption sowie Dimensionen der Visualisierung angepasst werden. Die Übertragung des Konzeptes auf Studierende, deren Krisenerfahrungen sich von ÄiW unterscheiden können, verlangt entsprechend im Sinne eines „gemeinsamen Erfahrungsr Rahmens“ [4] nach veränderten Moderationsschwerpunkten (z.B. auf Lernmethoden; Praxiskontakte) für Stehgreiferzählungen und Kleingruppenarbeit, sowie Anpassung einzelner Fragebogenitems. Schwächen der Aussagekraft unseres Pilottestes sind mangelnde Repräsentativität, Moderatorenabhängigkeit und möglicherweise Unterschiede in verfügbarer Technik sowie Vorerfahrungen der TN.

Schlussfolgerung

„Corona-Debriefing“ ist eine anregende Möglichkeit für ein „Lernen in und aus der Krise“. Ein Pilottest unter ÄiW verlief vielversprechend. Das Konzept wird in Halle-Wittenberg für Studierende angepasst und im Wintersemester evaluiert werden.

Interessenkonflikt

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

Literatur

1. Theoret C, Ming X. Our education, our concerns: The impact on medical student education of COVID-19. *Med Educ.* 2020;54(7):591-592. DOI: 10.1111/medu.14181
2. Li DK, Zhu S. Contributions and challenges of general practitioners in China fighting against the novel coronavirus crisis. *Fam Med Community Health.* 2020;8(2):e000361. DOI: 10.1136/fmch-2020-000361
3. Jenkins LS, Von Pressentin KB, Naidoo K, Schaefer R. The evolving role of family physicians during the coronavirus disease 2019 crisis: An appreciative reflection. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2020;12(1):e1-e4. DOI: 10.4102/phcfm.v12i1.2478
4. Sawyer T, Eppich W, Brett-Fleegler M, Grant V, Cheng A. More Than One Way to Debrief: A Critical Review of Healthcare Simulation Debriefing Methods. *Simul Healthc.* 2016;11(3):209-217. DOI: 10.1097/SIH.0000000000000148
5. Löwe B, Wahl I, Rose M, Spitzer C, Glaesmer H, Wingenfeld K, Schneider A, Brähler E. A 4-item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *J Affect Disord.* 2010;122(1-2):86-95. DOI: 10.1016/j.jad.2009.06.019
6. Shi D, Lu H, Wang H, Bao S, Qian L, Dong X, Tao K, Xu Z. A simulation training course for family medicine residents in China managing COVID-19. *Aust J Gen Pract.* 2020;49(6):364-368. DOI: 10.31128/AJGP-04-20-5337
7. Dunlop C, Howe A, Li D, Allen LN. The coronavirus outbreak: The central role of primary care in emergency preparedness and response. *BJGP Open.* 2020;4(1):bjgpopen20X101041. DOI: 10.3399/bjgpopen20X101041

Korrespondenzadresse:

Andreas Klement
Universität Halle-Wittenberg, Institut für Allgemeinmedizin,
KOMPAS: Kompetenzzentrum für die Weiterbildung in
der Allgemeinmedizin Sachsen-Anhalt, Magdeburger Str.
8, 06112 Halle/Saale, Deutschland
andreas.klement@medizin.uni-halle.de

Bitte zitieren als

Klement A, Ibs T, Longard S, Klinkhart C, Frese T, Heise M.
„Corona-Debriefing“: concept and pilot testing of a 90-minute workshop
for undergraduate education and specialist training in family
medicine. *GMS J Med Educ.* 2020;37(7):Doc95.
DOI: 10.3205/zma001388, URN: urn:nbn:de:0183-zma0013884

Artikel online frei zugänglich unter

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2020-37/zma001388.shtml>

Eingereicht: 31.07.2020

Überarbeitet: 19.10.2020

Angenommen: 23.10.2020

Veröffentlicht: 03.12.2020

Copyright

©2020 Klement et al. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.