Well-being-oriented health care: What kind of doctors – for what kind of healthcare system?

Christoph Stosch[1]
Maria Cristina Polidori[2,3]

1 University of Cologne, Faculty of Medicine and University Hospital Cologne, Office of the Dean of Studies, Cologne, Germany

2 University Hospital Cologne, Department II of Internal Medicine, Clinical Ageing Research, Cologne, Germany

3 University of Cologne, Cologne Cluster of Excellence on Aging and Aging-associated Diseases, CECAD Cluster of Excellence, Cologne, Germany

Editorial

Medical education has, for decades, asked with increasing precision which competencies doctors need to acquire during their studies. The often protracted process of negotiation – the development of the NKLM began in 2011 – also carries the risk that important topics advocated less forcefully may fall from view. The current state of the healthcare system compels us to extend the NKLM's question, "What kind of doctors do we want to train?", by asking, "For what kind of healthcare system?" Technological and scientific advances are expanding what medicine can do, while time, attention, relationships and the capacity to work sustainably are coming under pressure. In the 2024 MB Monitor, 49% of 9,649 employed doctors reported frequent overwork, a further 11% said they were constantly exceeding their own limits; 28% were considering leaving patient care altogether [1]. This non-representative survey of members describes a problem that is also evident internationally: a meta-analysis of 170 observational studies involving 239,246 doctors found associations between burnout and lower career engagement, intentions to leave, and poorer indicators of quality of care [2]. Particularly in light of recent reports of abuse of power and sexual harassment within the healthcare system in the context of the 130th German medical assembly [3], the wellbeing of healthcare professionals can no longer be regarded as a private matter of comfort or individual lifestyle. Mostly female medical colleagues – though by no means exclusively – have their integrity violated and their professional as well as personal wellbeing impaired by conduct that is profoundly at odds with medical professionalism; ultimately, this also affects the functioning and quality of healthcare.

The language of "burnout" and "resilience" carries the persistent risk of individualising what is, in fact, a systemic problem. In 2024, Schulte, Lutz and Kiessling described in JME a professional culture in which one's own health may be treated as secondary and equated with the ability to perform, while weakness or illness may become taboo; early socialisation and hospital culture stabilise these patterns as part of professional identity [4]. If students learn that good doctors are always available, ignore their own limits and silently endure strain, that too is teaching - only through the hidden curriculum. Medical education cannot be neutral towards the working and value cultures of the healthcare system.

The idea is not new. In 2014, Bodenheimer and Sinsky expanded the Triple Aim into the Quadruple Aim by adding improvement of the working lives of health professionals, thereby emphasising that good patient care depends on caring for those who provide it [5]. We propose taking this idea further in medical education as "Well-being-oriented Health Care". This is neither a wellness programme nor an isolated competency domain, but a normative orientation for healthcare and education: patient well-being, the health and sustainable capacity to work of health professionals, the quality of human relationships,

and meaningful professional work are understood as interconnected conditions of good medicine.

The current JME special issue on Professional Identity Formation (PIF) provides a crucial starting point. Berberat et al. emphasise that medical education encompasses more than assessable knowledge and skills, places the doctor as a person at the centre, and must take account of both social and systemic factors in professional identity [6]. This is precisely where Well-being-oriented Health Care begins. PIF reminds us that who one becomes as a doctor matters – in continuity with earlier reflections on the salutogenesis of doctors [7]. Well-being-oriented Health Care adds a further question: What kind of doctor – and for what kind of healthcare system?

The notion of the "doctor's personality" must not, however, be misunderstood as a demand for a standardised personality type. The German-language definition proposed in JME in 2026 understands PIF as an ongoing process of conscious and unconscious interaction between the person and their environment [8]. Professional identity emerges in the interplay between personal values, encounters with patients, role models, (interprofessional) teams, hierarchies and institutional conditions. Longitudinal approaches such as the Augsburg Maturitas curriculum embed reflection, mentoring and conscious engagement with the medical role throughout the course of study [9]. In the sense of the "reflexive subject" [10] and earlier reflections on the content of medical education [11], the doctor's personality does not denote a predefined character structure, but a reflective professional identity in which professional expertise, values, self-knowledge, relational competence, responsibility and awareness of one's own limits come together.

The history of role-based competency models is also instructive. In the early work leading to CanMEDS, the person of the doctor was explicitly visible; in the later role architecture, "physician as person" was not retained as a separate role [12]. Perhaps the person is difficult to represent as a single role precisely because the person connects all roles. For wellbeing-oriented education, therefore, adding an eighth role matters less than enabling students to integrate their roles into a professional identity that remains sustainable over the long term. What does this mean in practice (a question we will not be able to answer conclusively)?

First, dealing with ambiguity must become a core element of professional education. Medicine is rarely the application of unambiguous evidence to unambiguous problems; decisions often have to be made with incomplete evidence, conflicting values, limited resources or several defensible options. In JME, Harendza calls for a learning culture in which questions, differing positions, mistakes and one's own uncertainty can be reflected upon [13]. The PIF special issue shows, through the seminar "suddenly, at the hospital", how clinical dilemmas without simple solutions can be deliberately used to support identity development [14]. Recurrent ethical case discussions can thus foster tolerance of ambiguity, moral judgement and responsible action under uncertainty.

Second, self-care, care for colleagues and resilience must be understood as professional capabilities – without turning resilience into a repair mechanism for poor structures. Warnken et al. explicitly integrate peer support, self-care and collegial support into the professional identity development of medical students [15]. Ethical formation of the self also has historical precedents, both in the classical understanding of care of the self and in Foucault's description of "technologies of the self" [16]. It becomes credible only when the formal and hidden curricula convey the same message. A medical faculty cannot teach self-care in the morning and reward self-overextension as professionalism in the afternoon. The aim cannot be to make students resilient enough to withstand a system that damages health, but to educate people who can recognise strain, accept help, support colleagues and change structures that prevent good medicine.

Third, digitalisation – particularly artificial intelligence – offers an opportunity to redefine the purpose of technological innovation. JME already discussed in 2023 that generative AI will fundamentally change teaching, learning and assessment and therefore needs to be actively integrated into medical education [17]. The further question is: What should AI optimise in medicine? Greater throughput can accelerate work intensification; reducing administrative burden, by contrast, can return attention to patients. A multicentre pre-post study of 263 clinicians working in outpatient care found that, after 30 days of using ambient AI scribes, use was associated with lower burnout, a lower documentation-related burden, less documentation time outside working hours and more undivided attention [18]. The study design does not permit causal inference, but it points to an important outcome: time for relationships, conversation and clinical judgement. This gives rise to a new curricular topic: "The good doctor in the age of AI at the bedside". Students need not only to understand how AI works and where its limits lie (from prompt engineering to harness engineering [19]), but also to discuss which activities can be delegated and which responsibilities cannot. Drafting documentation, structuring information and administrative routines can be supported; verification, dealing with uncertainty, negotiating values, shared decision-making and responsibility for consequences remain medical tasks. Medical education must also ask: Does the time gained through technology flow back to patients, teams and reflection – or merely into a faster pace?

Well-being-oriented Health Care would therefore not be an additional topic alongside PIF, communication, ethics, resilience and digitalisation, but a shared normative framework. If healthcare in the 21st century is to move beyond the treatment of disease and focus more strongly on maintaining health and supporting healthy lives across the life course, medical education must evolve accordingly [20]. Its task would be not only to prepare students for the existing system, but to develop reflective professionals who can help shape it - for a medicine in which patients and all health professionals alike remain visible as per-

sons and can flourish under good conditions. Perhaps this is the contemporary return of the “physician as person”: not as an additional role, but as the person who connects all roles – clinically excellent, capable of forming relationships, self-reflective and willing to help shape the conditions for good medicine.

In this issue of JME

The contributions show medical education at the intersection of technological innovation, curricular development, and professional learning and working environments. Digital and simulation-based formats address VR communication training, resource-efficient faculty development, digital logbooks, and inter-university teaching in niche disciplines [21], [22], [23], [24], [25]. Curricular integration and interprofessional learning are examined in medicine and midwifery [26], [27]; assessment and quality assurance are addressed through standard setting and a short scale measuring sense of classroom community [28], [29]. Practice- and competence-oriented education is the focus of simulation-based emergency training and ambulatory paediatrics [30], [31]. Contributions on sexual harassment, the emotions of student peer mentors, and dealing with legal and medical uncertainty draw attention to professional socialisation, learning culture and wellbeing [32], [33], [34]. They remind us that the quality of education depends not only on what is learned, but also on the conditions under which people learn, work and assume responsibility.

Notes

Statement on the use of generative AI

ChatGPT (OpenAI, GPT-5.6 Sol) was used for linguistic revision and translation into English, for shortening the text, and to support the literature search. All statements, sources and wording were reviewed and revised by the author/authors.

Authors’ ORCIDs

- Christoph Stosch: [0000-0003-1001-4310]
- Maria Cristina Polidori: [0000-0002-8881-904X]

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

References

1. Marburger Bund. MB-Monitor 2024: Zusammenfassung der Ergebnisse. Berlin: Marburger Bund; 2025.
2. Hodkinson A, Zhou A, Johnson J, Geraghty K, Riley R, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham CA, Peters D, Esmail A, Panagioti M. Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2022;378:e070442. DOI: 10.1136/bmj-2022-070442
3. Bundesärztekammer. Klares Zeichen gegen Machtmissbrauch und Grenzüberschreitungen im Gesundheitswesen. Berlin: Bundesärztekammer; 2026. Zugänglich unter/available from: https://www.bundesaerztekammer.de/presse/aktuelles/detail/klares-zeichen-gegen-machtmissbrauch-und-grenzueberschreitungen-im-gesundheitswesen
4. Schulte H, Lutz G, Kiessling C. Why is it so hard to improve physicians' health? A qualitative interview study with senior physicians on mechanisms inherent in professional identity. GMS J Med Educ. 2024;41(5):Doc66. DOI: 10.3205/zma001721
5. Bodenheimer T, Sinsky C. From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. Ann Fam Med. 2014;12(6):573-576. DOI: 10.1370/afm.1713
6. Berberat PO, Michl S, Schildmann J, Fabry G. Professional Identity Formation – important, complex, and dynamic. GMS J Med Educ. 2026;43(3):Doc42. DOI: 10.3205/zma001836
7. Schwan R, Langewitz W, Stosch C. Arzt und Patient, Arzt gleich Patient: Überlegungen zur Salutogenese des Arztes. In: Schüffel W, Brucks U, Johnen R, Köllner V, Lamprecht F, Schnyder U, editors. Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis. Wiesbaden: Ullstein Medical; 1998. p.261-264.
8. Schick K, Kühlmeyer K, Jömann B, Schumm M, Mathes S, Homberg A. Professional Identity Formation in medical education and training – a discursive determination of the term in German-speaking contexts. GMS J Med Educ. 2026;43(3):Doc35. DOI: 10.3205/zma001829
9. Drossard S, Schuh S, Gerheuser F, Warnken I, Schöningh B, Härtl A. Maturitas: Development and implementation of a longitudinal curriculum to foster Professional Identity Formation at the medical faculty of the University of Augsburg. GMS J Med Educ. 2026;43(3):Doc39. DOI: 10.3205/zma001833
10. Obliers R, Bitter C, Kaerger H, Bischofs P, Köhle K. Aggregierung subjektiver Theorien jenseits des Subjekts - Subjektive Autobiographie-Theorien von Ärztinnen und Ärzten in der Fortbildung zur psychosomatischen Grundversorgung. In: Witte EH, editor. Sozialpsychologie der Kognition. Lengerich: Pabst; 1998. p.149-182.
11. Köhle K, Koerfer A, Obliers R. Künftige Inhalte der Ausbildung zum Arzt. In: Helmich P, Nöring R, in der Schmitten J, Schwantes U, Seelbach H, Sohn W, Hrsg. Primärärztliche Patientenbetreuung: Lehre, Forschung, Praxis. Stuttgart: Schattauer; 1997. p.169-177.
12. Whitehead C, Selleger V, van de Kreeke J, Hodges B. The 'missing person' in roles-based competency models: a historical, cross-national, contrastive case study. Med Educ. 2014;48(8):785-795. DOI: 10.1111/medu.12482
13. Harendza S. Dealing with uncertainty. GMS J Med Educ. 2024;41(1):Doc13. DOI: 10.3205/zma001668
14. Schick K, Kantenwein V, Schumm M, Bertram T, Fritzsche MC, Sapoutzis N, Holzmann-Littig C, Wijnen-Meijer M. Dealing with dilemmas in daily clinical practice: The development and evaluation of the seminar 'suddenly, at the hospital' aimed at promoting Professional Identity Formation in the final practical year of undergraduate medical education. GMS J Med Educ. 2026;43(3):Doc29. DOI: 10.3205/zma001823

15. Warnken I, Schindler AK, Hinzmann D, Igl A, Rotthoff T. Promoting professional identity through peer support during studies: A report on the peer support in medical education project. GMS J Med Educ. 2026;43(3):Doc30. DOI: 10.3205/zma001824

16. Foucault M. The Hermeneutics of the Subject: Lectures at the Collège de France 1981-1982. New York: Palgrave Macmillan; 2005.

17. Moritz S, Romeike B, Stosch C, Tolks D. Generative AI (gAI) in medical education: Chat-GPT and co. GMS J Med Educ. 2023;40(4):Doc54. DOI: 10.3205/zma001636

18. Olson KD, Meeker D, Troup M, Barker TD, Nguyen VH, Manders JB, et al. Use of Ambient AI Scribes to Reduce Administrative Burden and Professional Burnout. JAMA Netw Open. 2025;8(10):e2534976. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2025.34976

19. Weßels D. Mit AI-Agents in die Zukunft der Hochschulbildung. In: Symposium „Avatare, Agenten, Androiden: Neue Akteure in der Hochschulbildung?“ KI-Campus-Hub NRW am 14.07.2026. Hagen: FernUni Hagen; 2026. Zugänglich unter/available from: https://fernuni-ki-campus.fernuni-hagen.de/symposium-am-14-7-2026-avatare-agenten-androiden-neue-akteure-in-der-hochschulbildung/

20. Polidori MC, Malva JO. Multidisciplinary education to support healthy lifestyles and disease management: Health and longevity in the 21st century. In: Wilkesmann J, editor. Innovation and Entrepreneurship within Health Education: International Perspectives on Multidisciplinary Collaboration and Digital Skills. Abingdon: Routledge; 2025. p.4-17. DOI: 10.4324/9781003568650-2

21. Gogollari A, Schmitz RM, Schnabel KP, Huwendiek S, Gysin S, Schirlo C, Tolks D, Schauer S, Guttormsen S. Perceptions of digital learning and teaching among Swiss medical students after the COVID-19 pandemic: Results of a nationwide cross-sectional survey in 2022. GMS J Med Educ. 2026;43(7):Doc99. DOI: 10.3205/zma001893

22. Klemmt M, Krauss SH, Bausewein C, Rosenbuch J, Saab MM, Hartigan I, Skvortsova A, Van Vliet LM, Pereira Alves PJ, Hrdlicka J, Wild J, Rusinova K, Zielina M, Hrdlickova L, Payne C, Stiel S, Afshar K. Virtual reality in communication training: Comparison of two scenarios for delivering bad news from the perspective of medical students and educators in Germany. GMS J Med Educ. 2026;43(7):Doc98. DOI: 10.3205/zma001892

23. Bodle S, Stricker D, Bayer Y, Huwendiek S, Breckwoldt J. Blended learning online vs. traditional face-to-face courses in faculty development: Outcomes and cost effectiveness. GMS J Med Educ. 2026;43(7):Doc92. DOI: 10.3205/zma001886

24. Gornostayeva M, Schüttpelz-Brauns K, Ruseva NA, Hoffmann K. Design of a digital logbook – user-friendliness, practical relevance and usefulness as a training tool, using the example of the block clinical placement in general practice at the Mannheim Faculty of Medicine. GMS J Med Educ. 2026;43(7):Doc91. DOI: 10.3205/zma001885

25. Neusens PJ, Held D, Siegel M, Becker SL, Rothe C, Stich A, Lindert J, Schneitler S. Enhancing accessibility to niche field education through inter-university teaching by a nationwide online lecture series in tropical medicine and global health in Germany. GMS J Med Educ. 2026;43(7):Doc88. DOI: 10.3205/zma001882

26. Agricola CJ, Neumann FA, Juschka ML, Mohr S, Zyriax BC. Interprofessional socialisation of midwifery and medical students: Findings from a post-evaluation of the IPE-MidMed educational project“. GMS J Med Educ. 2026;43(7):Doc94. DOI: 10.3205/zma001888

27. Zyriax BC, Kerschke L, Schmittinger J, Haarmann L, Guse AH, Diercks BJ, Wortmann A, Mohr S, Heirnich T, Loreth D, Schwoerer AP. The “integrated midwifery science – biochemistry – physiology track” in the BSc midwifery science programme in Hamburg as a model for the interdisciplinary teaching of basic biosciences. GMS J Med Educ. 2026;43(7):Doc93. DOI: 10.3205/zma001887

28. Amare EM, Zerihun AB, McCall N, Jimma TT, Abdelrahmann HA, Balachew AG, Zelelew BE, Rasheed IO. Enhancing the defensibility of cut scores: A multi-source evaluation of a modified Angoff standard-setting process in a high-stakes medical examination. GMS J Med Educ. 2026;43(7):Doc95. DOI: 10.3205/zma001889

29. Knof H, Huber V, Shiozawa T. Validation of a short form of the German form of the classroom community scale (CCS-D-SF). GMS J Med Educ. 2026;43(7):Doc97. DOI: 10.3205/zma001891

30. Doneith T, Müller D, Förster C, Schwill S. “Emergencies in general practice consultations and during homevisits”: Development, implementation and evaluation of a simulation-based emergency training program within postgraduate training in general practice (KWBW-Verbundweiterbildungplus). GMS J Med Educ. 2026;43(7):Doc89. DOI: 10.3205/zma001883

31. Kimmig C, Langer T, Heinzmann A, Straub C. “I've never looked into ears this much before” – medical education in ambulatory pediatrics for final year medical students: A mixed-methods evaluation study of a pilot program 2022-2023. GMS J Med Educ. 2026;43(7):Doc96. DOI: 10.3205/zma001890

32. Wassner O, Naater C, Barbier JM, Streit S, Moor J. Estimating the prevalence of sexual harassment in internal medicine in Switzerland – a secondary analysis of a cross-sectional survey. GMS J Med Educ. 2026;43(7):Doc90. DOI: 10.3205/zma00f1883

33. Cecchin-Albertoni C, Marty M, Valera MC. The feelings experienced by peer mentors in clinical dental education: A qualitative study. GMS J Med Educ. 2026;43(7):Doc87. DOI: 10.3205/zma001881

34. Unger C, Jaeger C, Volk M, Rink L, Gorkotte J, Kuehlein T, Felix W. Doc and order: Implementation and pre-post evaluation of a course in medical law for medical students. GMS J Med Educ. 2026;43(7):Doc86. DOI: 10.3205/zma001879

Corresponding author:
Christoph Stosch
University of Cologne, Faculty of Medicine and University Hospital Cologne, Office of the Dean of Studies, Joseph-Stelzmann-Str. 20. D-50931 Cologne, Germany
c.stosch@uni-koeln.de

Please cite as
Stosch C, Polidori MC. Well-being-oriented health care: What kind of doctors – for what kind of healthcare system? GMS J Med Educ. 2026;43(7):Doc102.
DOI: 10.3205/zma001896, URN: urn:nbn:de:0183-zma0018968

This article is freely available from
https://doi.org/10.3205/zma001896

Received: *2026-01-22*
Revised: *2026-09-07*
Accepted: *2026-09-07*
Published: *2026-11-16*

Copyright
©2026 Stosch 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/.

Well-being-oriented Health Care: Welche Ärztinnen und Ärzte – für welches Gesundheitssystem?

Christoph Stosch[1]
Maria Cristina Polidori[2,3]

1 Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum Köln, Studiendekanat, Köln, Deutschland

2 Universitätsklinikum Köln, Klinik II für Innere Medizin, Klinische Altersforschung, Köln, Deutschland

3 Universität zu Köln, Cologne Cluster of Excellence on Aging and Aging-associated Diseases, Exzellenzcluster CECAD, Köln, Deutschland

Leitartikel

Medizinische Ausbildung fragt seit Jahrzehnten mit zunehmender Präzision, welche Kompetenzen Ärztinnen und Ärzte im Studium erwerben müssen. Der oft zähe Aushandlungsprozess – die Anfänge des NKLM beginnend 2011 – birgt zugleich das Risiko, wichtige, aber weniger nachdrücklich vertretene Themen aus dem Blick zu verlieren. Die gegenwärtige Situation des Gesundheitswesens zwingt uns die Frage des NKLM „Welche Ärztinnen und Ärzte wollen wir ausbilden“ um die Frage „Für welches Gesundheitssystem“ zu erweitern. Technischer und wissenschaftlicher Fortschritt erweitert die Möglichkeiten der Medizin, während Zeit, Aufmerksamkeit, Beziehung und nachhaltige Arbeitsfähigkeit unter Druck geraten. Im MB-Monitor 2024 berichteten 49% von 9.649 angestellten Ärztinnen und Ärzten häufige Überlastung, weitere 11% davon, ständig über die eigenen Grenzen zu gehen; 28% erwogen, die Patientenversorgung ganz zu verlassen [1]. Die nicht repräsentative Mitgliederbefragung beschreibt ein international sichtbares Problem: Eine Metaanalyse von 170 Beobachtungsstudien mit 239.246 Ärztinnen und Ärzten zeigte Assoziationen von Burnout mit geringerer beruflicher Bindung, Wechselabsichten und ungünstigeren Indikatoren der Versorgungsqualität [2]. Gerade im Licht der jüngsten Berichte zu Machtmissbrauch und sexueller Belästigung im Gesundheitssystem im Kontext des 130. Deutschen Ärztetag [3] ist das Wohlbefinden der Behandelnden keine private Komfortfrage mehr oder eine Frage an den Lifestyle einzelner. Zumeist ärztliche Kolleginnen – aber nicht nur sie – werden durch zutiefst unärztliche Verhaltensweisen in ihrer Integrität verletzt und in ihrem beruflichen wie persönlichen Wohlbefinden beeinträchtigt; dies berührt am Ende auch die Funktionsfähigkeit und Qualität der Versorgung.

Die Sprache von „Burnout“ und „Resilienz“ birgt eben die stete Gefahr, ein systemisches Problem zu individualisieren. Schulte, Lutz und Kiessling beschrieben 2024 im JME eine professionelle Kultur, in der die eigene Gesundheit nachrangig erscheint, mit Leistungsfähigkeit gleichgesetzt und Schwäche oder Krankheit tabuisiert werden können; frühe Sozialisation und Krankenhauskultur stabilisieren diese Muster als Teil professioneller Identität [4]. Wenn Studierende lernen, gute Ärztinnen und Ärzte seien immer verfügbar, ignorierten eigene Grenzen und hielten Belastung still aus, ist auch das Lehre - nur im Hidden Curriculum. Medizinische Ausbildung kann gegenüber den Arbeits- und Wertekulturen des Gesundheitswesens nicht neutral sein.

Der Gedanke ist nicht neu. Bodenheimer und Sinsky erweiterten 2014 den Triple Aim um die Verbesserung des Arbeitslebens der Gesundheitsberufe zum Quadruple Aim und betonten damit, dass gute Patientenversorgung die Sorge um diejenigen voraussetzt, die sie leisten [5]. Wir schlagen vor, diesen Gedanken für die medizinische

Ausbildung als „Well-being-oriented Health Care“ weiterzuführen. Gemeint ist weder ein Wellness-Programm noch ein isoliertes Kompetenzfeld, sondern eine normative Orientierung für Versorgung und Ausbildung: Patientenwohl, Gesundheit und nachhaltige Arbeitsfähigkeit der Gesundheitsberufe, Qualität menschlicher Beziehungen und sinnvolle professionelle Arbeit werden als verbundene Bedingungen guter Medizin verstanden.

Das aktuelle JME-Themenheft zur Professional Identity Formation (PIF) bietet hierfür einen entscheidenden Ausgangspunkt. Berberat et al. betonen, dass medizinische Ausbildung mehr umfasst als prüfbares Wissen und Fertigkeiten, den Arzt als Menschen in den Mittelpunkt rückt und soziale wie systemische Faktoren professioneller Identität berücksichtigen muss [6]. Genau hier setzt Well-being-oriented Health Care an. PIF erinnert daran, dass das Werden zur Ärztin oder zum Arzt zählt - in einer Linie mit früheren Überlegungen zur Salutogenese von Ärzt*innen [7]. Well-being-oriented Health Care ergänzt die Frage: Zu welcher Art von Ärztin oder Arzt – und für welche Art von Gesundheitswesen?

Dabei darf „Arztpersönlichkeit“ nicht als Forderung nach einem normierten Persönlichkeitstyp missverstanden werden. Die im JME 2026 vorgeschlagene deutschsprachige Begriffsbestimmung versteht PIF als fortlaufenden, bewussten und unbewussten Interaktionsprozess zwischen Person und Umwelt [8]. Professionelle Identität entsteht zwischen persönlichen Werten, Patientenbegegnungen, Vorbildern, (interprofessionellen) Teams, Hierarchien und institutionellen Bedingungen. Longitudinale Ansätze wie das Augsburger Maturitas-Curriculum verankern Reflexion, Mentoring und die bewusste Auseinandersetzung mit der medizinischen Rolle über das Studium hinweg [9]. Im Sinne des „reflexiven Subjekts“ [10] und früherer Überlegungen zu Inhalten ärztlicher Ausbildung [11] bezeichnet Arztpersönlichkeit keine vorgegebene Charakterstruktur, sondern eine reflektierte professionelle Identität, in der Fachlichkeit, Werte, Selbstkenntnis, Beziehungskompetenz, Verantwortung und die Wahrnehmung eigener Grenzen zusammenkommen.

Auch die Geschichte rollenbasierter Kompetenzmodelle ist lehrreich. In den Vorarbeiten zu CanMEDS war die Person des Arztes ausdrücklich sichtbar; in der späteren Rollenarchitektur wurde „Physician as Person“ nicht als eigenständige Rolle fortgeführt [12]. Vielleicht ist die Person gerade deshalb schwer als einzelne Rolle abzubilden, weil sie alle Rollen verbindet. Für eine well-being-orientierte Ausbildung ist daher weniger entscheidend, eine achte Rolle zu ergänzen, als Studierende zu befähigen, ihre Rollen zu einer langfristig tragfähigen professionellen Identität zu integrieren. Was folgt daraus praktisch (und wir werden diese Frage nicht abschließend beantworten können)?

Erstens muss der Umgang mit Ambiguität zu einem Kern professioneller Bildung werden. Medizin ist selten die Anwendung eindeutiger Evidenz auf eindeutige Probleme; Entscheidungen entstehen oft bei unvollständiger Evidenz, kollidierenden Werten, begrenzten Ressourcen oder mehreren vertretbaren Optionen. Harendza fordert im JME eine Lernkultur, in der Fragen, unterschiedliche Positionen, Fehler und eigene Unsicherheit reflektiert werden können [13]. Das PIF-Themenheft zeigt mit dem Seminar „Suddenly, at the hospital“, wie klinische Dilemmata ohne einfache Lösung gezielt zur Identitätsentwicklung genutzt werden können [14]. Wiederkehrende ethische Fallbesprechungen können so Ambiguitätstoleranz, moralische Urteilskraft und verantwortliches Handeln unter Unsicherheit fördern.

Zweitens müssen Selbstfürsorge, kollegiale Fürsorge und Resilienz als professionelle Fähigkeiten verstanden werden - ohne Resilienz zum Reparaturbetrieb für schlechte Strukturen zu machen. Warnken et al. integrieren Peer Support, Selbstfürsorge und kollegiale Unterstützung ausdrücklich in die professionelle Identitätsentwicklung von Medizinstudierenden [15]. Im klassischen Sinn der Selbstsorge und bei Foucault als „Technologien des Selbst“ beschrieben, hat ethische Selbstbildung auch historische Vorbilder [16]. Glaubwürdig wird sie nur, wenn formales und Hidden Curriculum dieselbe Botschaft senden. Eine Fakultät kann nicht vormittags Selbstfürsorge lehren und nachmittags Selbstüberforderung als Professionalität belohnen. Ziel kann nicht sein, Studierende resilient genug für ein krank machendes System zu machen, sondern Menschen auszubilden, die Belastung erkennen, Hilfe annehmen, Kolleg*innen unterstützen und Strukturen verändern können, die gute Medizin verhindern.

Drittens eröffnet die Digitalisierung – insbesondere künstliche Intelligenz – die Chance, die Zielrichtung technologischer Innovation neu zu bestimmen. Im JME wurde bereits 2023 diskutiert, dass generative KI-Lehre, Lernen und Assessment grundlegend verändern und deshalb aktiv in die Ausbildung integriert werden muss [17]. Die weiterführende Frage lautet: Was soll KI in der Medizin optimieren? Mehr Durchsatz kann die Verdichtung des Systems beschleunigen; reduzierte administrative Last kann dagegen Aufmerksamkeit für Patientinnen und Patienten zurückgeben. Eine multizentrische Prä-/Post-Studie mit 263 ambulant tätigen Behandelnden fand nach 30 Tagen Ambient-AI-Scribe-Nutzung Assoziationen mit weniger Burnout, geringerer dokumentationsbezogener Belastung, weniger Dokumentationszeit außerhalb der Arbeitszeit und mehr ungeteilter Aufmerksamkeit [18]. Eine Kausalaussage erlaubt das Design nicht; es verweist aber auf eine wichtige Zielgröße: Zeit für Beziehung, Gespräch und ärztliche Urteilskraft. Daraus entsteht ein neuer curricularer Gegenstand: „Die gute Ärztin und der gute Arzt in Zeiten von KI am Krankenbett“. Studierende müssen nicht nur Funktionsweise und Grenzen von KI kennen (von Prompt- bis Harness-Engineering [19]), sondern diskutieren, welche Tätigkeiten delegierbar sind und welche Verantwortung nicht delegiert werden kann. Dokumentationsentwürfe, Informationsstrukturierung und administrative Routinen können unterstützt werden; Prüfung, Umgang mit Unsicherheit, Aushandlung von Werten, geteilte Entscheidungsfindung und Verantwortung für Konsequenzen bleiben ärztliche Aufgaben.

Ebenso muss Ausbildung fragen: Fließt die durch Technologie gewonnene Zeit zurück zu Patient*innen, Team und Reflexion – oder nur in einen höheren Takt?
Well-being-oriented Health Care wäre damit kein zusätzliches Thema neben PIF, Kommunikation, Ethik, Resilienz und Digitalisierung, sondern eine gemeinsame normative Klammer. Wenn Gesundheitsversorgung im 21. Jahrhundert über Krankheitsbehandlung hinaus stärker auf Gesundheitserhalt und ein gesundes Leben über den gesamten Lebensverlauf zielt, muss sich auch die medizinische Ausbildung weiterentwickeln [20]. Ihre Aufgabe wäre nicht nur, Studierende auf das bestehende System vorzubereiten, sondern reflektierte professionelle Persönlichkeiten zu entwickeln, die es mitgestalten - für eine Medizin, in der Patient*innen ebenso wie alle Gesundheitsberufe als Personen sichtbar bleiben und sich unter guten Bedingungen entfalten können. Vielleicht liegt darin die zeitgemäße Rückkehr des „Physician as Person“: nicht als zusätzliche Rolle, sondern als Person, die alle Rollen verbindet – fachlich exzellent, beziehungsfähig, selbstreflexiv und bereit, die Bedingungen guter Medizin mitzugestalten.

In dieser Ausgabe des JME

Die Beiträge zeigen medizinische Ausbildung zwischen technologischer Innovation, curricularer Weiterentwicklung und professionellen Lern- und Arbeitswelten. Digitale und simulationsbasierte Formate adressieren VR-Kommunikationstraining, ressourcenschonendes Faculty Development, digitale Logbücher und hochschulübergreifende Lehre in Nischenfächern [21], [22], [23], [24], [25]. Curriculare Integration und interprofessionelles Lernen werden in Medizin und Hebammenwissenschaft untersucht [26], [27]; Assessment und Qualitätssicherung anhand von Standard Setting und einer Kurzskala zum Gemeinschaftserleben [28], [29]. Praxis- und kompetenzorientierte Ausbildung steht bei simulationsbasiertem Notfalltraining und ambulanter Pädiatrie im Fokus [30], [31]. Beiträge zu sexueller Belästigung, den Emotionen studentischer Peer-Mentor*innen sowie zum Umgang mit rechtlicher und medizinischer Unsicherheit richten den Blick auf professionelle Sozialisation, Lernkultur und Wohlbefinden [32], [33], [34]]. Sie erinnern daran, dass Ausbildungsqualität nicht nur davon abhängt, was gelernt wird, sondern auch davon, unter welchen Bedingungen Menschen lernen, arbeiten und Verantwortung übernehmen.

Anmerkungen

Angabe zum Einsatz generativer KI

Für die sprachliche Überarbeitung und Übersetzung ins Englische, Kürzung sowie zur Unterstützung der Literaturrecherche wurde ChatGPT (OpenAI, GPT-5.6 Sol) eingesetzt. Sämtliche Aussagen, Quellen und Formulierungen wurden von den Autor*innen geprüft und überarbeitet.

ORCIDs der Autor*innen

- Christoph Stosch: [0000-0003-1001-4310]
- Maria Cristina Polidori: [0000-0002-8881-904X]

Interessenkonflikt

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

Literatur

1. Marburger Bund. MB-Monitor 2024: Zusammenfassung der Ergebnisse. Berlin: Marburger Bund; 2025.
2. Hodkinson A, Zhou A, Johnson J, Geraghty K, Riley R, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham CA, Peters D, Esmail A, Panagioti M. Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2022;378:e070442. DOI: 10.1136/bmj-2022-070442
3. Bundesärztekammer. Klares Zeichen gegen Machtmissbrauch und Grenzüberschreitungen im Gesundheitswesen. Berlin: Bundesärztekammer; 2026. Zugänglich unter/available from: https://www.bundesaerztekammer.de/presse/aktuelles/detail/klares-zeichen-gegen-machtmissbrauch-und-grenzueberschreitungen-im-gesundheitswesen
4. Schulte H, Lutz G, Kiessling C. Why is it so hard to improve physicians' health? A qualitative interview study with senior physicians on mechanisms inherent in professional identity. GMS J Med Educ. 2024;41(5):Doc66. DOI: 10.3205/zma001721
5. Bodenheimer T, Sinsky C. From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. Ann Fam Med. 2014;12(6):573-576. DOI: 10.1370/afm.1713
6. Berberat PO, Michl S, Schildmann J, Fabry G. Professional Identity Formation – important, complex, and dynamic. GMS J Med Educ. 2026;43(3):Doc42. DOI: 10.3205/zma001836
7. Schwan R, Langewitz W, Stosch C. Arzt und Patient, Arzt gleich Patient: Überlegungen zur Salutogenese des Arztes. In: Schüffel W, Brucks U, Johnen R, Köllner V, Lamprecht F, Schnyder U, editors. Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis. Wiesbaden: Ullstein Medical; 1998. p.261-264.
8. Schick K, Kühlmeyer K, Jömann B, Schumm M, Mathes S, Homberg A. Professional Identity Formation in medical education and training – a discursive determination of the term in German-speaking contexts. GMS J Med Educ. 2026;43(3):Doc35. DOI: 10.3205/zma001829
9. Drossard S, Schuh S, Gerheuser F, Warnken I, Schöningh B, Härtl A. Maturitas: Development and implementation of a longitudinal curriculum to foster Professional Identity Formation at the medical faculty of the University of Augsburg. GMS J Med Educ. 2026;43(3):Doc39. DOI: 10.3205/zma001833
10. Obliers R, Bitter C, Kaerger H, Bischofs P, Köhle K. Aggregierung subjektiver Theorien jenseits des Subjekts - Subjektive Autobiographie-Theorien von Ärztinnen und Ärzten in der Fortbildung zur psychosomatischen Grundversorgung. In: Witte EH, editor. Sozialpsychologie der Kognition. Lengerich: Pabst; 1998. p.149-182.
11. Köhle K, Koerfer A, Obliers R. Künftige Inhalte der Ausbildung zum Arzt. In: Helmich P, Nöring R, in der Schmitten J, Schwantes U, Seelbach H, Sohn W, Hrsg. Primärärztliche Patientenbetreuung: Lehre, Forschung, Praxis. Stuttgart: Schattauer; 1997. p.169-177.

12. Whitehead C, Selleger V, van de Kreeke J, Hodges B. The 'missing person' in roles-based competency models: a historical, cross-national, contrastive case study. Med Educ. 2014;48(8):785-795. DOI: 10.1111/medu.12482

13. Harendza S. Dealing with uncertainty. GMS J Med Educ. 2024;41(1):Doc13. DOI: 10.3205/zma001668

14. Schick K, Kantenwein V, Schumm M, Bertram T, Fritzsche MC, Sapoutzis N, Holzmann-Littig C, Wijnen-Meijer M. Dealing with dilemmas in daily clinical practice: The development and evaluation of the seminar 'suddenly, at the hospital' aimed at promoting Professional Identity Formation in the final practical year of undergraduate medical education. GMS J Med Educ. 2026;43(3):Doc29. DOI: 10.3205/zma001823

15. Warnken I, Schindler AK, Hinzmann D, Igl A, Rotthoff T. Promoting professional identity through peer support during studies: A report on the peer support in medical education project. GMS J Med Educ. 2026;43(3):Doc30. DOI: 10.3205/zma001824

16. Foucault M. The Hermeneutics of the Subject: Lectures at the Collège de France 1981-1982. New York: Palgrave Macmillan; 2005.

17. Moritz S, Romeike B, Stosch C, Tolks D. Generative AI (gAI) in medical education: Chat-GPT and co. GMS J Med Educ. 2023;40(4):Doc54. DOI: 10.3205/zma001636

18. Olson KD, Meeker D, Troup M, Barker TD, Nguyen VH, Manders JB, et al. Use of Ambient AI Scribes to Reduce Administrative Burden and Professional Burnout. JAMA Netw Open. 2025;8(10):e2534976. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2025.34976

19. Weßels D. Mit AI-Agents in die Zukunft der Hochschulbildung. In: Symposium „Avatare, Agenten, Androiden: Neue Akteure in der Hochschulbildung?“ KI-Campus-Hub NRW am 14.07.2026. Hagen: FernUni Hagen; 2026. Zugänglich unter/available from: https://fernuni-ki-campus.fernuni-hagen.de/symposium-am-14-7-2026-avatare-agenten-androiden-neue-akteure-in-der-hochschulbildung/

20. Polidori MC, Malva JO. Multidisciplinary education to support healthy lifestyles and disease management: Health and longevity in the 21st century. In: Wilkesmann J, editor. Innovation and Entrepreneurship within Health Education: International Perspectives on Multidisciplinary Collaboration and Digital Skills. Abingdon: Routledge; 2025. p.4-17. DOI: 10.4324/9781003568650-2

21. Gogollari A, Schmitz RM, Schnabel KP, Huwendiek S, Gysin S, Schirlo C, Tolks D, Schauer S, Guttormsen S. Perceptions of digital learning and teaching among Swiss medical students after the COVID-19 pandemic: Results of a nationwide cross-sectional survey in 2022. GMS J Med Educ. 2026;43(7):Doc99. DOI: 10.3205/zma001893

22. Klemmt M, Krauss SH, Bausewein C, Rosenbuch J, Saab MM, Hartigan I, Skvortsova A, Van Vliet LM, Pereira Alves PJ, Hrdlicka J, Wild J, Rusinova K, Zielina M, Hrdlickova L, Payne C, Stiel S, Afshar K. Virtual reality in communication training: Comparison of two scenarios for delivering bad news from the perspective of medical students and educators in Germany. GMS J Med Educ. 2026;43(7):Doc98. DOI: 10.3205/zma001892

23. Bodle S, Stricker D, Bayer Y, Huwendiek S, Breckwoldt J. Blended learning online vs. traditional face-to-face courses in faculty development: Outcomes and cost effectiveness. GMS J Med Educ. 2026;43(7):Doc92. DOI: 10.3205/zma001886

24. Gornostayeva M, Schüttpelz-Brauns K, Ruseva NA, Hoffmann K. Design of a digital logbook – user-friendliness, practical relevance and usefulness as a training tool, using the example of the block clinical placement in general practice at the Mannheim Faculty of Medicine. GMS J Med Educ. 2026;43(7):Doc91. DOI: 10.3205/zma001885

25. Neusens PJ, Held D, Siegel M, Becker SL, Rothe C, Stich A, Lindert J, Schneitler S. Enhancing accessibility to niche field education through inter-university teaching by a nationwide online lecture series in tropical medicine and global health in Germany. GMS J Med Educ. 2026;43(7):Doc88. DOI: 10.3205/zma001882

26. Agricola CJ, Neumann FA, Juschka ML, Mohr S, Zyriax BC. Interprofessional socialisation of midwifery and medical students: Findings from a post-evaluation of the IPE-MidMed educational project“. GMS J Med Educ. 2026;43(7):Doc94. DOI: 10.3205/zma001888

27. Zyriax BC, Kerschke L, Schmittinger J, Haarmann L, Guse AH, Diercks BJ, Wortmann A, Mohr S, Heirnich T, Loreth D, Schwoerer AP. The “integrated midwifery science – biochemistry – physiology track” in the BSc midwifery science programme in Hamburg as a model for the interdisciplinary teaching of basic biosciences. GMS J Med Educ. 2026;43(7):Doc93. DOI: 10.3205/zma001887

28. Amare EM, Zerihun AB, McCall N, Jimma TT, Abdelrahmann HA, Balachew AG, Zelelew BE, Rasheed IO. Enhancing the defensibility of cut scores: A multi-source evaluation of a modified Angoff standard-setting process in a high-stakes medical examination. GMS J Med Educ. 2026;43(7):Doc95. DOI: 10.3205/zma001889

29. Knof H, Huber V, Shiozawa T. Validation of a short form of the German form of the classroom community scale (CCS-D-SF). GMS J Med Educ. 2026;43(7):Doc97. DOI: 10.3205/zma001891

30. Doneith T, Müller D, Förster C, Schwill S. “Emergencies in general practice consultations and during homevisits”: Development, implementation and evaluation of a simulation-based emergency training program within postgraduate training in general practice (KWBW-Verbundweiterbildungplus). GMS J Med Educ. 2026;43(7):Doc89. DOI: 10.3205/zma001883

31. Kimmig C, Langer T, Heinzmann A, Straub C. “I've never looked into ears this much before” – medical education in ambulatory pediatrics for final year medical students: A mixed-methods evaluation study of a pilot program 2022-2023. GMS J Med Educ. 2026;43(7):Doc96. DOI: 10.3205/zma001890

32. Wassner O, Naater C, Barbier JM, Streit S, Moor J. Estimating the prevalence of sexual harassment in internal medicine in Switzerland – a secondary analysis of a cross-sectional survey. GMS J Med Educ. 2026;43(7):Doc90. DOI: 10.3205/zma00f1883

33. Cecchin-Albertoni C, Marty M, Valera MC. The feelings experienced by peer mentors in clinical dental education: A qualitative study. GMS J Med Educ. 2026;43(7):Doc87. DOI: 10.3205/zma001881

34. Unger C, Jaeger C, Volk M, Rink L, Gorkotte J, Kuehlein T, Felix W. Doc and order: Implementation and pre-post evaluation of a course in medical law for medical students. GMS J Med Educ. 2026;43(7):Doc86. DOI: 10.3205/zma001879

Korrespondenzadresse:
Christoph Stosch
Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum Köln, Studiendekanat, Joseph-Stelzmann-Str. 20, 50931 Köln, Deutschland
c.stosch@uni-koeln.de

Bitte zitieren als
Stosch C, Polidori MC. Well-being-oriented health care: What kind of doctors – for what kind of healthcare system? GMS J Med Educ. 2026;43(7):Doc102.
DOI: 10.3205/zma001896, URN: urn:nbn:de:0183-zma0018968

Artikel online frei zugänglich unter
https://doi.org/10.3205/zma001896

Eingereicht: *22.01.2026*
Überarbeitet: *07.09.2026*
Angenommen: *07.09.2026*
Veröffentlicht: *16.11.2026*

Copyright
©2026 Stosch 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/.