

Why is it so hard to improve physicians' health? A qualitative interview study with senior physicians on mechanisms inherent in professional identity

Abstract

Objectives: Current research increasingly describes physicians' health as endangered. Interventions to improve physicians' health show inconsistent results. In order to investigate possible causes for weak long-term effects, we examined senior physicians' perceptions about the relevance of their own health and analyzed whether and how these might affect the difficulty to improve physicians' health.

Method: The authors conducted 19 semi-structured interviews with senior physicians from different medical disciplines, analyzed the data and developed theory using the grounded theory method.

Results: Based on the interviews, we developed a conceptual model which identifies reinforcing factors for physicians' hesitancy in self-care as well as barriers to change. Participants regarded their own health needs as low and equated health with performance. These perceptions were described as being part of their professional identity and mirrored by the hospital culture they work in. Mechanisms as part of the collective professional identity (CPI) of physicians help to stabilize the status quo through early socialization and pride in exceptional performance. In addition, the tabooing of weakness and illness among colleagues, and dissociation from patients as well as sick doctors were identified as stabilizing mechanisms.

Conclusion: Findings support the assumption that one cause of physicians' health problems might lie in a CPI that includes tendencies to rate one's health as secondary or irrelevant. Identified mechanisms against change are, according to Social Identity Theory, typical group strategies which ensure the stability of CPI and make existing attitudes and beliefs difficult to change. However, barriers against change could possibly be overcome by addressing these underlying mechanisms and by a change process that is supported by experienced and competent members of the in-group for the benefit of both physicians and patients.

Keywords: physicians' health, resilience, professional identity formation, interviews

Heike Schulte¹

Gabriele Lutz^{2,3}

Claudia Kiessling¹

1 Witten/Herdecke University, Faculty of Health, Chair for the Education of Personal and Interpersonal Competencies in Health Care, Witten, Germany

2 Witten/Herdecke University, Faculty of Health, Witten, Germany

3 Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, Herdecke, Germany

1. Introduction

We have known for some time now that becoming a doctor can be a health risk. Research has shown a decrease in students' resilience over the time of their professional training [1], [2] and a high prevalence of burnout in medical trainees and junior doctors [3], [4], [5], [6]. Physicians also present several other health issues, including higher rates of depression, anxiety, suicide, stress, emotional exhaustion compared to the overall population [5] as well as increased cardiovascular mortality [7]. Burnout has been associated with reduced quality outcomes for patients and decreased physician productivity [8], [9], [10], which results in considerable costs at a societal level [11], [12].

Over the past years, programs have been implemented to enhance physicians' health and to reduce burnout and stress, most frequently applying resilience or mindfulness trainings [13], [14], [15], [16], [17], [18], [19], [20]. Resilience in this context refers to the ability to successfully adapt to acute or chronic stress and stay healthy despite negative stressors, such as stressful events [21]. Systematic reviews reveal that the effectiveness of these interventions remains inconsistent, and it is unclear if positive effects are sustainable in the long term [22], [23], [24]. This raises the question of potential barriers to an improvement of physicians' health behavior which are not yet sufficiently understood but may limit the effectiveness of resilience programs. These barriers may exist on an individual level, on the level of the medical profession as a

group, or be based on professional identity and on organizational or systemic factors [7].

We know from the literature that there is inconsistency between verbal attitudes and overt actions on the individual level [25] with a large body of research explaining and further investigating this issue. Little research has been done about the influence of the professional identity on attitudes and actual behavior in relation to health. While the professional identity has been shown to be important for physicians in many respects, there is no generally accepted definition of the concept, and definitions vary greatly [26], [27]. According to Cruess et al. [28], the process of professional identity formation (PIF) is an adaptive developmental process of individuals "organizing their experiences into a meaningful whole that incorporates their personal, private, public, and professional "selves"" ([28], p.2), which is related to three domains influencing and developing identity. The individual domain includes personal characteristics, beliefs about one's self, and the impact of multiple life experiences. The relational domain expresses the influence on the identity of significant private and professional individuals. The collective domain "reflects the impact of the social groups to which an individual belongs or wishes to join" ([28], p.2). We will call this domain the collective professional identity (CPI). While we do know that attitudes, beliefs, and perceptions change in the PIF process in general [28], [29], [30], [31], little research has been done so far on how the PIF process might shape perceptions and attitudes about physicians' health.

In this study, we explore perceptions held by physicians about the relevance of their own health and whether these perceptions might influence their willingness to practice self-care. Seeking to understand the sociopsychological processes underlying physicians' insufficient self-care and the fact that interventions to improve health only show inconsistent evidence, our research questions (RQ) are:

- RQ1 – What kind of perceptions do physicians hold about the relevance of their own health, which might inhibit proper health behavior in physicians?
- RQ2 – Are there factors within the CPI which reinforce these perceptions and prevent change?

2. Methods

A qualitative research approach using semi-structured interviews and applying grounded theory methodology was chosen to collect and analyze information on the perspectives of senior physicians and to inductively develop new theory based on the data examined [32], [33].

2.1. Research team

The interprofessional research team contributed pertinent characteristics and reflexivity to the qualitative assessment [34]. The research team consisted of a psychologist with qualitative research experience and a background

in leadership development (HS), a physician and head of a psychosomatic department with qualitative research experience in reflective practice formats and PIF (GL), and a physician and professor with experience in qualitative and quantitative research on medical education (CK).

2.2. Participants and sampling

We conducted the interviews between January and October 2020. We selected attending and chief physicians as interview partners, because they have successfully established a career in the medical world and will likely have internalized attitudes that are typical of the profession. The study population consisted of physicians from internal medicine, general surgery, and radiology. Fields were selected with the goal of creating a heterogeneous sample in terms of gender, quality, and quantity of interaction with patients and technology as well as the level of invasiveness (cutting and non-cutting) and work setting. Recruitment involved email and face-to-face invitations. All interview partners volunteered to participate in the study and did not receive reimbursement. In keeping with the constructivist grounded theory method, we started with easily accessible interview partners and progressed to purposive and then theoretical sampling to the point of theoretical saturation [35].

2.3. Data collection

The interview guide was developed by the research team based on the grounded theory approach [32], [33]. HS piloted the interview guide in two interviews and the research team refined the guide afterwards. Experiences gained during the interviews were meticulously analyzed by the research team in regular meetings to remain aware of how the interviewer's identity and background informed her data collection process [36]. Interviews were conducted by HS in one-on-one settings at a time and place of the participant's choice. Interviews took 30-93 minutes (average duration 64 minutes), were audio-recorded, transcribed, and pseudonymized.

2.4. Data coding and analysis

We followed the iterative process of data collection, coding, and analysis characteristic [32]. We began our analysis of the transcripts by generating codes to describe and classify the phenomenon under consideration (open coding), followed by an identification of relationships between categories (axial coding), and ending with selective coding to develop a conceptual model (theory) of our research [32]. The researchers HS, GL, CK and a resident with experience in qualitative research in PIF participated in coding and discussing the first ten interviews until an initial conceptual framework was found. We discussed the framework with two external auditors, both physicians and involved in undergraduate medical education, to enhance the trustworthiness and credibility of the emer-

ging theory. Subsequently, HS continued the coding, while the research team met regularly to discuss transcripts and emerging theory by way of inductive-deductive reasoning. This included reflections on how team dynamics and personal attitudes towards health could potentially influence our decision-making process, as well as considerations of methodological and contextual factors. As our conceptual framework advanced, we started reviewing and discussing relevant literature, looking for a theoretical foundation to anchor our central categories and their relationship to each other, a process that was supported by memos and different types of visualization. After the analysis of nineteen interviews, no new significant data appeared, and after another review with the external auditors we closed the data collection process. We used the software MAXQDA 2020 (VERBI Software, Berlin, Germany) for data management and coding.

2.5. Ethical approval

Authors obtained approval from the Witten/Herdecke University ethics committee (application no. 214/2019) and obtained written informed consent from each participant.

3. Results

3.1. Characteristics of interview partners

We conducted 19 interviews (15 face to face in presence, one via videoconference, and two via telephone). Of these, six interview partners were females, 13 males. Age ranged from under 40 (one person) to over 60 (two persons), nine were between 41 and 50 years of age, and seven between 51 and 60. They represented different work settings: nine interview partners came from the field of internal medicine, five from surgery and five from radiology. Of these, eight worked in a private, five in public, and six in ecclesiastical hospitals.

3.2. Conceptual model

Our conceptual model (see figure 1) explains factors which can prevent the success of interventions aimed at improving physicians' health behavior. Firstly, physicians perceive their own health needs as unimportant and prioritize their ability to perform and their commitment to service over their health. Secondly, this tendency is rooted in their CPI. Thirdly, they tend to resist change and maintain the status quo. The mechanisms behind their tendency to resist change are also inherent in their professional identity and include early socialization into the physician-in-group, a sense of pride in exceptional performance, and the ability to suppress their own health needs. Additionally, weakness and especially mental illness among physicians are often tabooed, and physicians are inclined to dissociate themselves from patients and sick doctors.

3.3. RQ1 – What kind of perceptions do physicians hold about the relevance of their own health, which might inhibit proper health behavior in physicians?

3.3.1. Own health needs are regarded as insignificant

Physicians said they suppress their own health needs and disregard their stress limits. They stated that they simply are not sick and are immune against disease: “Yes. *One is not sick, all right? I've never been sick either, my whole life.*” (G5) This appeared as an irrational and excessive notion of invulnerability which runs through the history of the medical profession. Even the plague doctor “(...) *didn't get sick from the plague because he was busy nursing the plague patients. He had a certain immunity to the disease.*” (G5) But not only do they perceive a certain immunity. They also seem to not have moral permission to be sick. The high responsibility to the health, even the life of the patient does not allow “*blunders*” (G12) or weaknesses. Own health is regarded as low in the face of this high responsibility for the weak and sick. The physicians most dedicated with “*the best intentions and do their best (...) are most at risk.*” (G14) This conviction even seemed right in hindsight, when this poor health behavior already had led to health damage. The duty to the patient was felt to be much more important than one's health. It was even mentioned that neglect of one's own health with resulting “*insomnia*” (G4) and “*hearing loss*” (G4) was the “*toll*” (G4) you had to pay, but that this was nevertheless good and right.

A few statements revealed that some change might be expected over time. Some of the older physicians stated that younger doctors have more courage to take care of their health and set limits. “*They feel ill more quickly and worry about themselves*” (G4).

3.3.2. Health equals performance and commitment justifies the neglect of personal health needs

Performance and commitment to service for the patient are valued very highly and thus one's own health is rated as secondary. Interview partners underlined how important it is to be able to work even if one is sick. They recommend taking your attentiveness away from self-awareness and not asking yourself: “*where does it hurt today*” (G3). Even basic life needs like being “*thirsty*”, being “*hungry*”, “*urgent need to go to the toilet*” (G9) are to be suppressed in favor of the service to the patient.

This seems to be experienced as something very fulfilling, something “*that's carrying you*” (G2). Participants described their service to the patient and the fact that one is needed in a social system as something meaningful and as something that makes one healthy: “*But basically,*

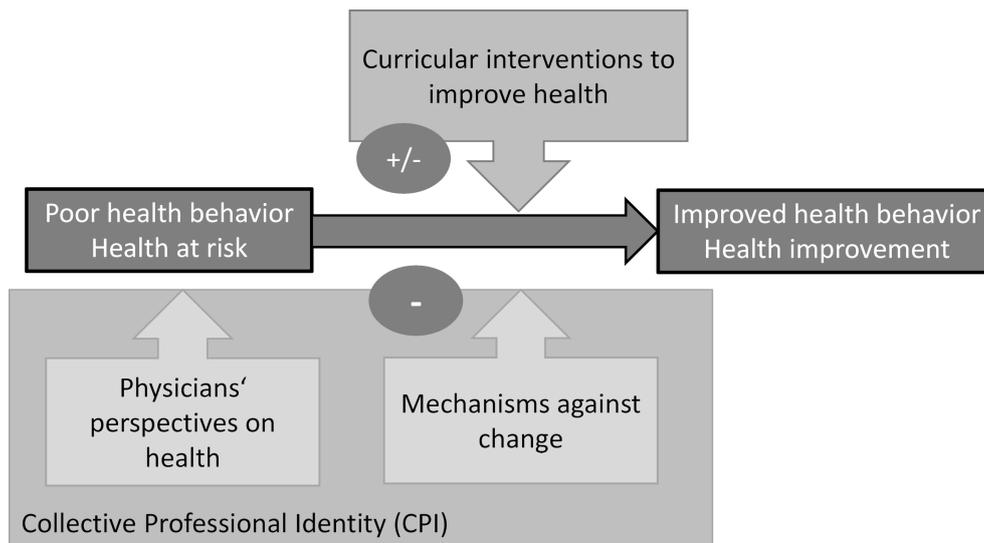


Figure 1: Conceptual model of barriers to the success of interventions to improve physicians' health behavior

work and being needed and being involved in a social system are part of being healthy and happy". (G5)

3.3.3. The low importance of personal health is mirrored by the system, i.e. the hospital culture

These perceptions seem to reflect not only an individual perspective. Performance and disregard for their own health seem not only to be experienced by single doctors, but to be expected of physicians on a systems level. There seems to be little attention to employee health needs in organizations, physicians don't feel cared for by their employers, but simply must perform as "passive cogs in the wheel" (G2). One participant mentioned: "It doesn't matter at all. Nobody here cares. Whether we are healthy or not healthy." (G12) Or as another interview partner put it: "Yes. Nobody cares. The store must run." (G4) So, on the organizational level again, the functioning of the system is prioritized higher than the individual's health.

3.4. RQ2 – Are there factors within the CPI which reinforce these perceptions and prevent change?

While analyzing the collated data, we identified specific indicators that these perceptions are ingrained in physicians' CPI. When questioned about their attitudes, interview partners tended to generalize and talk about physicians as a group, referring to themselves as "one", "we" and "us", like this physician who summarized her attitude regarding the relevance of her own health as follows: "We must function. When we are sick, we'll be mocked." (G12) Furthermore, we encountered the above-described perceptions in all interviews, which indicates that they are part of a shared, collective belief system. These indicators support the impression that it is part of physicians' CPI to set aside their own needs, to ignore and neglect signs

of weakness or illness, and to view their own health as irrelevant, as long as they are able to perform.

Part of the CPI was not only this tendency to disregard self-care in favor of performance, but participants also described mechanisms which seem to ensure that the reported CPI remains intact, and to protect the status quo against change.

3.4.1. Early socialization

The tendency to disregard one's own health starts early in the medical career and is passed on through medical education and residency. There seems to be high expectation pressure from early on not to be sick and not to be absent. Physicians describe almost a given law not to be violated in their residency to come in even if one is sick. A chief physician illustrated this in the following statement: "Well, I was socialized in such a way that one wasn't ill at all. One wasn't absent from work." (G5) In connection with this pressure many interview partners report high levels of distress, and pressure even to the point that they "decompensated and left (...) because they just couldn't take it anymore." (G18).

If they succeeded in carrying through and stayed in the job, they expressed the notion that if they had to endure it, others should also endure it in order to join the group or, as one chief physician put it: "It's like celibacy. I had to endure that too, so I don't want to abolish it now." (G7).

3.4.2. Pride in exceptional performance

Our interview partners reported that by neglecting stress limits they discovered unsuspected capacities. One physician reported "Because we know that when you need to, you can always handle more. You can go on even when you think you can't take it anymore." (G9). For many, this exceptionally high level of resilience and performance is associated with positive emotions, notably pride. Belonging to the group of physicians and being able to meet these high demands is an exceptional priv-

ilege and also distinguishes oneself from others as especially strong: "Not everyone can pull this off, that's for sure." (G3) The ability to do so generates positive emotions. "So that's the big attraction. That's the great stress in surgery, too, of course. Phases, of course, where you have to work at an incredibly high stress level." (G11) Surgeons expressed this pride most strongly: "So being sick is unsurgical. That's always been our saying, which definitely exists in surgery." (G5)

3.4.3. Weakness and illness are taboo

In many interviews physicians experienced their weakness or limits as something that is a failure: "I think admitting weaknesses, saying I can't do it or I don't want to do it, is also a failure in a way." (G18) Not only expressing weakness, but even thinking about it is impossible: "One should even become resistant to unfavorable thoughts (...) mustn't think about it too much (...) I can't think about it every day." (G3). It was also seen as not only a personal failure, but a taboo, that means prohibited or restricted by social custom, by the medical community. In this context, several topics were regarded as taboos: weakness, burnout, depression, suicidality, defeat, needs, and substance addiction. Breaking the taboo seemed to impede career development, as one interview partner stated: "That is of course something that is still a bit taboo, weakness." (G11) Especially mental illness and reference to the high suicide rates among medical professionals are considered a taboo. "But you're also afraid of this. (...) What kind of look do you think the others would give me." (G12) This taboo goes as far as complete suppression of memories about colleagues who committed suicide, which is evident in the following statement: "I can't think of anyone (...) who's killed themselves. [... thinks...] Yes, there's one. (...) a colleague in anesthesiology (...) And the other day in the hospital next door, I think an anesthetist took his own life. And (...) I think we had three suicides here (...) in the clinics." (G8)

3.4.4. Dissociation from the inefficient and the sick

Another mechanism to protect against change described was dissociation from the sick. In order to protect the image of physicians as high performers, they tend to distance themselves from sick colleagues. They are not described empathically, but rather as "just not good enough" (G2) and that they don't belong to the team anymore. A doctor even described her relief after a colleague suffering from addiction left the clinic: "And when he left the clinic, I was happy in a way, like "look, we don't have him in the clinic anymore"" (G12).

The need to block out illness for one's own professional group also becomes evident in dissociation from the sick patients. A clear boundary is drawn between patients and doctors. "The word is not actually used, namely physicians' health. There are the patients. And there are the non-patients. The staff, so to speak." (G6) Another doctor

explained it like this: "Because you then (...) distance yourself from the sick and the misery that lurks behind it and the suffering that can lie behind it, because you want to distance yourself clearly from it." (G14) They described the reason for this distancing mechanism as self-protection: "You see so many illnesses where you simply say, no, this affects others and I am the helper and these are the sick. And that you somehow don't want to admit it at all in the context of self-protection, because you see what horrors can befall you from one moment to the next." (G14)

Further illustrative quotes are summarized in attachment 1.

4. Discussion

Effects of initiatives to improve physicians' health have been reported as being inconsistent and the sustainability of positive effects seems unclear [22], [23], [24]. In this study, we set out to better understand why it is so difficult to improve physicians' health, with the focus on physicians' perspectives on their own health as a potential root cause of the problem. The results of our study show specific perspectives on physicians' health and how they are deeply engrained in their professional identity. They also reveal mechanisms which prevent change of this part of the identity.

Based on our findings, we were able to demonstrate that physicians tend to delay self-care and show deep-seated values of prioritizing work, which is supported by a large body of evidence published in recent years [7], [37]. These perspectives were embedded in a collective professional identity as these perspectives seem to be shared by the collective of our interview partners, regardless of gender or medical discipline. Several authors have described these phenomena as being part of a specific culture of the medical profession [7] to ignore weakness and illness and to exhibit a strong sense of duty to the point of total exhaustion [38], [39], [40]. It seems like there is a hidden curriculum pertaining to the irrelevance of physicians' own health. Beresin et al. summarize the hidden curriculum regarding physicians' own wellbeing as "the reluctance to admit weakness, expose our shame of suffering from the stigma of a psychiatric disorder, or even discuss the pressures we share" ([5], p.9). Many publications ascertain a detrimental influence of this hidden curriculum on physicians' health [41], [42], [43], [44]. Our data support Beresin's definition but also point beyond it. Our findings indicate that in addition to the social dimension Beresin et al. refer to, it seems to be part of physicians' CPI to ignore and deny their own weakness and illness.

In addition, we were able to reveal mechanisms as part of physicians' CPI which prevent physicians from setting their health as a higher priority, which are early socialization, pride in exceptional performance, tabooing weakness and illness, and dissociation from the inefficient and the sick. As these mechanisms in combination with CPI were

conspicuous and might add new insight to the existing evidence, we discuss them in more detail.

Our interview partners distinguished between their in-group and two out-groups – the group of patients and the group of sick physicians. It has been frequently reported how challenging it is for unwell physicians to step into, accept, and identify with, the patient role [45]. This underlines how difficult it is for physicians to handle their group status flexibly and how personal health issues are ignored to ensure in-group-membership. Our findings correspond with Tajfel and Turner's social identity theory (SIT) [46], which shows how the mechanisms we identified are typical process factors in groups to ensure conformity of group members and stability of CPI [46], making it difficult and risky for physicians to notice and address their own weakness or illness. The SIT describes that groups differentiate between in-group and out-groups and that the desire to stay in the in-group is a typical mechanism in groups [46], [47], [48].

Another mechanism we identified is pride in the ability to deliver exceptionally high performance and even cross boundaries. Pride strengthens the CPI [49], [50], but positive emotions also reinforce the adoption of the CPI as part of the individual self-concept [46]. We know that individual and social identity in medicine are closely intertwined [51], [52]. This is critical because unwell physicians risk more than merely loss of the in-group membership. If they are unable to maintain their high performance, they will also be deeply unsettled in their individual identity [53] and risk failure in their career.

An additional mechanism according to our findings is the early socialization into the established attitude and belief system. This early socialization process has been reported in other studies, where medical students described the "pressure to prove themselves worthy of the profession" ([54], p.131) and the implicit and explicit message that failure, weakness, or inadequate emotional control lead to exclusion from the system as a constant experience from day one [54], [55]. This early and consistent message pertaining to what the SIT calls the prototype of a good group member is essential to maintain a strong group identity [45], [56], as only those who share the collective belief system remain in the group.

This socialization process is reinforced by taboos regarding one's own weakness, illness, and high suicide rates [7]. Taboos are an important mechanism for securing collective identities, and group membership implies acceptance of the taboos associated with the CPI [57], [58]. Our findings are supported by studies showing that the emotional challenges of becoming a physician are often a taboo topic in medical training [55] that can lead to a "culture of silence" ([53], p.1) about emotional and mental health struggles associated with the frequency of physician suicide [53].

These findings help us understand why it might be so hard to improve physicians' health. It seems to be deeply ingrained in the CPI of physicians to view their own health as irrelevant and to ignore personal needs and weaknesses. This is a cause for serious concern, as profession-

al values and norms impact on a fundamental level how we behave, learn and change [25], [59], [60]; moreover, values and norms which are part of a CPI, are particularly difficult to change [46].

Limitations

In this study, we relied on the spoken word of physicians rather than an objective measurement of attitudes. Consequently, this study does not quantify attitudes, but merely provides a qualitative understanding of physicians' attitudes and perceptions. As a qualitative study, only a small group of physicians were included, all willing to participate in the study. We do not know whether a study with a different group of physicians' might have come to similar or other results. Generalizability of findings needs to be evaluated in further studies. It cannot provide clarity on causes and effects, either. Therefore, while this study might provide a foundation, more research needs to be done to better understand and potentially develop measurement tools for attitudes and perceptions around physicians' own health. We performed the research in Germany, and the local (medical) culture necessarily informs our results. We also interviewed senior physicians in hospital settings only. However, in training, every physician spends years working in hospitals. Therefore, hospitals serve as places of systemic socialization. Still, further research will be interesting that elaborates on and refines our theory in other work settings, other countries, and other medical fields. Lastly, even though we carefully monitored the process, the interviewer's background as a psychologist and representative of an external group might have affected the content provided by the interview partners.

5. Conclusions

The implementation of trainings to improve physicians' health without addressing the underlying mechanisms becomes questionable in light of our results. To sustainably improve physicians' health, we need a change in the perception and value of physicians' health that is part of physicians' CPI and that is conveyed and protected by mechanisms woven into everyday experience from day one of medical school. This is a major task, and it needs to be led from the inside. Attempts to change attitudes in groups have shown greater impact where the change was initiated and supported by members of the in-group [61], [62] who were perceived as credible, i.e. experienced and competent [63] and who were prototypical group members [64]. Therefore, we need experienced, successful, and credible physicians who question the old ways, teach about the impact of physicians' health on the quality of care, address the mechanisms within the professional identity, function as role models, and lead this change. It might be worthwhile and a starting point for a necessary shift.

Our results provide an additional perspective on the root causes of our struggle to improve physicians' health and an opportunity to invite transformation to physicians' CPI that values not only their patients' health but also their own.

Authors' ORCIDs

- Heike Schulte: [0009-0001-6706-1815]
- Gabriele Lutz: [0000-0001-5044-8485]
- Claudia Kiessling: [0000-0003-4104-4854]

Acknowledgements

The authors wish to thank the interview partners who took the time to participate in this study. Our thanks go to Christina Wagner, interpreter and translator, for linguistic assistance, Cornelia Preusse, Clarissa Frehle, Katharina Knie, Florian Mennigen, and to the IAP Team at the Witten/Herdecke University for support.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Attachments

Available from <https://doi.org/10.3205/zma001721>

1. Attachment_1.pdf (150 KB)
Explanatory quotations of interview partners to illustrate the concept model and categories

References

1. Dyrbye LN, Shanafelt TD, Werner L, Sood A, Satele D, Wolansky AP. The Impact of a Required Longitudinal Stress Management and Resilience Training Course for First-Year Medical Students. *J Gen Intern Med.* 2017;32(12):1309-1314. DOI: 10.1007/s11606-017-4171-2
2. Brazeau CM, Shanafelt T, Satele D, Sloan J, Dyrbye LN. Distress among matriculating medical students relative to the general population. *Acad Med.* 2014;89(11):1520-1525. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000482
3. Wu F, Ireland M, Hafekost K, Lawrence D. National Mental Health Survey of Doctors and Medical Students. Melbourne: Beyond Blue; 2013.
4. Panagopoulou E, Montgomery A, Benos A. Burnout in internal medicine physicians: Differences between residents and specialists. *Eur J Intern Med.* 2006;17(3):195-200. DOI: 10.1016/j.ejim.2005.11.013
5. Beresin EV, Milligan TA, Balon R, Coverdale JH, Louie AK, Weiss Roberts R. Critical Deficiency in Resilience Education and Training. *Acad Psychiatry.* 2016;40(1):9-12. DOI: 10.1007/s40596-015-0475-x
6. West CP, Shanafelt TD, Kolars JC. Quality of life, burnout, educational debt, and medical knowledge among internal medicine residents. *JAMA.* 2011;396(9):929-960. DOI: 10.1001/jama.2011.1247
7. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet.* 2009;374(9702): 1714-1721. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)61424-0
8. Halbesleben JR, Rathert C. Linking physician burnout and patient outcomes: Exploring the dyadic relationship between physicians and patients. *Health Care Manage Rev.* 2008;33(1):29-39. DOI: 10.1097/01.HMR.0000304493.87898.72
9. West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanafelt TD. Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *JAMA.* 2009;302(12):1294-1300. DOI: 10.1001/jama.2009.1389
10. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Thanh NX, Jacobs P. How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:325. DOI: 10.1186/1472-6963-14-325
11. Dewa CS, Jacobs P, Thanh NX, Loong D. An estimate of the cost of burnout on early retirement and reduction in clinical hours of practicing physicians in Canada. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:254. DOI: 10.1186/1472-6963-14-254
12. Shanafelt TD, Dyrbye LN, West CP, Sinsky CA. Potential impact of burnout on the US physician workforce. *Mayo Clin Proc.* 2016;91(11):1667-1668. DOI: 10.1016/j.mayocp.2016.08.016
13. Mache S, Vitzthum K, Klapp BF, Groneberg DA. Evaluation of a multicomponent psychosocial skill training program for junior physicians in their first year at work: a pilot study. *Fam Med.* 2015;47(9):693-698.
14. Guille C, Zhao Z, Krystal J, Nichols B, Brady K, Sen S. Web-based cognitive behavioral therapy intervention for the prevention of suicidal ideation in medical interns: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* 2015;72(12):1192-1198. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2015.1880
15. Goldhagen BE, Kingsolver K, Stinnett SS, Rosdahl JA. Stress and burnout in residents: impact of mindfulness-based resilience training. *Adv Med Educ Pract.* 2015;6:525-532. DOI: 10.2147/AMEP.S88580
16. Kemper KJ, Khirallah M. Acute effects of online mind-body skills training on resilience, mindfulness, and empathy. *J Evid Based Complementary Altern Med.* 2015;20(4):247-253. DOI: 10.1177/2156587215575816
17. Wald HS, Anthony D, Hutchinson TA, Liben S, Smilovitch M, Donato AA. Professional identity formation in medical education for humanistic, resilient physicians: pedagogic strategies for bridging theory to practice. *Acad Med.* 2015;90(6):753-760. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000725
18. Bar-Sela G, Lulav-Grinwald D, Mitnik I. "Balint group" meetings for oncology residents as a tool to improve therapeutic communication skills and reduce burnout level. *J Cancer Educ.* 2012;27(4):786-789. DOI: 10.1007/s13187-012-0407-3
19. Reith TP. Burnout in United States Healthcare Professionals: A Narrative Review. *Cureus.* 2018;10(12):e3681. DOI: 10.7759/cureus.3681
20. Jennings ML, Slavin SJ. Resident wellness matters: optimizing resident education and wellness through the learning environment. *Acad Med.* 2015;90(9):1246-1250. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000842
21. Hahn N, Brzoska P, Kiessling C. On the correlation between gratitude and resilience in medical students. *GMS J Med Educ.* 2024;41(1):Doc8. DOI: 10.3205/zma001663

22. Clough BA, March S, Chan RJ, Casey LM, Phillips R, Ireland MJ. Psychosocial interventions for managing occupational stress and burnout among medical doctors: a systematic review. *Syst Rev*. 2017;6(1):144. DOI: 10.1186/s13643-017-0526-3
23. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2016;388(10057):2216-2217. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)31279-X
24. Venegas CL, Nkangu MN, Duffy MC, Fergusson DA, Spilg EG. Interventions to improve resilience in physicians who completed training: a systematic review. *PLoS One*. 2019;14(1):e0214782. DOI: 10.1371/journal.pone.0210512
25. Ajzen I, Fishbein M, Lohmann S, Albarracín D. The Influence of Attitudes on Behavior. In: Albarracín D, Johnson BT, editors. *The handbook of attitudes: Volume 1: Basic principles*. 2nd ed. New York: Routledge; 2019. p.197-255.
26. Fitzgerald A. Professional identity: A concept analysis. *Nurs Forum*. 2020;55(3):447-472. DOI: 10.1111/nuf.12450
27. Kalet A, Buckvar-Kletz L, Harnik V, Monson V, Hubbard S, Crowe R, Song HX, Yingling S. Measuring professional identity formation early in medical school. *Med Teach*. 2017;39(3):255-261. DOI: 10.1080/0142159X.2017.1270437
28. Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Snell L, Yvonne St. A Schematic Representation of the Professional Identity Formation and Socialization of Medical Students and Residents: A Guide for Medical Educators. *Acad Med*. 2015;90(6):718-725. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000700
29. Jarvis-Selinger S, MacNeil KA, Costello GRL, Lee K, Holmes CL. Understanding Professional Identity Formation in Early Clerkship: A Novel Framework. *Acad Med*. 2019;94(10):1574-1580. DOI: 10.1097/ACM.0000000000002835
30. Wong A, Trollope-Kumar K. Reflections: an inquiry into medical students' professional identity formation. *Med Educ*. 2014;48(5):489-501. DOI: 10.1111/medu.12382
31. Wald HS, White J, Reis SP, Esquibel AY, Anthony D. Grappling with complexity: Medical students' reflective writings about challenging patient encounters as a window into professional identity formation. *Med Teach*. 2019;41(2):152-160. DOI: 10.1080/0142159X.2018.1475727
32. Charmaz K. *Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis*. Los Angeles: Sage Publications; 2014.
33. Corbin J, Strauss A. *Basics of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2008.
34. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med*. 2014;89(9):1245-1251. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000388
35. Morse JM. The significance of saturation. *Qual Health Res*. 1995;5(2):147-149. DOI: 10.1177/10497323950050020
36. Thurmond VA. The point of triangulation. *J Nurs Scholarsh*. 2001;33(3):253-258. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2001.00253.x
37. Schrijver I. Pathology in the Medical Profession?: Taking the Pulse of Physician Wellness and Burnout. *Arch Pathol Lab Med*. 2016;140(9):976-982. DOI: 10.5858/arpa.2015-0524-RA
38. Schrauth M, Kowalski A, Weyrich P, Begenau J, Werner A, Zipfel S, Nikendei C. Selbstbild, Arztbild und Arztideal: Ein Vergleich Medizinstudierender 1981 und 2006 [Self-image, real physician's and ideal physician's image: a comparison of medical students 1981 and 2006]. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2009;59(12):446-453. DOI: 10.1055/s-0029-1202343
39. Wallace JE, Lemaire J. Physician wellbeing and quality of patient care: an exploratory study of the missing link. *Psychol Health Med*. 2009;14(5):545-552. DOI: 10.1080/13548500903012871
40. Wenger S. Arbeitsbelastung: Wenn der Beruf krank macht. *Dtsch Arztebl*. 2020;117(39):A-1802, B-1540.
41. Chan L, Dennis AA. Resilience: insights from medical educators. *Clin Teach*. 2019;16(4):384-389. DOI: 10.1111/tct.13058
42. Robertson JJ, Long B. Medicine's Shame Problem. *J Emerg Med*. 2019;75(3):329-338. DOI: 10.1016/j.jemermed.2019.06.034
43. Neve H, Collett T. Empowering students with the hidden curriculum. *Clin Teach*. 2018;15(6):494-499. DOI: 10.1111/tct.12736
44. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic Review of Depression, Anxiety, and Other Indicators of Psychological Distress Among U.S. and Canadian Medical Students. *Acad Med*. 2006;81(4):354-373. DOI: 10.1097/00001888-200604000-00009
45. Tajfel H, Turner JC. An integrative theory of inter-group conflict. In: Worchel S, Austin WG, editors. *The social psychology of inter-group relations*. Monterey, CA: Brooks/Cole; 1979. p.33-47.
46. Smith JR, Hogg MA. Social identity and attitudes. In: Prislis R, Crano W, editors. *Attitudes and attitude change*. New York: Psychology Press; 2008; p.337-360.
47. Smith ER. Affective and cognitive implications of a group becoming part of the self: New models of prejudice and of the self-concept. In: Hogg MA, Abrams D, editors. *Social identity and social cognition*. Oxford, England: Basil Blackwell; 1999. p.183-196.
48. Fox FE, Taylor GJ, Harris MF, Rodham KJ, Sutton J, Scott J, Robinson B. "It's crucial they're treated as patients": ethical guidance and empirical evidence regarding treating doctor-patients. *J Med Ethics*. 2010;36(1):7-11. DOI: 10.1136/jme.2008.029066
49. Lorenz M. Pride and Prejudice and social identity theory. In: Lau B, editor. *Jane Austen and Sciences of the Mind*. London: Routledge; 2017. p.115-135. DOI: 10.4324/9780203732526-7
50. Sullivan GB. *Understanding Collective Pride and Group Identity*. London: Routledge; 2014. DOI: 10.4324/9781315767680
51. Jennings ML. Medical student burnout: Interdisciplinary exploration and analysis. *J Med Humanit*. 2009;30(4):253-269. DOI: 10.1007/s10912-009-9093-5
52. Kaiser R. Fixing identities by denying uniqueness: an analysis of professional identity in medicine. *J Med Human*. 2004;23:95-101. DOI: 10.1023/A:1014821614175
53. Kishore S, Dandurand DE, Mathew A, Rothenberger D. Breaking the culture of silence on physician suicide. *NAM Perspectives*. Discussion Paper. Washington, DC: National Academy of Medicine; 2016. DOI: 10.31478/201606a
54. Karnieli-Miller O, Vu TR, Holtman MC, Clyman SG, Inui TS. Medical Students' Professionalism Narratives: A Window on the Informal and Hidden Curriculum. *Acad Med*. 2010;85(1):124-133. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181c42896
55. Veal TC. We Burn Out, We Break, We Die: Medical Schools Must Change Their Culture to Preserve Medical Student Mental Health. *Acad Med*. 2021;96(5):629-631. DOI: 10.1097/ACM.0000000000003991
56. Marques JM, Abrams D, Serodio R. Being better by being right: Subjective group dynamics and derogation of in-group deviants when generic norms are undermined. *J Pers Soc Psychol*. 2001;81(3):436-447. DOI: 10.1037//0022-3514.81.3.436

57. Fershtman C, Gneezy U, Hoffman M. Taboos and Identity: Considering the Unthinkable. *Am Econom J Microeconom.* 2011;3(2):139-164. DOI: 10.1257/mic.3.2.139
58. Kashima Y. Maintaining cultural stereotypes in the serial reproduction of narratives. *Pers Soc Psychol Bull.* 2000;26(5):594-604. DOI: 10.1177/0146167200267007
59. Katz D. A preliminary statement to a theory of attitude structure and change. In: Koch S, editor. *Psychology. A study of a science.* New York: McGraw-Hill; 1959.
60. Rogers A. The base of the iceberg - informal learning and its impact on formal and non-formal learning. Toronto: Barbara Budrich Publishers; 2014. DOI: 10.3224/84740632
61. Hornsey MJ. Why being right is not enough: Predicting defensiveness in the face of group criticism. *Eur Rev Soc Psychol.* 2005;16(1):301-334. DOI: 10.1080/10463280500436040
62. McGarty C, Laslam SA, Hutchison KJ, Turner JC. The effects of salient group memberships on persuasion. *Small Group Res.* 1994;25(2):267-293. DOI: 10.1177/1046496494252007
63. Hovland CI, Weiss W. The influence of source credibility on communication effectiveness. *Publ Opinion Quart.* 1951;15(4):635-650.
64. van Knippenberg D, Lossie N, Wilke H. In-group prototypicality and persuasion: Determinants of heuristic and systematic processing. *Br J Soc Psychol.* 1994;33(3):289-300. DOI: 10.1111/j.2044-8309.1994.tb01026.x

Corresponding author:

Prof. Dr. med. Claudia Kiessling, MPH
Witten/Herdecke University, Faculty of Health, Chair for the Education of Personal and Interpersonal Competencies in Health Care, Alfred-Herrhausen-Str. 50, D-58455 Witten, Germany, Phone: +49 (0)2302/926-477
Claudia.kiessling@uni-wh.de

Please cite as

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, URN: urn:nbn:de:0183-zma0017219

This article is freely available from

<https://doi.org/10.3205/zma001721>

Received: 2023-10-10

Revised: 2024-03-25

Accepted: 2024-04-17

Published: 2024-11-15

Copyright

©2024 Schulte 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/>.

Weshalb ist es so schwer, die Gesundheit von Ärztinnen und Ärzten zu verbessern? Eine qualitative Interviewstudie mit leitenden Ärztinnen und Ärzten über Mechanismen der beruflichen Identität

Zusammenfassung

Zielsetzung: In der aktuellen Forschung wird die Gesundheit von Ärzt*innen zunehmend als gefährdet beschrieben. Interventionen zur Verbesserung der Gesundheit von Ärzt*innen zeigen uneinheitliche Ergebnisse. Um mögliche Ursachen für schwache Langzeiteffekte zu erforschen, waren die Ziele der Studie, die Wahrnehmung von leitenden Ärzt*innen über die Relevanz ihrer eigenen Gesundheit zu untersuchen und zu analysieren, ob und wie sich diese auf die Schwierigkeit, die Ärztgesundheit zu verbessern, auswirken könnte.

Methode: Es wurden 19 halbstrukturierte Interviews mit leitenden Ärzt*innen verschiedener medizinischer Fachrichtungen durchgeführt und anschließend die Daten mittels Grounded Theory analysiert und zu einem konzeptuellen Modell verdichtet

Ergebnisse: Auf der Grundlage der Interviews wurde ein konzeptuelles Modell entwickelt, das Faktoren für das Zögern der Ärzte bei der Selbstfürsorge sowie Barrieren für Veränderungen identifiziert. Die Teilnehmer*innen schätzten ihre eigenen Gesundheitsbedürfnisse als gering ein und setzten Gesundheit mit Leistung gleich. Diese Wahrnehmungen wurden als Teil ihrer beruflichen Identität beschrieben und spiegeln sich in der Krankenhauskultur wider, in der sie arbeiten. Mechanismen als Teil der kollektiven beruflichen Identität (KPI) von Ärzt*innen tragen dazu bei, den Status quo durch frühe Sozialisation und Stolz auf außergewöhnliche Leistungsfähigkeit zu stabilisieren. Darüber hinaus wurden die Tabuisierung von Schwäche und Krankheit unter Kolleg*innen und die Distanzierung von Patient*innen sowie kranken Ärzt*innen als stabilisierende Mechanismen identifiziert.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse stützen die Annahme, dass eine Ursache für die Gesundheitsprobleme von Ärzt*innen in einer KPI liegen könnte, welche die Tendenz beinhaltet, die eigene Gesundheit als zweitrangig oder irrelevant einzustufen. Bei den identifizierten Mechanismen zum Schutz vor Veränderung handelt es sich nach der Theorie der sozialen Identität um typische Gruppenstrategien, die die Stabilität der KPI gewährleisten und eine Änderung bestehender Einstellungen und Überzeugungen erschweren. Die Hindernisse, die einer Veränderung entgegenstehen, könnten jedoch möglicherweise überwunden werden, wenn diese zugrundeliegenden Mechanismen adressiert werden und der Veränderungsprozess von erfahrenen und kompetenten Mitgliedern der In-Group unterstützt wird, was sowohl den Ärzt*innen als auch den Patient*innen zugutekommen würde.

Schlüsselwörter: Ärztgesundheit, Resilienz, professionelle Identitätsbildung, Interviews

Heike Schulte¹

Gabriele Lutz^{2,3}

Claudia Kiessling¹

1 Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Lehrstuhl für die Ausbildung personaler und interpersonaler Kompetenzen im Gesundheitswesen, Witten, Deutschland

2 Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Witten, Deutschland

3 Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, Herdecke, Deutschland

1. Einleitung

Seit einiger Zeit ist bereits bekannt, dass der Arztberuf ein Gesundheitsrisiko darstellen kann. Untersuchungen haben gezeigt, dass die Resilienz von Studierenden im Laufe ihres Studiums abnimmt [1], [2] und dass die Prävalenz von Burnout bei Medizinstudierenden und Ärzt*innen in Weiterbildung hoch ist [3], [4], [5], [6]. Bei Ärzt*innen treten im Vergleich zur Gesamtbevölkerung zusätzlich verschiedene andere Gesundheitsprobleme auf, darunter höhere Raten von Depressionen, Angstzuständen, Selbstmord, Stress und emotionaler Erschöpfung [5] sowie eine erhöhte kardiovaskuläre Sterblichkeit [7]. Burnout wird mit einer geringeren Qualität der Patientenergebnisse und einer geringeren Produktivität der Ärzt*innen in Verbindung gebracht [8], [9], [10], was auf gesellschaftlicher Ebene zu erheblichen Kosten führt [11], [12].

In den letzten Jahren wurden Programme zur Verbesserung der Gesundheit von Ärzt*innen und zur Verringerung von Burnout und Stress durchgeführt, wobei am häufigsten Resilienz- oder Achtsamkeitstrainings eingesetzt wurden [13], [14], [15], [16], [17], [18], [19], [20]. Resilienz bezieht sich in diesem Zusammenhang auf die Fähigkeit, sich erfolgreich an akuten oder chronischen Stress anzupassen und trotz negativer Stressoren, wie z. B. belastender Ereignisse, gesund zu bleiben [21]. Systematische Reviews zeigen, dass die Wirksamkeit dieser Interventionen uneinheitlich ist, und es ist unklar, ob die positiven Auswirkungen langfristig anhalten [22], [23], [24]. Dies wirft die Frage nach potenziellen Barrieren für eine Verbesserung des Gesundheitsverhaltens von Ärzt*innen auf, die noch nicht ausreichend erforscht sind, aber die Wirksamkeit von Resilienzprogrammen einschränken könnten. Diese Barrieren können auf individueller Ebene oder auf der Ebene der Ärzteschaft als Gruppe bestehen oder auf der beruflichen Identität und auf organisatorischen oder systemischen Faktoren beruhen [7]. Aus der Literatur ist bekannt, dass zwischen verbal geäußerten Einstellungen und beobachtbarem Verhalten auf individueller Ebene häufig ein Widerspruch besteht [25], und es gibt eine Vielzahl von Forschungsarbeiten, die dieses Problem erklären und weiter untersuchen. Der Einfluss der beruflichen Identität auf Einstellungen und das tatsächliche Verhalten in Bezug auf die Gesundheit wurde bisher kaum untersucht. Obwohl sich gezeigt hat, dass die berufliche Identität für Ärzt*innen in vielerlei Hinsicht wichtig ist, gibt es keine allgemein anerkannte Definition des Konzepts, und die Definitionen variieren stark [26], [27]. Nach Cruess et al. [28] ist der Prozess der beruflichen Identitätsbildung („Professional identity Formation“, PIF) ein adaptiver Entwicklungsprozess, bei dem Individuen „ihre Erfahrungen zu einem sinnvollen Ganzen ordnen, das ihr persönliches, privates, öffentliches und berufliches ‚Selbst‘ umfasst“ ([28], S.2), was mit drei Bereichen zusammenhängt, die die Identität beeinflussen und entwickeln. Der individuelle Bereich umfasst die persönlichen Eigenschaften, die Überzeugungen

über das eigene Selbst und die Auswirkungen der vielfältigen Lebenserfahrungen. Der Beziehungsbereich drückt den Einfluss bedeutender privater und beruflicher Personen auf die Identität aus. Der kollektive Bereich „spiegelt den Einfluss der sozialen Gruppen wider, denen ein Individuum angehört oder denen es beitreten möchte“ ([28], S.2). Wir werden diesen Bereich im Folgenden die kollektive berufliche Identität (KPI) nennen. Während wir wissen, dass sich Einstellungen, Überzeugungen und Wahrnehmungen im Rahmen des PIF-Prozesses im Allgemeinen ändern [28], [29], [30], [31], wurde bisher nur wenig darüber geforscht, wie der PIF-Prozess Wahrnehmungen und Einstellungen zur Gesundheit von Ärzt*innen prägen könnte.

In dieser Studie soll untersucht werden, wie Ärzt*innen die Bedeutung ihrer eigenen Gesundheit wahrnehmen und ob diese Wahrnehmung ihre Bereitschaft zur Selbstfürsorge beeinflussen könnte. Um die sozialpsychologischen Prozesse zu verstehen, die der unzureichenden Selbstfürsorge von Ärzt*innen und der Tatsache zugrunde liegen, dass Interventionen zur Verbesserung der Gesundheit nur widersprüchliche Ergebnisse liefern, lauten unsere Forschungsfragen (RQ):

- RQ1 – Welche Vorstellungen haben Ärzt*innen von der Bedeutung ihrer eigenen Gesundheit, die ein angemessenes Gesundheitsverhalten bei Ärzt*innen hemmen könnten?
- RQ2 – Gibt es Faktoren innerhalb der KPI, die diese Wahrnehmungen verstärken und Veränderungen verhindern?

2. Methoden

Es wurde ein qualitativer Forschungsansatz unter Verwendung halbstrukturierter Interviews gewählt, um Informationen über die Perspektiven von leitenden Ärzt*innen zu sammeln und unter Anwendung der Grounded-Theory-Methodik zu analysieren und auf der Grundlage der untersuchten Daten induktiv ein konzeptuelles Modell zu entwickeln [32], [33].

2.1. Forschungsteam

Das interprofessionelle Forschungsteam brachten einschlägige Erfahrungen und Reflexivität in die qualitative Bewertung ein [34]. Das Forschungsteam bestand aus einer Psychologin mit Erfahrung in der qualitativen Forschung und einem Hintergrund in der Führungskräfteentwicklung (HS), einer Ärztin und Leiterin einer psychosomatischen Abteilung mit Erfahrung in der qualitativen Forschung bezüglich Formaten der reflektierten Praxis und PIF (GL) und einer Ärztin und Professorin mit Erfahrung in der qualitativen und quantitativen Forschung zur medizinischen Ausbildung (CK).

2.2. Teilnehmer*innen und Stichproben

Die Interviews wurden zwischen Januar und Oktober 2020 durchgeführt. Es wurden Oberärzt*innen und Chefärzt*innen als Interviewpartner*innen ausgewählt, da diese sich erfolgreich in der medizinischen Welt etabliert haben und wahrscheinlich berufstypische Einstellungen verinnerlicht haben. Die Studienpopulation bestand aus Ärzt*innen der Inneren Medizin, der Chirurgie und der Radiologie. Die Auswahl der Fachgebiete erfolgte mit dem Ziel, eine heterogene Stichprobe in Bezug auf Geschlecht, Qualität und Quantität der Interaktion mit Patient*innen und mit Technologie sowie den Grad der Invasivität (schneidend oder nicht schneidend) und das Arbeitsumfeld zu schaffen.

Die Rekrutierung erfolgte per E-Mail und durch persönliche Einladungen. Alle Interviewpartner*innen nahmen freiwillig an der Studie teil und erhielten keine Entschädigung. Im Einklang mit der konstruktivistischen Grounded-Theory-Methode begannen wir mit leicht zugänglichen Interviewpartner*innen und gingen zu einer gezielten und dann zu einer theoretischen Stichproben-Generierung über, bis der Punkt der theoretischen Sättigung erreicht war [35].

2.3. Datenerhebung

Der Interviewleitfaden wurde vom Forschungsteam auf der Grundlage des Grounded-Theory-Ansatzes [32], [33] entwickelt. HS testete den Interviewleitfaden in zwei Interviews; das Forschungsteam verfeinerte den Leitfaden anschließend. Die während der Interviews gesammelten Erfahrungen wurden vom Forschungsteam in regelmäßigen Sitzungen sorgfältig analysiert, um sich darüber im Klaren zu sein, wie die Identität und der Hintergrund der Interviewerin den Datenerhebungsprozess beeinflussen könnten [36]. Die Interviews wurden von HS in Einzelgesprächen zu einem Zeitpunkt und an einem Ort der Wahl der Teilnehmer*innen durchgeführt. Die Interviews dauerten 30-93 Minuten (durchschnittliche Dauer 64 Minuten), wurden aufgezeichnet, transkribiert und pseudonymisiert.

2.4. Kodierung und Analyse der Daten

Wir folgten dem iterativen Prozess der Datenerhebung, Kodierung und Analyse [32]. Wir begannen unsere Analyse der Transkripte mit der Generierung von Codes zur Beschreibung und Klassifizierung des untersuchten Phänomens (offenes Kodieren), gefolgt von einer Identifizierung der Beziehungen zwischen den Kategorien (axiales Kodieren) und endeten mit selektivem Kodieren, um ein konzeptionelles Modell (Theorie) bezüglich unserer Fragestellung zu entwickeln [32]. Die Forscherinnen HS, GL, CK und eine Assistenzärztin mit Erfahrung in der qualitativen Forschung bezüglich PIF nahmen an der Kodierung und Diskussion der ersten zehn Interviews teil, bis ein erster konzeptioneller Rahmen gefunden war. Wir besprachen den Rahmen mit zwei externen Audit*innen,

die beide Ärzt*innen sind und sich mit curricularen Fragen des Medizinstudiums befassen, um die Vertrauenswürdigkeit und Glaubwürdigkeit des entstehenden konzeptuellen Modells zu erhöhen. Anschließend setzte HS die Kodierung fort, während sich das Forschungsteam regelmäßig traf, um die Transkripte und die entstehende Theorie mittels induktiv-deduktiver Überlegungen zu diskutieren. Dazu gehörten auch Überlegungen dazu, wie die Teamdynamik und die persönliche Einstellung zur Gesundheit den eigenen Entscheidungsprozess möglicherweise beeinflussen könnten, sowie Überlegungen zu methodischen und kontextuellen Faktoren. Im Zuge der Weiterentwicklung unseres konzeptionellen Modells begannen wir mit der Durchsicht und Diskussion einschlägiger Literatur, um eine theoretische Grundlage für die Verankerung unserer zentralen Kategorien und ihrer Beziehungen zueinander zu finden, ein Prozess, der durch Memos und verschiedene Arten der Visualisierung unterstützt wurde. Nach der Analyse von 19 Interviews ergaben sich keine neuen signifikanten Daten, und nach einer weiteren Überprüfung mit den externen Auditor*innen wurde die Datenerhebung abgeschlossen. Für die Datenverwaltung und Kodierung wurde die Software MAXQDA 2020 (VERBI Software, Berlin, Deutschland) verwendet.

2.5. Ethikvotum

Im Rahmen der Begutachtung der Studie durch die Ethikkommission der Universität Witten/Herdecke (Antrag Nr. 214/2019) wurden keine ethischen oder berufsrechtlichen Bedenken erhoben. Von jedem Teilnehmer und jeder Teilnehmerin wurde eine schriftliche Einverständniserklärung eingeholt.

3. Ergebnisse

3.1. Beschreibung der Interviewpartner*innen

Es wurden 19 Interviews geführt (15 persönlich in Präsenz, eines per Videokonferenz und zwei per Telefon). Davon waren sechs Interviewpartner*innen weiblich und 13 männlich. Das Alter reichte von unter 40 (eine Person) bis über 60 (zwei Personen), neun waren zwischen 41 und 50 Jahren und sieben zwischen 51 und 60 Jahren alt. Sie repräsentierten unterschiedliche Arbeitsbereiche: Neun Interviewpartner*innen kamen aus dem Bereich der Inneren Medizin, fünf aus der Chirurgie und fünf aus der Radiologie. Von ihnen arbeiteten acht in einem privaten, fünf in einem öffentlichen und sechs in einem kirchlichen Krankenhaus.

3.2. Konzeptuelles Modell

Unser konzeptuelles Modell (siehe Abbildung 1) zeigt Faktoren auf, die den Erfolg von Interventionen zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens von Ärzt*innen

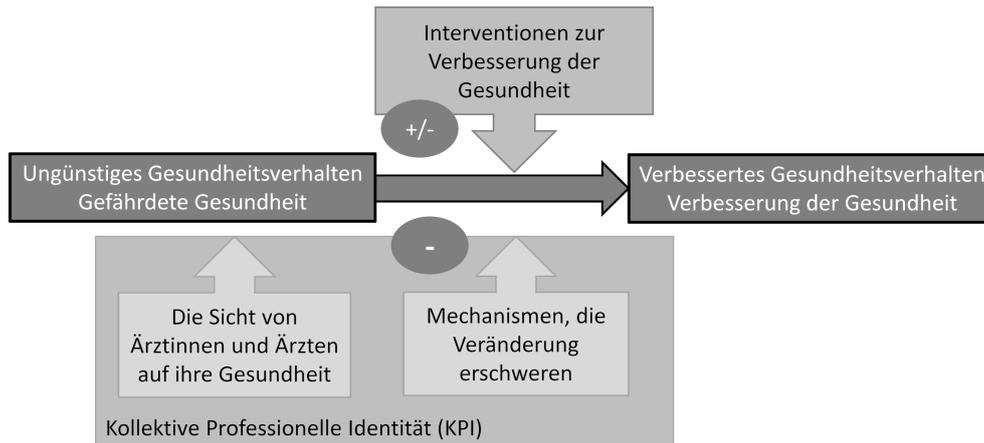


Abbildung 1: Konzeptuelles Modell der Barrieren für den Erfolg von Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens von Ärzt*innen

verhindern können. Erstens nehmen Ärzt*innen ihre eigenen gesundheitlichen Bedürfnisse als nicht wichtig wahr und stellen ihre Leistungsfähigkeit und ihre Verpflichtung für die Patient*innenversorgung über ihre Gesundheit. Zweitens ist diese Tendenz in ihrer KPI verwurzelt. Drittens scheint es bei Ärzt*innen Hindernisse gegenüber Veränderungen zu geben und eine Tendenz, den Status quo beizubehalten. Die Mechanismen hinter dieser geringen Veränderungsbereitschaft sind ebenfalls in ihrer beruflichen Identität verankert und umfassen eine frühe Sozialisierung in die ärztliche „In“-Gruppe, ein Gefühl des Stolzes auf außergewöhnliche Leistungen und die Fähigkeit, eigene gesundheitliche Bedürfnisse zu unterdrücken. Hinzu kommt, dass Schwäche und insbesondere psychische Erkrankungen bei Ärzt*innen häufig tabuisiert werden und Ärzt*innen dazu neigen, sich von Patient*innen und kranken Ärzt*innen zu distanzieren.

3.3. RQ1 – Welche Vorstellungen haben Ärzt*innen von der Bedeutung ihrer eigenen Gesundheit, die ein angemessenes Gesundheitsverhalten bei Ärzt*innen hemmen könnten?

3.3.1. Eigene gesundheitliche Bedürfnisse werden als unbedeutend angesehen

Die Ärzt*innen gaben an, ihre eigenen gesundheitlichen Bedürfnisse zu unterdrücken und ihre Belastungsgrenzen zu ignorieren. Sie erzählten, dass sie einfach nicht krank und gegen Krankheiten immun seien: „Ja, man ist nicht krank, ja? Ich bin auch noch nie krank gewesen, mein ganzes Leben lang.“ (G5) Dies erschien als eine irrationale und übertriebene Vorstellung von Unverwundbarkeit, die sich durch die Geschichte der Ärzteschaft zieht. Selbst der Pestarzt „(...) der wurde auch nicht an der Pest krank, weil er halt die Pestkranken pflegte. Sondern der hatte eine gewisse Immunität der Krankheit gegenüber“ (G5). Aber sie berichteten nicht nur eine gewisse Immunität.

Sie schienen auch keine moralische Erlaubnis zu haben, krank zu sein. Die hohe Verantwortung für die Gesundheit, ja sogar das Leben der Patienten erlaubt keine „Fehler“ (G12) oder Schwächen. Der Wert der eigenen Gesundheit wird angesichts dieser hohen Verantwortung für die Schwachen und Kranken als gering angesehen. Die Ärzte, „(...) die es am besten meinen und am besten machen, dass die am gefährdetsten sind“ (G14). Diese Überzeugung schien sogar im Rückblick richtig, nachdem dieses schlechte Gesundheitsverhalten bereits zu gesundheitlichen Schäden geführt hatte. Die Pflicht gegenüber Patienten wurde als viel wichtiger empfunden als die eigene Gesundheit. Es wurde sogar erwähnt, dass die Vernachlässigung der eigenen Gesundheit mit daraus resultierender „Schlaflosigkeit“ (G4) und „Hörstürze“ (G4) der „Tribut“ (G4) sei, den man zu zahlen habe, dass dies aber dennoch gut und richtig sei.

Einige Aussagen zeigten, dass mit der Zeit ein gewisser Wandel zu erwarten ist. Einige der älteren Ärzt*innen gaben an, dass jüngere Ärzt*innen mehr Mut haben, sich um ihre Gesundheit zu kümmern und Grenzen zu setzen. „Sie fühlen sich schneller krank und sorgen sich um sich selbst“ (G4).

3.3.2. Gesundheit ist gleich Leistungsfähigkeit, und Einsatzbereitschaft rechtfertigt die Vernachlässigung der persönlichen Gesundheitsbedürfnisse

Leistungsbereitschaft und eine Verpflichtung im Dienste des Patienten werden sehr hoch eingeschätzt, die eigene Gesundheit wird daher als zweitrangig eingestuft. Die Interviewpartner*innen betonten, wie wichtig es sei, auch im Krankheitsfall arbeiten zu können. Sie empfahlen, der Selbstwahrnehmung nicht zu viel Aufmerksamkeit zu geben und sich nicht zu fragen: „Wo tut es heute weh“ (G3). Selbst grundlegende Lebensbedürfnisse wie „Durst“, „Hunger“, „dringendes Bedürfnis, auf die Toilette zu gehen“ (G9) sollen zugunsten des Dienstes am Patienten unterdrückt werden.

Dieser schien als etwas sehr Erfüllendes erlebt zu werden, etwas, „das einen trägt“ (G2). Der Dienst am Patienten und die Tatsache, dass man in einem sozialen System gebraucht wird, wurde von den Teilnehmer*innen als etwas Sinnvolles und als etwas, das gesund macht, beschrieben: „Aber im Grunde genommen gehören Arbeit und gebraucht zu werden und in ein soziales System eingebunden zu sein, dazu, gesund und glücklich zu sein.“ (G5)

3.3.3. Die geringe Bedeutung der persönlichen Gesundheit spiegelt sich im System, d.h. in der Krankenhauskultur, wider

Diese Wahrnehmungen scheinen nicht nur eine individuelle Perspektive widerzuspiegeln. Leistung und Vernachlässigung der eigenen Gesundheit scheinen nicht nur von einzelnen Ärzt*innen gelebt, sondern auf Systemebene von Ärzt*innen erwartet zu werden. Die Gesundheit der Mitarbeiter*innen scheint in den Organisationen wenig Beachtung zu finden, die Ärzt*innen fühlen sich von ihren Arbeitgebern nicht gut behandelt, sondern müssen lediglich als „passive Rädchen im Getriebe“ (G2) funktionieren. Eine Teilnehmerin erwähnte: „Das spielt gar keine Rolle. Das interessiert hier gar keinen. Ob wir gesund sind oder nicht gesund sind. Wie viel wir arbeiten“ (G12). Oder wie es ein anderer Interviewpartner ausdrückte: „Ja, das interessiert keinen. Der Laden muss laufen.“ (G4) Auch auf der Organisationsebene wird also das Funktionieren des Systems höher gewichtet als die Gesundheit des Einzelnen.

3.4. RQ2 – Gibt es Faktoren innerhalb der KPI, die diese Wahrnehmungen verstärken und Veränderungen verhindern?

Bei der Datenanalyse konnten wir spezifische Indikatoren dafür identifizieren, dass diese Wahrnehmungen in der KPI der Ärzt*innen verankert sind. Bei der Frage nach ihrer Einstellung neigten die Interviewpartner*innen dazu, zu verallgemeinern und über Ärzt*innen als Gruppe zu sprechen, indem sie sich selbst als „man“, „wir“ und „uns“ bezeichneten, wie diese Ärztin, die ihre Einstellung zur Bedeutung ihrer eigenen Gesundheit wie folgt zusammenfasste: „Wir müssen funktionieren. Wenn wir krank sind, wird es belächelt.“ (G12) Darüber hinaus sind wir in allen Interviews auf die oben beschriebenen Wahrnehmungen gestoßen, was darauf hindeutet, dass sie Teil eines gemeinsamen, kollektiven Systems von Überzeugungen sind. Diese Indikatoren stützen den Eindruck, dass es zur KPI der Ärzt*innen gehört, ihre eigenen Bedürfnisse zurückzustellen, Anzeichen von Schwäche oder Krankheit zu ignorieren und zu vernachlässigen und ihre eigene Gesundheit als irrelevant zu betrachten, solange sie leistungsfähig sind.

Teil der KPI war nicht nur diese Tendenz, die Selbstfürsorge zugunsten der Leistung zu vernachlässigen, sondern die Teilnehmer*innen beschrieben auch Mechanismen, die dafür zu sorgen scheinen, dass die berichtete KPI intakt bleibt und der Status quo gegen Veränderungen geschützt wird.

3.4.1. Frühe Sozialisation

Die Tendenz, die eigene Gesundheit zu vernachlässigen, beginnt schon früh in der medizinischen Laufbahn und wird durch die medizinische Ausbildung und die Facharztweiterbildung perpetuiert. Es scheint von Anfang an einen hohen Erwartungsdruck zu geben, nicht krank zu sein und nicht zu fehlen. Ärzt*innen beschreiben es fast als ein gegebenes und nicht zu übertretendes Gesetz, dass man in der Assistenzzeit auch dann zu erscheinen hat, wenn man krank ist. Ein Chefarzt veranschaulichte dies mit folgender Aussage: „Also ich bin so sozialisiert, dass man eigentlich nicht krank war. Man fehlte nicht. Das gab es einfach gar nicht.“ (G5) Im Zusammenhang mit diesem Druck berichten viele Interviewpartner*innen von einem hohen Stresslevel, der sogar so weit ging, dass sie „(...) dann einfach dekompenziert sind und rausgegangen sind (...) weil sie halt einfach nicht mehr konnten“ (G18). Wenn es ihnen gelang, durchzuhalten und im Beruf zu bleiben, äußerten sie die Ansicht, dass, wenn sie es aushalten mussten, andere es auch aushalten sollten, um sich der Gruppe anzuschließen, oder, wie es ein Chefarzt ausdrückte: „Also das ist so wie das Zölibat. Ich musste das auch erdulden, dann will ich das jetzt nicht abschaffen.“ (G7).

3.4.2. Stolz auf außergewöhnliche Leistungsfähigkeit

Unsere Interviewpartner*innen berichteten, dass sie durch die Vernachlässigung von Belastungsgrenzen ungeahnte Kapazitäten entdeckt haben. Eine Ärztin berichtete: „(...) und dann merkt man sehr schnell, dass man wirklich, wenn man es will, weil man es will, eine Menge aushalten kann. (...) Man kann noch weiter, wenn man denkt, man kann nicht mehr“ (G9). Für viele ist dieses außergewöhnlich hohe Maß an Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit mit positiven Gefühlen verbunden, vor allem mit Stolz. Zur Gruppe der Ärztinnen und Ärzte zu gehören und diese hohen Anforderungen erfüllen zu können, wird als ein besonderes Privileg wahrgenommen und zeichnet sich auch dadurch aus, dass man sich von anderen als besonders stark abhebt: „Das schafft nicht jeder, das ist klar.“ (G3) Die Fähigkeit, dies zu tun, erzeugt positive Emotionen. „Also das ist der große Reiz. Das ist natürlich auch der große Stress in der Chirurgie. Phasen, wo man natürlich mit einem unglaublich hohen Stresslevel arbeiten muss.“ (G11) Am stärksten drückten die Chirurg*innen diesen Stolz aus: „Also, krank sein ist unchirurgisch. Das ist schon immer unser Spruch gewesen, den es in der Chirurgie auf jeden Fall gibt.“ (G5).

3.4.3. Schwäche und Krankheit sind tabu

In vielen Interviews empfanden die Ärzt*innen ihre Schwächen oder Grenzen als etwas, das ein Versagen darstellt: „Ich denke, Schwächen zuzugeben, zu sagen, ich kann es nicht oder ich will es nicht, ist auch in gewisser Weise ein Versagen.“ (G18) Nicht nur Schwäche zu äußern, sondern auch nur daran zu denken, ist unmöglich: „(...) man muss auch so ein bisschen resistent sein gegenüber (...) irgendwelchen ungünstigen Gedanken, die einen befliegen (...) darf nicht zu viel daran denken (...) ich kann nicht jeden Tag daran denken.“ (G3). Außerdem wurde es nicht nur als persönliches Versagen, sondern auch als Tabu angesehen, d. h. als durch gesellschaftliche Gepflogenheiten, von der Ärzteschaft verboten oder eingeschränkt. In diesem Zusammenhang wurden mehrere Themen als Tabus betrachtet: Schwäche, Burnout, Depression, Suizidalität, Niederlagen, Bedürfnisse und Drogenabhängigkeit. Der Tabubruch schien die berufliche Entwicklung zu behindern, wie ein Interviewpartner sagte: „Das ist natürlich etwas, was immer noch ein bisschen ein Tabu ist, Schwäche.“ (G11) Insbesondere psychische Erkrankungen und der Hinweis auf die hohe Suizidrate unter Ärzt*innen gelten als Tabu. „Aber du hast auch Angst davor. (...) Was glaubst du, wie mich die anderen anschauen würden.“ (G12) Dieses Tabu geht bis zur völligen Verdrängung von Erinnerungen an Kolleg*innen, die Suizid begangen haben, was in der folgenden Aussage deutlich wird: „Ich kann mich an niemanden erinnern (...), der sich umgebracht hat. [... denkt...] Ja, es gibt einen. (...) ein Kollege in der Anästhesiologie (...) Und neulich im Krankenhaus nebenan, ich glaube, da hat sich ein Anästhesist das Leben genommen. Und (...) ich glaube, wir hatten drei Suizide hier (...) in den Kliniken.“ (G8).

3.4.4. Abgrenzung gegenüber Schwachen und Kranken

Als weiterer Mechanismus zum Schutz vor Veränderungen wurde die Distanzierung von Kranken beschrieben. Um das Image von Ärzt*innen als Leistungsträger*innen zu schützen, neigen sie dazu, sich von kranken Kolleg*innen zu distanzieren. Sie werden nicht mit Empathie beschrieben, sondern eher als „einfach nicht gut genug“ (G2) und dass sie nicht mehr zum Team gehören. Eine Ärztin beschrieb sogar ihre Erleichterung, nachdem ein suchtkranker Kollege die Klinik verlassen hatte: „Und als er die Klinik verlassen hat, war ich irgendwie froh, so nach dem Motto „schau, den haben wir nicht mehr in der Klinik“ (G12).

Das Bedürfnis, die Krankheit für die eigene Berufsgruppe auszublenden, zeigt sich auch in der Abgrenzung von den kranken Patient*innen. Es wird eine klare Grenze zwischen Patient*innen und Ärzt*innen gezogen. „Das Wort wird eigentlich nicht benutzt, nämlich die Gesundheit der Ärzte. Es gibt die Patienten. Und es gibt die Nicht-Patienten. Die Personal sozusagen.“ (G6) Eine andere Ärztin

erklärte es so: „Weil man sich dann (...) distanziert von den Kranken und dem Elend, das sich dahinter verbirgt, und dem Leid, das dahinter liegen kann, weil man sich klar davon distanzieren will.“ (G14) Sie beschrieben den Grund für diesen Distanzierungsmechanismus als Selbstschutz: „Man sieht so viele Krankheiten, wo man einfach sagt, nein, das betrifft andere und ich bin der Helfer und das sind die Kranken. Und das will man irgendwie gar nicht wahrhaben im Rahmen des Selbstschutzes, weil man sieht, welche Schrecken von einem Moment auf den anderen über einen hereinbrechen kann.“ (G14) Weitere illustrative Zitate sind in Anhang 1 zusammengefasst.

4. Diskussion

Die Effekte von Initiativen zur Verbesserung der Gesundheit von Ärzt*innen wurden wiederholt in der Literatur als inkonsistent berichtet, und die Nachhaltigkeit von positiven Effekte scheint unklar zu sein [22], [23], [24]. Ziel der Studie war es ein besseres Verständnis zu erlangen, warum es so schwierig ist, die Gesundheit von Ärzt*innen zu verbessern, wobei wir uns auf die Sichtweise der Ärzt*innen auf ihre eigene Gesundheit als potenzielle Grundursache des Problems konzentrierten. Die Ergebnisse unserer Studie zeigen spezifische ärztliche Perspektiven auf die Gesundheit von Ärzt*innen und wie diese tief in ihrer beruflichen Identität verankert sind. Sie offenbaren auch Mechanismen, die einen Schutz vor Veränderung dieses Teils der Identität darstellen.

Basierend auf unseren Ergebnissen konnten wir zeigen, dass Ärzt*innen dazu neigen, ihre Gesundheit zu vernachlässigen und eine tief verwurzelte Überzeugung zu haben, der Arbeit Priorität einzuräumen, was durch in den letzten Jahren veröffentlichte Studien gestützt wird [7], [37]. Diese Perspektiven waren in eine kollektive berufliche Identität eingebettet, da diese Perspektiven offenbar vom Kollektiv unserer Interviewpartner*innen geteilt werden, unabhängig von Geschlecht oder der medizinischen Disziplin. Mehrere Autor*innen haben diese Phänomene, Schwäche und Krankheit zu ignorieren und ein starkes Pflichtbewusstsein bis zur völligen Erschöpfung zu zeigen [38], [39], [40], als Teil einer spezifischen Kultur der Ärzteschaft beschrieben [7]. Es scheint, als gäbe es ein verstecktes Curriculum bezüglich der Irrelevanz der eigenen Gesundheit der Ärzt*innen. Beresin et al. fasst das verborgene Curriculum in Bezug auf das eigene Wohlbefinden von Ärzt*innen als „die Abneigung, Schwäche zuzugeben, Scham, unter dem Stigma einer psychiatrischen Störung zu leiden, offenzulegen oder sogar den Druck, den wir teilen, zu diskutieren“ zusammen ([5], S. 9). Auch andere Veröffentlichungen stellen einen schädlichen Einfluss dieses versteckten Curriculums auf die Gesundheit der Ärzte fest [41], [42], [43], [44]. Unsere Ergebnisse deuten darauf hin, dass es neben der sozialen Dimension, auf die sich Beresin et al. beziehen, Teil der KPI von

Ärzt*innen zu sein scheint, die eigene Schwäche und Krankheit zu ignorieren und zu verleugnen.

Darüber hinaus konnten wir Mechanismen als Teil der KPI von Ärzt*innen aufdecken, die sie daran hindern, ihrer Gesundheit eine höhere Priorität einzuräumen, nämlich frühe Sozialisation, Stolz auf außergewöhnliche Leistungen, Tabuisierung von Schwäche und Krankheit sowie Distanzierung von Ineffizienten und Kranken. Da diese Mechanismen in Kombination mit der KPI auffällig waren und der vorhandenen Evidenz neue Erkenntnisse hinzufügen könnten, werden sie hier ausführlicher diskutiert. Unsere Interviewpartner*innen unterschieden zwischen ihrer In-Group und zwei Out-Groups - der Gruppe der Patient*innen und der Gruppe der kranken Ärzt*innen. Es wurde häufig berichtet, wie schwierig es für kranke Ärzt*innen ist, in die Patient*innenrolle zu schlüpfen, sie zu akzeptieren und sich damit zu identifizieren [45]. Dies unterstreicht, wie schwierig es für Ärzt*innen ist, flexibel mit ihrem Gruppenstatus umzugehen, und wie persönliche Gesundheitsfragen ignoriert werden, um die Zugehörigkeit zur Gruppe zu gewährleisten. Unsere Ergebnisse stimmen mit der Theorie der Sozialen Identität (SIT) von Tajfel und Turner [46] überein, die zeigt, dass die von uns identifizierten Mechanismen typische Prozessfaktoren in Gruppen sind, um die Konformität der Gruppenmitglieder und die Stabilität der KPI zu gewährleisten [46]. Dies macht es für Ärzt*innen schwierig und riskant, ihre eigene Schwäche oder Krankheit zu bemerken und anzusprechen. Die SIT beschreibt, dass Gruppen zwischen In-Group und Out-Group differenzieren und dass der Wunsch, in der In-Group zu bleiben, ein typischer Mechanismus in Gruppen ist [46], [47], [48].

Ein weiterer von uns identifizierter Mechanismus ist der Stolz auf die Fähigkeit, außergewöhnlich hohe Leistungen zu erbringen und sogar Grenzen zu überschreiten. Stolz stärkt die KPI [49], [50], aber positive Emotionen verstärken auch die Übernahme der KPI als Teil des individuellen Selbstkonzepts [46]. Wir wissen, dass individuelle und soziale Identität in der Medizin eng miteinander verwoben sind [51], [52]. Dies ist von entscheidender Bedeutung, denn unzufriedene Ärzt*innen riskieren mehr als nur den Verlust der Zugehörigkeit zur In-Group. Wenn sie nicht in der Lage sind, ihre hohe Leistung aufrechtzuerhalten, werden sie auch in ihrer individuellen Identität zutiefst verunsichert [53] und riskieren ein Scheitern in ihrer Karriere.

Ein weiterer Mechanismus ist nach unseren Erkenntnissen die frühe Sozialisierung in das etablierte System an Einstellungen und Überzeugungen. Dieser frühe Sozialisationsprozess wurde in anderen Studien beschrieben, in denen Medizinstudierende den „Druck, sich des Berufs würdig zu erweisen“ ([54], S.131) und die implizite und explizite Botschaft, dass Versagen, Schwäche oder unzureichende emotionale Kontrolle zum Ausschluss aus dem System führen, als eine konstante Erfahrung vom ersten Tag an beschrieben [54], [55]. Diese frühe und konsequente Botschaft in Bezug auf das, was der SIT den Prototyp eines guten Gruppenmitglieds nennt, ist für die

Aufrechterhaltung einer starken Gruppenidentität [45], [56] von wesentlicher Bedeutung, da nur diejenigen in der Gruppe bleiben, die das kollektive System an Einstellungen und Überzeugungen teilen.

Dieser Sozialisationsprozess wird durch Tabus in Bezug auf die eigene Schwäche, Krankheit und hohe Selbstmordraten verstärkt [7]. Tabus sind ein wichtiger Mechanismus zur Sicherung kollektiver Identitäten, und die Gruppenzugehörigkeit impliziert die Akzeptanz der mit der KPI verbundenen Tabus [57], [58]. Unsere Ergebnisse werden durch Studien gestützt, die zeigen, dass die emotionalen Herausforderungen des Arztberufs in der medizinischen Ausbildung häufig ein Tabuthema sind [55], was zu einer „Kultur des Schweigens“ ([53], S.1) über emotionale und psychische Probleme führen kann, die mit der Häufigkeit von ärztlichen Suiziden in Verbindung gebracht werden [53].

Diese Erkenntnisse helfen uns zu verstehen, warum es so schwierig sein kann, die Gesundheit von Ärzt*innen zu verbessern. Es scheint tief in der KPI von Ärzt*innen verwurzelt zu sein, ihre eigene Gesundheit als irrelevant zu betrachten und persönliche Bedürfnisse und Schwächen zu ignorieren. Dies gibt Anlass zu ernster Besorgnis, da berufliche Werte und Normen einen grundlegenden Einfluss darauf haben, wie wir uns verhalten, lernen und verändern [25], [59], [60]; darüber hinaus sind Werte und Normen, die Teil einer KPI sind, besonders schwer zu ändern [46].

Limitationen

In dieser Studie haben wir uns auf das gesprochene Wort der Ärzt*innen gestützt und nicht auf eine objektive Messung der Einstellungen. Folglich werden in dieser Studie die Einstellungen nicht quantifiziert, sondern es wird lediglich ein qualitatives Verständnis der Einstellungen und Wahrnehmungen von Ärzt*innen vermittelt. Da es sich um eine qualitative Studie handelt, wurde nur eine kleine Gruppe von Ärzt*innen einbezogen, die alle bereit waren, an der Studie teilzunehmen. Wir wissen nicht, ob eine Studie mit einer anderen Gruppe von Ärzt*innen vielleicht zu ähnlichen oder anderen Ergebnissen gekommen wäre. Die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse muss in weiteren Studien geprüft werden. Auch kann sie keine Klarheit über Ursachen und Auswirkungen liefern. Auch wenn diese Studie eine Grundlage bietet, müssen weitere Forschungsarbeiten durchgeführt werden, um die Einstellungen und Wahrnehmungen von Ärzt*innen in Bezug auf ihre eigene Gesundheit besser zu verstehen und möglicherweise Messinstrumente zu entwickeln. Wir haben die Untersuchung in Deutschland durchgeführt, und die lokale (medizinische) Kultur fließt zwangsläufig in unsere Ergebnisse ein. Außerdem haben wir nur leitende Ärzt*innen in Krankenhäusern befragt. Allerdings verbringt jeder Arzt und jede Ärztin in der Aus- und Weiterbildung einige Jahre in Krankenhäusern. Daher dienen Krankenhäuser als Orte der systemischen Sozialisation. Dennoch sind weitere Forschungen interessant, die un-

sere Theorie in anderen Arbeitsumgebungen, anderen Ländern und anderen medizinischen Fachgebieten weiter ausarbeiten und verfeinern. Und zuletzt, obwohl wir den Prozess sorgfältig reflektiert haben, könnte der Hintergrund des Interviewers als Psychologin und Vertreterin einer externen Gruppe die von den Interviewpartner*innen gelieferten Inhalte beeinflusst haben.

5. Schlussfolgerungen

Die Durchführung von Trainings zur Verbesserung der Gesundheit von Ärzt*innen, ohne die zugrundeliegenden Mechanismen anzugehen, wird im Lichte unserer Ergebnisse fragwürdig. Um die Gesundheit von Ärzt*innen nachhaltig zu verbessern, brauchen wir eine Veränderung der Wahrnehmung und des Wertes der Ärztegesundheit, die Teil der ärztlichen KPI ist und die durch Mechanismen vermittelt und geschützt wird, die vom ersten Tag des Medizinstudiums an in die alltägliche Erfahrung eingewoben sind. Dies ist eine große Aufgabe, und sie muss von innen heraus angegangen werden. Versuche, Einstellungen in Gruppen zu ändern, haben eine größere Wirkung gezeigt, wenn die Änderung von Mitgliedern der In-Group initiiert und unterstützt wird [61], [62], die als glaubwürdig, d. h. erfahren und kompetent, wahrgenommen werden [63] und die prototypische Gruppenmitglieder sind [64]. Daher brauchen wir erfahrene, erfolgreiche und glaubwürdige Ärzt*innen, die die alten Wege in Frage stellen, über die Auswirkungen der Gesundheit der Ärzt*innen auf die Qualität der Versorgung aufklären, die Mechanismen innerhalb der beruflichen Identität ansprechen, als Vorbilder fungieren und diesen Wandel anführen. Es könnte sich lohnen und ein Ansatzpunkt für einen notwendigen Wandel sein.

Unsere Ergebnisse bieten eine zusätzliche Perspektive auf die Ursachen unseres Ringens um die Verbesserung der Gesundheit von Ärzt*innen und eine Gelegenheit, zu einer Veränderung der KPI von Ärzt*innen aufzurufen, die nicht nur die Gesundheit ihrer Patient*innen, sondern auch ihre Eigene wertschätzt.

ORCIDs der Autorinnen

- Heike Schulte: [0009-0001-6706-1815]
- Gabriele Lutz: [0000-0001-5044-8485]
- Claudia Kiessling: [0000-0003-4104-4854]

Danksagung

Die Autorinnen bedanken ganz herzlich sich bei den Interviewpartner*innen, die sich die Zeit genommen haben, an dieser Studie teilzunehmen. Unser Dank gilt Christina Wagner, Dolmetscherin und Übersetzerin, für die sprachliche Unterstützung, Cornelia Preusse, Clarissa Frehle, Katharina Knie, Florian Mennigen sowie dem IAP-

Team der Universität Witten/Herdecke für die Unterstützung.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen erklären, dass sie keinen Interessenkonflikt im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

Anhänge

Verfügbar unter <https://doi.org/10.3205/zma001721>

1. Anhang_1.pdf (154 KB)
Erläuternde Zitate der Gesprächspartner*innen zur Illustration des konzeptuellen Modelles und der Kategorien

Literatur

1. Dyrbye LN, Shanafelt TD, Werner L, Sood A, Satele D, Wolansky AP. The Impact of a Required Longitudinal Stress Management and Resilience Training Course for First-Year Medical Students. *J Gen Intern Med.* 2017;32(12):1309-1314. DOI: 10.1007/s11606-017-4171-2
2. Brazeau CM, Shanafelt T, Satele D, Sloan J, Dyrbye LN. Distress among matriculating medical students relative to the general population. *Acad Med.* 2014;89(11):1520-1525. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000482
3. Wu F, Ireland M, Hafekost K, Lawrence D. National Mental Health Survey of Doctors and Medical Students. Melbourne: Beyond Blue; 2013.
4. Panagopoulou E, Montgomery A, Benos A. Burnout in internal medicine physicians: Differences between residents and specialists. *Eur J Intern Med.* 2006;17(3):195-200. DOI: 10.1016/j.ejim.2005.11.013
5. Beresin EV, Milligan TA, Balon R, Coverdale JH, Louie AK, Weiss Roberts R. Critical Deficiency in Resilience Education and Training. *Acad Psychiatry.* 2016;40(1):9-12. DOI: 10.1007/s40596-015-0475-x
6. West CP, Shanafelt TD, Kolars JC. Quality of life, burnout, educational debt, and medical knowledge among internal medicine residents. *JAMA.* 2011;396(9):929-960. DOI: 10.1001/jama.2011.1247
7. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet.* 2009;374(9702):1714-1721. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)61424-0
8. Halbesleben JR, Rathert C. Linking physician burnout and patient outcomes: Exploring the dyadic relationship between physicians and patients. *Health Care Manage Rev.* 2008;33(1):29-39. DOI: 10.1097/01.HMR.0000304493.87898.72
9. West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanafelt TD. Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *JAMA.* 2009;302(12):1294-1300. DOI: 10.1001/jama.2009.1389
10. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Thanh NX, Jacobs P. How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:325. DOI: 10.1186/1472-6963-14-325

11. Dewa CS, Jacobs P, Thanh NX, Loong D. An estimate of the cost of burnout on early retirement and reduction in clinical hours of practicing physicians in Canada. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:254. DOI: 10.1186/1472-6963-14-254
12. Shanafelt TD, Dyrbye LN, West CP, Sinsky CA. Potential impact of burnout on the US physician workforce. *Mayo Clin Proc.* 2016;91(11):1667-1668. DOI: 10.1016/j.mayocp.2016.08.016
13. Mache S, Vitzthum K, Klapp BF, Groneberg DA. Evaluation of a multicomponent psychosocial skill training program for junior physicians in their first year at work: a pilot study. *Fam Med.* 2015;47(9):693-698.
14. Guille C, Zhao Z, Krystal J, Nichols B, Brady K, Sen S. Web-based cognitive behavioral therapy intervention for the prevention of suicidal ideation in medical interns: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* 2015;72(12):1192-1198. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2015.1880
15. Goldhagen BE, Kingsolver K, Stinnett SS, Rosdahl JA. Stress and burnout in residents: impact of mindfulness-based resilience training. *Adv Med Educ Pract.* 2015;6:525-532. DOI: 10.2147/AMEP.S88580
16. Kemper KJ, Khirallah M. Acute effects of online mind-body skills training on resilience, mindfulness, and empathy. *J Evid Based Complementary Altern Med.* 2015;20(4):247-253. DOI: 10.1177/2156587215575816
17. Wald HS, Anthony D, Hutchinson TA, Liben S, Smilovitch M, Donato AA. Professional identity formation in medical education for humanistic, resilient physicians: pedagogic strategies for bridging theory to practice. *Acad Med.* 2015;90(6):753-760. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000725
18. Bar-Sela G, Lulav-Grinwald D, Mitnik I. "Balint group" meetings for oncology residents as a tool to improve therapeutic communication skills and reduce burnout level. *J Cancer Educ.* 2012;27(4):786-789. DOI: 10.1007/s13187-012-0407-3
19. Reith TP. Burnout in United States Healthcare Professionals: A Narrative Review. *Cureus.* 2018;10(12):e3681. DOI: 10.7759/cureus.3681
20. Jennings ML, Slavin SJ. Resident wellness matters: optimizing resident education and wellness through the learning environment. *Acad Med.* 2015;90(9):1246-1250. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000842
21. Hahn N, Brzoska P, Kiessling C. On the correlation between gratitude and resilience in medical students. *GMS J Med Educ.* 2024;41(1):Doc8. DOI: 10.3205/zma001663
22. Clough BA, March S, Chan RJ, Casey LM, Phillips R, Ireland MJ. Psychosocial interventions for managing occupational stress and burnout among medical doctors: a systematic review. *Syst Rev.* 2017;6(1):144. DOI: 10.1186/s13643-017-0526-3
23. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2016;388(10057):2216-2217. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)31279-X
24. Venegas CL, Nkangu MN, Duffy MC, Fergusson DA, Spilg EG. Interventions to improve resilience in physicians who completed training: a systematic review. *PLoS One.* 2019;14(1): e0214782. DOI: 10.1371/journal.pone.0210512
25. Ajzen I, Fishbein M, Lohmann S, Albarracín D. The Influence of Attitudes on Behavior. In: Albarracín D, Johnson BT, editors. *The handbook of attitudes: Volume 1: Basic principles.* 2nd ed. New York: Routledge; 2019. p.197-255.
26. Fitzgerald A. Professional identity: A concept analysis. *Nurs Forum.* 2020;55(3):447-472. DOI: 10.1111/nuf.12450
27. Kalet A, Buckvar-Kletz L, Harnik V, Monson V, Hubbard S, Crowe R, Song HX, Yingling S. Measuring professional identity formation early in medical school. *Med Teach.* 2017;39(3):255-261. DOI: 10.1080/0142159X.2017.1270437
28. Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Snell L, Yvonne St. A Schematic Representation of the Professional Identity Formation and Socialization of Medical Students and Residents: A Guide for Medical Educators. *Acad Med.* 2015;90(6):718-725. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000700
29. Jarvis-Selinger S, MacNeil KA, Costello GRL, Lee K, Holmes CL. Understanding Professional Identity Formation in Early Clerkship: A Novel Framework. *Acad Med.* 2019;94(10):1574-1580. DOI: 10.1097/ACM.0000000000002835
30. Wong A, Trollope-Kumar K. Reflections: an inquiry into medical students' professional identity formation. *Med Educ.* 2014;48(5):489-501. DOI: 10.1111/medu.12382
31. Wald HS, White J, Reis SP, Esquibel AY, Anthony D. Grappling with complexity: Medical students' reflective writings about challenging patient encounters as a window into professional identity formation. *Med Teach.* 2019;41(2):152-160. DOI: 10.1080/0142159X.2018.1475727
32. Charmaz K. *Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis.* Los Angeles: Sage Publications; 2014.
33. Corbin J, Strauss A. *Basics of Qualitative Research.* Thousand Oaks: Sage Publications; 2008.
34. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med.* 2014;89(9):1245-1251. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000388
35. Morse JM. The significance of saturation. *Qual Health Res.* 1995;5(2):147-149. DOI: 10.1177/10497323950050020
36. Thurmond VA. The point of triangulation. *J Nurs Scholarsh.* 2001;33(3):253-258. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2001.00253.x
37. Schrijver I. Pathology in the Medical Profession?: Taking the Pulse of Physician Wellness and Burnout. *Arch Pathol Lab Med.* 2016;140(9):976-982. DOI: 10.5858/arpa.2015-0524-RA
38. Schrauth M, Kowalski A, Weyrich P, Begenu J, Werner A, Zipfel S, Nikendei C. Selbstbild, Arztbild und Arztideal: Ein Vergleich Medizinstudierender 1981 und 2006 [Self-image, real physician's and ideal physician's image: a comparison of medical students 1981 and 2006]. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2009;59(12):446-453. DOI: 10.1055/s-0029-1202343
39. Wallace JE, Lemaire J. Physician wellbeing and quality of patient care: an exploratory study of the missing link. *Psychol Health Med.* 2009;14(5):545-552. DOI: 10.1080/13548500903012871
40. Wenger S. Arbeitsbelastung: Wenn der Beruf krank macht. *Dtsch Arztebl.* 2020;117(39):A-1802, B-1540.
41. Chan L, Dennis AA. Resilience: insights from medical educators. *Clin Teach.* 2019;16(4):384-389. DOI: 10.1111/tct.13058
42. Robertson JJ, Long B. Medicine's Shame Problem. *J Emerg Med.* 2019;75(3):329-338. DOI: 10.1016/j.jemermed.2019.06.034
43. Neve H, Collett T. Empowering students with the hidden curriculum. *Clin Teach.* 2018;15(6):494-499. DOI: 10.1111/tct.12736
44. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic Review of Depression, Anxiety, and Other Indicators of Psychological Distress Among U.S. and Canadian Medical Students. *Acad Med.* 2006;81(4):354-373. DOI: 10.1097/00001888-200604000-00009

45. Tajfel H, Turner JC. An integrative theory of inter-group conflict. In: Worchel S, Austin WG, editors. *The social psychology of inter-group relations*. Monterey, CA: Brooks/Cole; 1979. p.33-47.
46. Smith JR, Hogg MA. Social identity and attitudes. In: Prislis R, Crano W, editors. *Attitudes and attitude change*. New York: Psychology Press; 2008; p.337-360.
47. Smith ER. Affective and cognitive implications of a group becoming part of the self: New models of prejudice and of the self-concept. In: Hogg MA, Abrams D, editors. *Social identity and social cognition*. Oxford, England: Basil Blackwell; 1999. p.183-196.
48. Fox FE, Taylor GJ, Harris MF, Rodham KJ; Sutton J, Scott J, Robinson B. "It's crucial they're treated as patients": ethical guidance and empirical evidence regarding treating doctor-patients. *J Med Ethics*. 2010;36(1):7-11. DOI: 10.1136/jme.2008.029066
49. Lorenz M. Pride and Prejudice and social identity theory. In: Lau B, editor. *Jane Austen and Sciences of the Mind*. London: Routledge; 2017. p.115-135. DOI: 10.4324/9780203732526-7
50. Sullivan GB. *Understanding Collective Pride and Group Identity*. London: Routledge; 2014. DOI: 10.4324/9781315767680
51. Jennings ML. Medical student burnout: Interdisciplinary exploration and analysis. *J Med Humanit*. 2009;30(4):253-269. DOI: 10.1007/s10912-009-9093-5
52. Kaiser R. Fixing identities by denying uniqueness: an analysis of professional identity in medicine. *J Med Human*. 2004;23:95-101. DOI: 10.1023/A:1014821614175
53. Kishore S, Dandurand DE, Mathew A, Rothenberger D. Breaking the culture of silence on physician suicide. *NAM Perspectives*. Discussion Paper. Washington, DC: National Academy of Medicine; 2016. DOI: 10.31478/201606a
54. Karnieli-Miller O, Vu TR, Holtman MC, Clyman SG, Inui TS. Medical Students' Professionalism Narratives: A Window on the Informal and Hidden Curriculum. *Acad Med*. 2010;85(1):124-133. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181c42896
55. Veal TC. We Burn Out, We Break, We Die: Medical Schools Must Change Their Culture to Preserve Medical Student Mental Health. *Acad Med*. 2021;96(5):629-631. DOI: 10.1097/ACM.0000000000003991
56. Marques JM, Abrams D, Serodio R. Being better by being right: Subjective group dynamics and derogation of in-group deviants when generic norms are undermined. *J Pers Soc Psychol*. 2001;81(3):436-447. DOI: 10.1037//0022-3514.81.3.436
57. Fershtman C, Gneezy U, Hoffman M. Taboos and Identity: Considering the Unthinkable. *Am Econom J Microeconom*. 2011;3(2):139-164. DOI: 10.1257/mic.3.2.139
58. Kashima Y. Maintaining cultural stereotypes in the serial reproduction of narratives. *Pers Soc Psychol Bull*. 2000;26(5):594-604. DOI: 10.1177/0146167200267007
59. Katz D. A preliminary statement to a theory of attitude structure and change. In: Koch S, editor. *Psychology. A study of a science*. New York: McGraw-Hill; 1959.
60. Rogers A. *The base of the iceberg - informal learning and its impact on formal and non-formal learning*. Toronto: Barbara Budrich Publishers; 2014. DOI: 10.3224/84740632
61. Hornsey MJ. Why being right is not enough: Predicting defensiveness in the face of group criticism. *Eur Rev Soc Psychol*. 2005;16(1):301-334. DOI: 10.1080/10463280500436040
62. McGarty C, Laslam SA, Hutchison KJ, Turner JC. The effects of salient group memberships on persuasion. *Small Group Res*. 1994;25(2):267-293. DOI: 10.1177/1046496494252007
63. Hovland CI, Weiss W. The influence of source credibility on communication effectiveness. *Publ Opinion Quart*. 1951;15(4):635-650.
64. van Knippenberg D, Lossie N, Wilke H. In-group prototypicality and persuasion: Determinants of heuristic and systematic processing. *Br J Soc Psychol*. 1994;33(3):289-300. DOI: 10.1111/j.2044-8309.1994.tb01026.x

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Claudia Kiessling, MPH
 Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit,
 Lehrstuhl für die Ausbildung personaler und
 interpersonaler Kompetenzen im Gesundheitswesen,
 Alfred-Herrhausen-Str. 50, 58455 Witten, Deutschland,
 Tel.: +49 (0)2302/926-477
 Claudia.kiessling@uni-wh.de

Bitte zitieren als

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, URN: urn:nbn:de:0183-zma0017219

Artikel online frei zugänglich unter

<https://doi.org/10.3205/zma001721>

Eingereicht: 10.10.2023

Überarbeitet: 25.03.2024

Angenommen: 17.04.2024

Veröffentlicht: 15.11.2024

Copyright

©2024 Schulte 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/>.