

Moral development in personal and professional identity formation: Longitudinal impact of teaching the role of medicine during the Holocaust in health professions education

Abstract

Objectives: Critically reflecting on history of medicine during Nazism and the Holocaust (MNH) which included egregious ethical violations such as genocide complicity is a powerful platform for scaffolding Professional Identity Formation (PIF) with contemporary relevance for health professions education (HPE), clinical and research practices, and public policy. The study explored the longitudinal impact of MNH curriculum with an Auschwitz Memorial study trip on personal and PIF including moral development as a key PIF component.

Methods: The authors used immersion-crystallization qualitative thematic analysis to analyze medical and psychology students' reflective writings at 6 weeks (N=10) and 1.5 to 2 years (N=24) post 2019 MNH curriculum with study trip.

Results: Four distinct themes were identified, ie. curriculum and study trip impact on me as a 1) person, 2) student & future health professional, 3) member of a health profession (and health system), and 4) global citizen & part of humanity (philosophical/existential aspects). Each theme included five subthemes, ie. moral sensitivity, moral judgment, moral motivation, moral character, and moral outcome. Themes/subthemes were mapped to a conceptual framework for a moral development model within personal and PIF.

Conclusions: This curriculum catalyzed critically reflective learning/meaning-making supporting history-informed personal and PIF, and moral development within HPE. Students described compelling and relevant impact of the MNH curriculum on their perspectives and behavior within their studies, the health care system, and society. MNH curriculum is proposed as a fundamental HPE component cultivating attitudes, values, and behaviors for empathic, morally courageous leadership within inevitable healthcare and societal challenges.

Keywords: Professional Identity Formation, moral development, medical education, medicine during National Socialism, medicine during the Holocaust

Hedy S. Wald¹

Madelin S. Riesen²

Claudia Kiessling³

1 Warren Alpert Medical School of Brown University, Department of Family Medicine, Providence, Rhode Island, USA

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

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

1. Introduction

"A truer and more meaningful educational experience in Holocaust teaching depends on far more than cognitive knowledge: it depends on the internalization of the human and moral dilemmas posed by the Holocaust to modern society and to each of us in the form of conflicting choices and their practical resolution." ([1], p.353)

The active, constructive, transformative process of Professional Identity Formation (PIF) with qualities of moral resilience and ongoing critical reflection is a fundamental goal within health professions education (HPE) [2]. Educators are challenged to design formative educational

experiences for PIF to support trainees acting as "intentional agents" ([3], p.305). PIF, socially constructed and an integration of personal identity and professional self [3], [4], is "a representation of self, achieved in stages over time during which the characteristics, values, and norms of the medical profession are internalized, resulting in an individual thinking, acting, and feeling like a physician" ([5], p.1447) and establishing core values, moral principles, and self-awareness [6]. PIF is intertwined with moral development [7] on the path to moral competence [8], which is an essential component of PIF [9] in enabling students to cope with inevitable moral dilemmas (and complexities) in medical practice [10].

Our prior research analyzing medical and psychology students' reflective writings (RWs) revealed that their personal and PIF is supported by studying the history of medicine during Nazism and the Holocaust (MNH) with a curriculum including an Auschwitz Memorial study trip and has contemporary relevance for HPE and practice [11]. This aligns with the value of history-informed PIF, a concept introduced by the Lancet Commission on MNH [12]. Studying the history of MNH is vital given that the PIF socialization process includes not only internalization of characteristics, values, and norms of the medical profession but critical engagement with and examination of them in order to uphold required professional standards to meet obligations to patients and society [12], [13]. Our prior research on the impact of studying MNH with a study trip revealed a sensitized moral compass [14], heightened awareness of contemporary relevance for preventing abuse of power and respecting diversity, and moral intention to apply their learning responsibly within the profession and society [11].

Through this work, we became more interested in moral development as key within PIF on the path to "moral maturity" [7] and "moral competence" with self-representation as a moral agent [8] including moral awareness, moral judgment, and moral practice [15]. Cultivating moral decision-making, including moral reasoning and other related processes [16], [17] and embodying moral principles to guide one's actions independent of pressure from social norms [18] is essential for preserving human dignity within patient care, research, and public policy [15].

Rest [19], [20] proposed moral behavior as the product of four independent psychological subprocesses, not necessarily in a linear sequence as discussed by Bebeau and colleagues [21]:

1. moral sensitivity, ie. recognition of a moral situation and how our actions affect other people, with self-awareness of one's own role and responsibility [22];
2. moral judgment, ie. evaluating an action as morally justified or not;
3. moral motivation, ie. prioritizing moral values over other personal values, and
4. moral character, ie. "sufficient perseverance, ego strength, and implementation skills to be able to follow through on his/her intention to behave morally" ([23], p.203).

Despite the first three processes, according to Bebeau and colleagues, moral failure will occur if lacking in moral character [24].

Ideally, the process of PIF can support internalizing principles and values such that actions flow habitually from one's moral compass [25]. In Kegan's view [4], the highest stage of identity formation is becoming a person who chooses, internalizes, and lives by good moral values. Stagnation in moral development, regression, and even moral decline or "erosion" however, occurs during HPE [7], [26], [27], [28], [29], [30], [31], [32] and best practices for cultivating moral competence are thus needed.

A medical ethics teaching tools intervention did not lead to increased moral competence [33] and it is unclear why some clinical learning activities may enhance or rather hinder moral development [34]. Focus in ethics courses on codes and regulations with less or absence of promotion of moral reasoning and moral decision-making skills has been noted [35] and some have questioned whether teaching ethical virtues is plausible at all [31].

Moral competence is an area that young practitioners feel unprepared for and can be associated with moral distress [15], [36]. Higher levels of psychological distress and burnout are associated with a weaker sense of professional identity [37]. In line with our work, medical or health humanities curriculum promotes wellness and resilience [38] and has value for promoting critical thinking including openness to new perspectives and empathy with intentional reflective exercises [38], [39], [40]. Teaching MNH history in the humanities including a study trip to Auschwitz fosters bioethical reflection in medical students [41] and supports moral responsibility [42] and PIF [43], [44] in medical and nursing trainees. Medical ethics education can purportedly be more effective utilizing the power of this historical narrative including place-based learning [45]. While not a direct comparison due to different populations, impact studies of study trips to Holocaust historical sites for secondary and high school students have revealed changes in attitude, e.g. increased level of perspective taking and identification with Jews [46] and enhanced awareness of the Holocaust, racism, human rights and citizenship values [47]. Effectiveness studies from the field of memorial pedagogy (not including health professions students) showed mixed results regarding long-term effects of site visits as well as limited impact on xenophobic or other extremist attitudes, understanding historical contexts, self-reflection, and personal relevance to one's own life and the present [48], [49]. There may well be different effects on adults' learning using site visits with working professionals and people in training [50]. According to Liu and colleagues in regard to HPE, "a deeper understanding of moral development is long overdue" ([18], p.1004).

Although international and German medical faculties in cooperation with memorial sites offer programs specific for health profession students [41], [51], [52], [53], longitudinal impact of learning and reflecting on this history on personal and PIF of health profession students including moral development within HPE has, to our knowledge, not been studied. We thus undertook a study of the longitudinal impact of a MNH curriculum, including an Auschwitz Memorial study trip component, on medical and psychology students.

2. Methods

2.1. Setting and study population

The study was conducted as a follow-up study after a 3-year interprofessional curriculum at Witten/Herdecke

University (UW/H) entitled “Cultivating Medical Awareness and Ethics through the Example of Medicine in National Socialism” [11], [54]. Students were able to participate in any or all years of the course which is a special study module (“Studium Fundamentale”) for all UW/H students. We have previously described the course objectives [11]. In addition to history seminars, the curriculum included individual and small group reflection on survivor documentaries, assigned readings [55], [56], [57] and study trips to memorial sites (e.g. Auschwitz Memorial, Buchenwald Memorial, Hadamar Memorial). The 2019 study program included a study trip to the Auschwitz Memorial with additional implementation of interactive RW to support meaning-making and transformative learning [58]. Forty-six students (39 medical, 7 psychology) in various study years participated in the 2019 course and four-day study trip (100% of course participants on the trip). Students were invited to four voluntary RW sessions each evening. We have described the value of using interactive RW in the curriculum and findings of the qualitative analysis of these RWs i.e. RW1 to RW4 [11].

2.2. Data collection and data management

Six weeks after the study trip (June 2019), students participated in a brief RW session to reflect on their trip experiences and the course (RW5). They were invited to voluntarily submit these RWs to the course leaders for further content analysis. Eleven students submitted their RW5 (24% of the cohort). RW of author MSR as a curriculum participant was excluded.

In October 2020, students were contacted by author MSR (medical student and curriculum participant) to participate in the follow-up study and invited to again reflect on their course and trip experiences within RW (RW6). Students submitted their RWs to MSR either by email or in person. 24 students (52% of the cohort) submitted their RW6.

Self-selected identifier codes were converted into consecutive ID numbers (e.g. 1.5). Various demographics were not collected to maintain anonymity. All RWs were translated into English by a professional translator to enable all researchers’ participation in the analyses.

2.3. Data analysis

The research team included a sixth-year medical student (MSR), a professor of family medicine/clinical psychology with experience in interactive RW, PIF, and qualitative research (HSW), and a medical education professor with research experience in qualitative analysis and curriculum development and a dissertation on medicine during National Socialism (CK). We conducted qualitative thematic analyses [59] of the students’ RWs, using the English translation by all researchers. The interprofessional, intergenerational research team contributed expertise to the data analysis, including relevant researcher characteristics and reflexivity to the qualitative assessment. [60], [61]. Our team reflected on how cultural and family

backgrounds might influence data analysis, including HSW, who acted as an external auditor for the data analysis, e.g., two German researchers and one U.S. researcher. We discussed cultural and linguistic interpretations of the RWs, consulting the translator when necessary. We used an inductive approach to analyze and interpret data. Two authors (MSR, CK) independently analyzed all data using immersion/crystallization method, reading and rereading narratives with “cognitive and emotional engagement”, resulting in “intuitive crystallizations” to identify and extract subthemes to saturation [60], [62]. Reflexivity was a core part of our data analysis, including awareness of the researcher’s subjectivity. We discussed how biases might influence data interpretation. MR was one of the students attending the excursion and guided the reflection process by her experience during the excursion [61]. Reaching consensus while giving voice to the student researcher was essential.

We analyzed ten RWs (RW5) for theme piloting, with discrepancies resolved through discussion. The remaining RWs (RW6) were analyzed in a sequence of two batches of twelve RWs and then discussed. In analyzing the RWs of RW6, we (MSR, CK) noticed that these RWs were longer, richer in terms of reflective processes and addressed slightly different themes than the RWs of RW5. These observations that resulted from the data analysis and interpretation of MSR and CK were shared and discussed with HSW, who acted as an external auditor for the data analysis. The research team decided to focus the thematic analysis primarily on the RWs of RW6 and then returned to the RWs of RW5 to compare and contrast extracted themes. Data analysis then continued until thematic saturation was reached, as determined by research team consensus. MSR and CK worked with the final subthemes in iterative cycles to reach consensus on grouping the subthemes into thematic themes to be mapped onto a conceptual framework of moral development. Again, HSW acted as external auditor for the development of the thematic framework, reviewing the entire thematic analysis and the moral development framework to ensure trustworthiness and credibility. Any disagreements were resolved by several video conference discussions to reach consensus on final subthemes.

3. Results

3.1. Conceptual framework

Students’ RWs of the follow-up study focused predominantly on moral development topics in the context of personal and PIF. The iterative process of analyzing and discussing themes and subthemes therefore included discussions about existing models of moral development and moral competence and how these models resonate with personal and PIF, guiding re-evaluation of extracted themes and subthemes as well as the overall framework (see figure 1). These themes were found to be consistent

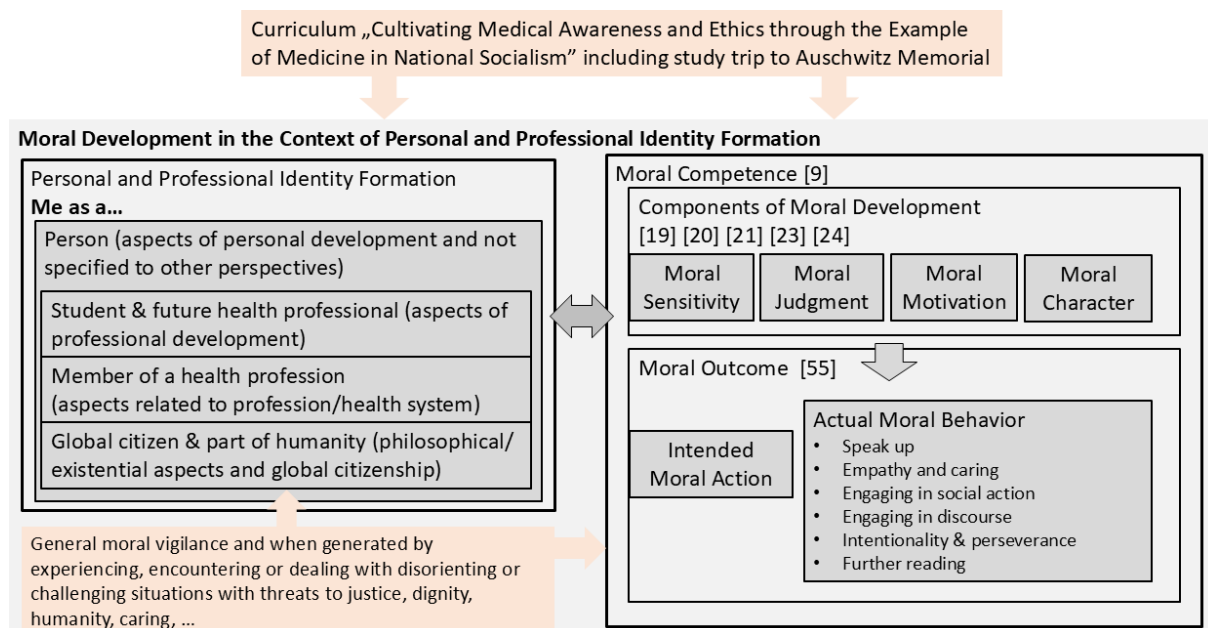


Figure 1: Conceptual framework

with the work of Rest [19], [20], Bebeau and colleagues [23], Bazzetta [63], and Lind [8], [64].

As the students described the curriculum and the study trip experience impacting their personal and PIF, they expressed various perspectives on how they interact with the world and reflected on themselves as a person, as a student and future health professional, as a member of a health profession, and as a global citizen and part of humanity. Aspects of moral sensitivity, moral judgment, moral motivation, and moral character were expressed for each of these perspectives [19], [20], [23]. They also reported intended moral actions and actual moral behavior, defined as moral outcomes by Bazzetta [63] and Lind [8], [64]. In general, these moral actions were concretely and specifically described, often emerging in the context of experiencing or dealing with disorienting or challenging situations that threatened justice, dignity, humanity, or caring. Examples are provided in table 1.

3.2. Themes and subthemes

Perspectives on the curriculum and study trip experience in the context of personal and PIF were identified as themes. Self-reflection (theme 1) related to personal aspects not specific to their studies, profession or society. Theme 2 was reflection on their identity as a student and future health professional. We also extracted reflections about the profession in general and the health care system, and the students' role within these (theme 3), as well as about their role in society, with existential questions about justice, dignity or humanity (theme 4). These reflective statements of themes 3 and 4 were often formulated as "we as ..." or third person statements ("the profession ...") rather than using "I" or "me" as in themes 1 and 2. For each of the four themes, the above-mentioned morality components [19], [20], [23] and moral outcomes [63] were defined as subthemes (subthemes

a-e). The RWs did not always include all subthemes. Some differences in topic focus between RW5 and RW6 are elaborated in section 3.3. Subtheme titles are presented in *italic*. Illustrative quotations are presented with quotation marks. Additional illustrative quotes are summarized in table 2, table 3, table 4 to table 5.

3.2.1. Theme 1: Curriculum and study trip impact on me as a person

Students described an enhanced *moral sensitivity* for what happened during National Socialism: "I have become much more sensitive/aware of the whole issue." (2.5) and an enhanced awareness of any forms of injustice or discrimination today: "Since then I am clearly sensitized for subtle processes of such objectifications, devaluations, coercive measures or even human attention in desperate situations." (52.6). Within a sense of *moral judgment*, they compared historical events with contemporary challenges: "Sometimes I catch myself comparing events from the present with what we saw in Auschwitz. I find these comparisons difficult, which are often made in the media (...), and yet it helps me to accept principles and form an opinion." (48.6). Confronting the Holocaust led to questioning personally important values including religious belief for a student: "My naive religious faith in a paternalistic loving God was also shaken. (...) However, since my faith also represented a strong resource for me (...), Auschwitz left a dark hole on a spiritual level and led me into an identity crisis." (46.6). Importance of prioritizing moral values was expressed as a strong sense of *moral motivation*: "Making people afraid has such a great power. That's why I think it's very important to stand by your values and not always go along with what the group does or says." (40.6). The meaning of moral character was expressed by referring to moral courage, "Above all, I have noticed that my inner courage to stand up for these

Table 1: Examples of specific challenging situations in the clinical context described by students

"In the clinic some time ago, I had the situation of a young woman with severe abdominal pain. The attending physician as well as the attending nurses did not take her pain seriously, she was dismissed as having "Morbus Mediterraneus" with the comment that she was faking and could not have such severe pain. However, the lack of empathy caused the patient to complain even louder and the atmosphere became increasingly tense. Since I had more time than the other caregivers, I was able to calmly go to the patient again and have her explain to me in detail what her concerns and needs were. In the conversation, I was also able to draw attention to the stressful general situation on the ward and thus not only show the patient more understanding, but also build up understanding for our situation on her part. This resulted in a better mutual perception - and the patient actually indicated an improvement of the pain, presumably also due to the relaxation that occurred. This situation could of course arise mainly because I was under no time pressure, like all the other staff on the ward, and it showed me again how important it is to step back from prejudices (in the case "M. Mediterraneus - i.e. non-German patients often simulate, and have less pain than they pretend to have"), and that I should myself judge each situation and not let myself be (emotionally) influenced by situations." (19.6)
"I remember a situation where a doctor on the ward was being racist in his remarks about a patient. There were several of us students listening to him. As all knew what was just said was racist and unacceptable, I think we were all shocked and a little speechless. The moment was over, the doctor left and we stood there as a group of students. I immediately felt an inner anger at myself for not telling the doctor directly that what he said was racist. I was afraid to do so, because I was a student and he was a doctor. When I realized this, I went to find him and confronted him directly. This was a situation where I was very aware of the importance of 'resistance'." (44.6)
"In the clinic, it happens very often that patients are "pre-judged" by my fellow doctor because of their gender, their overweight, their origin or the way they suffer. One scene in an emergency room has remained in my memory. There, I took the initial history and performed the physical examination of a man with shortness of breath. A nurse told me beforehand that the patient was annoying and faking it, and probably suffered shortness of breath because he was so overweight. I made a conscious effort to rid myself of these preconceptions before going into the patient's room. In the end, the patient stuck in my mind because it turned out that the poor man had a high-grade pulmonary embolism and was in acute danger of dying. As a student, I had no part in the diagnosis, but experienced how a doctor also almost missed a serious diagnosis. Only on the basis of a gut feeling a CT was ordered. If the doctor had relied too much on the nurse's assessment, the patient probably would have died." (48.6)

things has increased." (7.5), ego strength: "This trip is another stone in my inner wall against fascism, against the attack on human dignity." (49.6), and responsibility: "I also noticed a certain sense of responsibility, even for situations in which I was perhaps not directly personally involved but in which injustice occurred." (43.6). Reinforced attitude was also expressed: "My stance against racism and persecution was already there before, but it was reaffirmed by the visit to Auschwitz." (24.6). These considerations were described as leading to intended actions: "(...) taking a step out of that speechlessness and to actively do my part to ensure that something like this never happens again." (2.6) and realized moral actions such as *speaking up* or *engaging in discourse*, "Discrimination in language and deeds used to freeze me; now I feel more liberated to enter into dialogue. To seek confrontation. More constructive." (1.5), *empathy and caring*: "I pay more attention to people and to what they say. (...) at the same time more loving when it comes to trying to understand the person opposite me." (1.5), as well as *further reading*: "Specifically, I deal with the Nazi era much more than before. On the one hand, I do this consciously by reading a book that deals with this time (...)." (48.6). Those reporting moral outcomes also reflected on their actions as a starting point for intensified future action: "This does not always work, but I believe that through my own reflection and awareness I can become better and better at it." (50.6) (see also table 2).

3.2.2. Theme 2: Curriculum and study trip impact on me as a student and future health professional

Students also described how the curriculum and study trip affected morality components within actual study conditions, patient encounters and aspects of PIF. Increased *moral sensitivity* included upholding values in patient care was described, ie. "I believe that the trip has made me more alert and sharpened my senses for degrading behavior towards patients in a medical context, but also in everyday situations" (43.6) as well as *moral judgment* in regard to treatment of underrepresented patient groups: "I observe changes regarding a critical questioning of my own attitude especially in relation to the treatment of migrants and also homeless people in the medical context." (45.6). Students described enhanced moral motivation to prioritize *moral values*, ie. "Whenever I meet a new patient, I try to get to know them without prejudice and with an open heart and open perception" (50.6) as well as aspects of *moral character* to campaign for these values: "(...) the excursion showed me once again the importance of these values and the need to stand up for them." (44.6). Students also reported *intended actions* as future healthcare practitioners: "I have also set myself the goal of traveling to crisis areas in the course of my professional career and providing medical care for those in need" (41.6) as well as *moral outcomes* such as *speaking up*, "Even in everyday hospital

Table 2: Theme 1 – Curriculum and study trip impact on me as a person

Subthemes & illustrative quotes
1a) Me as a person – moral sensitivity “I have the feeling that I look back at that era in a completely different way. All the things I experienced during the field trip had a pretty strong impact on me personally. I feel like it helped me look at ethical issues a little more comprehensively.” (41.6) “I have noticed that in the course of the trip I have become more sensitive to all forms of discrimination and racism.” (41.6) “Sometimes I feel superior because I am privileged and allowed to do things that are open to few. It helps me then to become aware of how arrogant I am.” (49.6)
1b) Me as a person – moral judgment “In general, I also notice that my self-image has changed in the sense that I deal more with the issue of violence. I ask myself more often in which instances my actions with another person might be violent. I realize that this, as well as the way different patients deal with it, is highly individual and their own boundaries are very different.” (14.6) “Auschwitz represents for me “hell on earth”, and after our trip at the latest, I could no longer believe in a God who directs our destiny from above (...) However, since my faith also represented a strong resource for me and I also strongly identified with my role as a Christian before Auschwitz, (...) I am currently still in a process of uniting faith and personal responsibility.” (46.6)
1c) Me as a person – moral motivation “The course & the work have made me realize once again how important it is that we deal with the Holocaust & the people.” (2.5) “These situations existed all the time. However, as mentioned above, speaking and remaining silent when confronted with problematic statements, no matter the context, are active actions.” (1.6) “I strive to recognize my own biases and not let them guide my actions.” (19.6)
1d) Me as a person – moral character “The experiences gained during the trip and in the aftermath of the trip bring me more quickly into a state of active resistance.” (2.6) “It gave me courage once again to act in situations where I know something is discriminatory. To speak up and argue against it.” (44.6)
1e) Me as a person – moral outcomes Intended action “The great requirement I have for myself is to make myself aware of my unconscious patterns of thinking, feeling and acting. To have this aspiration (...) To stay awake, even in routine situations.” (37.5) Speaking up “I consciously take an active role and no longer feel comfortable as a silent spectator. I am much more aware of myself and get more involved to be the change, rather than waiting for others to finally do it better/differently.” (2.6) “Looking back, this year I dared to intervene more when I felt things were unfair (...)”. (43.6) Further reading on ethical topics “The consequence of this is that I continue to deal with this topic at every opportunity, watch films, listen to podcasts and enter into discussions with others.” (2.6) Intentionality and perseverance “Whether I then always dare to intervene is another question.” (43.6) “This does not always work, but I consciously try to remember this.” (48.6)

life, unfortunately, there are always situations in which “slight” discrimination or racism appear. In such situations, I always mustered up my courage and protested against them” (41.6) and enhanced *caring*: “There was a moment in the clinic when a doctor was very unkind and rude to a patient, this affected me greatly. I felt a strong sense of injustice and thought I should do something about it. When the doctor left the room and I stayed behind with the patient, I apologized to the patient and tried to give her some sympathetic words along the way. I didn’t manage to point out his misconduct to the doctor (...), but at least I managed not to remain completely inactive in the situation.” (7.6) (see also table 3).

3.2.3. Theme 3: Curriculum and study trip impact on me as a member of a health profession (medicine/psychology)

Students reflected on the role of the medical profession in history and contemporary healthcare. They reported increased *moral sensitivity* for that role in the past including the issue of dehumanization, “I am still preoccupied with the fact that medicine played a central role in the dehumanization and ultimately the subsequent atrocities and crimes” (7.6) and today: “Dehumanization, however, is something that we as physicians often see in the medical context as well. (...) In the case of the homeless person who regularly shows up in the emergency room, we forget even more quickly that this is a fellow human being and not an object. (...) But at the core of all of them is the same dehumanization that made Auschwitz-

Table 3: Theme 2 – Curriculum and study trip impact on me as a student and future health professional including Professional Identity Formation

Subthemes & illustrative quotes
2a) Me as a student – moral sensitivity “I have become aware of how important it is not to lose one's moral compass in everyday as well as in medical contexts - especially when situations arise that require courage.” (19.6) “There is hardly any other seminar in the context of my medical studies that has awakened me to the ethical dimension of medical practice.” (52.6)
2b) Me as a student – moral judgment “It is especially noticeable during my time in the clinic, how often this becomes a ‘That’s just the way it is...’ and a: ‘At some point you have to do that...’. How such statements remain unquestioned and are merely parroted. And how thoughtless. Not thought through. What is it am I saying right now? And do I really think like that?” (37.5) “I would like to take a closer look at my role as a future physician: Medicine cannot be detached from politics, as our human health is often also a result of coexistence, discrimination consequences, stress and privilege.” (19.6) “That’s something I’ll definitely take with me for the future, that you always have to reckon with unexpected situations coming up, where you’ll doubt yourself and ask yourself several times, ‘Did I do the right thing? And above all, what is the right thing to do in this situation?’”(40.6)
2c) Me as a student – moral motivation “For my own professional career, I also took the following with me from the trip: it is very important not to orientate oneself only according to hierarchies. Even in our daily hospital life today, there are situations in which you have to do things that you don't think are right. I think it's incredibly important to stand up and speak out.” (41.6) “I believe that the experiences in Auschwitz also have to do with my willingness, perhaps even the desire, to turn to those people in particular who are in existential distress and live at the limits of what is commonly called normal humanity or human dignity.” (52.6)
2d) Me as a student – moral character “With regard to my personal attitude, I have also noticed that it is important to give each voice weight, and it has strengthened me in my medical-therapeutic courage and my direction forward. The will to heal. Even old historical wounds.” (20.6) “My self-image as a future doctor and current medical student was and is that our profession is dedicated to people and must therefore uphold all the rules of humanity. This self-image has not changed, but has been strengthened by the trip to Auschwitz.” (48.6)
2e) Me as a student – moral outcomes Intended action “I think that with regard to my studies I ask myself more intensively what really helps me professionally and personally. For example, I have actively decided to spend my surgery internship in Norway, in order to meet different people from Europe. (34.5) Speaking up “I once dared to confront colleagues in the hospital regarding their degrading words and behavior towards a comatose, septic patient and to ask why they speak so (cynically and ugly) and why they do not mourn and show their dismay. I couldn't do it without tremors in my voice, not without getting emotional, not without attacking, not without blaming. I would do it again. Maybe with a little more calm. It was emotionally draining, because I was afraid of being expelled from the team. Further encounters with these colleagues remained tense and suspicious. And I was ultimately happy when my contract expired.” (5.6) Engaging in discourse “In the emergency services, I had a meeting with a colleague from Eastern Germany. Although he himself fled from the GDR years ago for economic reasons, he spoke disparagingly about criminal fugitives, whose presence he strongly felt. In the past, I would probably have changed the conversation and avoided the topic for the sake of my professional life, because it was emotionally charged. But now I felt empowered to seek the conversation, to listen.” (1.5) Empathy and caring “I explain much more to patients: both the steps of my own work or the steps of medical procedures that are routine for the staff. Even if I am only a spectator, I take the initiative and explain to the patient what is happening to them.” (2.6) Engaging in social action “Use to uncover discrimination in studies/block trainings: → Meeting with students; → Modification of the evaluation questionnaires (extension)” (29.5) Little impact on action “My personal professional self-image has changed little or not at all.” (10.6)

Table 4: Theme 3 – Curriculum and study trip impact on me as a member of a health profession (medicine/psychology)

Subthemes & illustrative quotes
3a) Me as a member of a health profession – moral sensitivity “It was in and after Auschwitz that I first became aware of the role my future professional group played during the Nazi era and the special responsibility we have.” (12.5) “Overall, this has given me a different view of the role of medicine in today’s society and also of my own role in this system.” (7.6)
3b) Me as a member of a health profession – moral judgment “I am confronted again and again with what a position of power we are in as doctors.” (2.6) “In borderline situations in the clinic - be it insensitive treatment on the part of doctors towards patients, derogatory comments about patients by health workers or “assembly line” processing due to time/cost pressure in which the patients feel no longer seen, I think much more often that these “violations” can in small ways have a similar character as in the times of the Nazi crimes. If we are not careful, this can be a beginning where the neighbor no longer has the same value as oneself.” (7.6) “A completely different consideration concerns my handling of scientific heritage: many of the findings from physiology and anatomy, as well as pharmacology, originate from unethical conditions. Especially during the Nazi era, medical research made enormous progress, but it happened on the soil of a fascist regime and under inhumane conditions. In my opinion, these results should be questioned, or at least the name givers of some procedures or discoveries should be questioned or erased, in which the naming no longer reminds of NS doctors (e.g. “Clara cells” in the lung are now increasingly called “club cells”).” (19.6) “I am thinking of a discussion I had with someone with a background in molecular biology about the Crispr/Cas gene scissors. He saw it as an opportunity to one day “eradicate” genetic defects and thus (from his perspective) cure many people and generations to come. I immediately had to think of our study trip and had the association with the Nazi ideology, which also worked towards the formation of a “clean” race.” (42.6)
3b) Me as a member of a health profession – moral motivation “Also, in order to understand the stigma that is still attached to psychological diagnoses today, I think it is important to confront the past from a professional perspective.” (10.6)
3c) Me as a member of a health profession – moral character “However, I still see my profession as having a responsibility, and I find it disconcerting and shameful that we learn nothing in basic psychological training about the role psychiatry played in the Nazi extermination machinery. I also think it is important to talk more, or at all, about what was done to mentally ill people during the Nazi era. They are a largely forgotten group of victims and that pains me. Especially we as future therapists should deal with this heritage and the responsibility that comes with it with full awareness.” (10.6)

Birkenau possible.” (45.6). One student reflected on challenges within moral decision-making (*moral judgment*): “It was brought home to me once again how doctors today also have to make major ethical and moral decisions in therapy on a daily basis. We are often not prepared for these decisions.” (19.6). Medical practice system conditions were questioned: “It seems to me that especially in a system that does not create any framework conditions for interpersonal dignity and in which there can be hardly any talk of healing, it is only possible to treat patients with human dignity (...) if an inner attitude is repeatedly developed” (51.6). The *motivation* to act morally and to fight for moral principles not only by single persons, but by all physicians was also described: “I find it even more important to always keep the principles of medicine, the prohibition to harm, the principle of autonomy and the principle of human dignity, in mind and to fight with all means to implement these principles. Not only by me but by all physicians.” (33.6). Responsibility as part of collective *moral character* of the medical profession in society was highlighted: “The key element that I took away from the study trip and the discussions connected with it is the question of collective responsibility of the individual, both as a doctor and as a human being.” (1.6). As a result, one student described how he/she become actively *engaged in social action*, namely aid to medical refugees: “After the trip, I started to work in the medical refugee aid. We make sure that everyone

gets the right to medical care whether he is registered in Germany or not (is paperless).” (50.6) (see also table 4).

3.2.4. Theme 4: Curriculum and study trip impact on me as global citizen and part of humanity

Moral sensitivity in the context of societal and existential questions was described and principles of free democratic societies were reflected: “I think the vigilance has the most effect on me. I am very aware of what freedom means and that EVERYONE has the right to experience (...)” (50.6). A student also discussed prisoners’ resistance and became aware that the planned dehumanization of people failed: “(...) the study trip showed me that the prisoners were not only victims who surrendered to their situation. There was also resistance. This was not necessarily visible in the situation at the time, but it shows us retrospectively that the Nazis’ plan to dehumanize Jewish prisoners failed.” (23.6). Statements expressing *moral judgment* included reflections on Jewish life in Germany today: “If people of Jewish faith leave Germany nowadays again because they have to fear to become victims of violence and attacks, then this is a cruel proof that not enough is done for their protection. And even if this protection would be guaranteed by the authorities, do people want to live like this? Under police protection?”

Table 5: Theme 4 – Curriculum and study trip impact on me as a global citizen and part of humanity

Subthemes & illustrative quotes
4a) Me as a global citizen and part of humanity – moral sensitivity “In many respects, the excursion made me aware of what is going on in society in terms of politics, (...) but also how lucky we are to be born in Europe in a time without war and forced displacement.” (34.5) “I notice stumbling blocks much more than before, without looking for them.” (48.6) “The experiences clearly highlighted for me the ethical dimension of human action. Especially the danger and real possibility of dehumanization.” (52.6)
4b) Me as a global citizen and part of humanity – moral judgment “The Christian tradition/Christianity & its effects have become the Christian-Jewish tradition and starting points for me. (...) Great respect/gratitude for the terrific, noticeable efforts of the Jewish people.” (29.5) “And this is exactly what I will take with me into future political and humanistic discussions: Not dealing with something and not positioning oneself in the aftermath is an active, not a passive decision. For which one has to justify oneself at that moment and also later.” (1.6) “As history proves, intellect does not save us from it. The first book burnings started from students, the leadership of the Nazi apparatus consisted largely of aristocrats, elites, highly educated people. Fascism does not stop at academic degrees and eats its way into every stratum of society.” (49.6)
4c) Me as a global citizen and part of humanity – moral motivation “Another important insight that has arisen, for example, from the discussion of Adelaide Hautval: To encounter one another as humans, as human beings, not from certain roles. (...) Because when I exist as a human being, I can relate to another person, see them and stand up to them. (...) The freedom of choice. And that I can act on it.” (37.5) “That as a citizen of a democratic society, I must actively strive to participate in social processes” (5.6) “It is necessary to visit such places at regular intervals in order to resist forgetting and to commemorate the victims. I mean the forgetting also quite subjectively, not only socially.” (49.6)
4d) Me as a global citizen and part of humanity – moral character “Inspired by humanism and positive psychology, I had above all a positive view of man. Since our visit to Auschwitz, I now believe that the root to the ‘banality of evil’ is predisposed in each of us humans and that we must actively counteract this ‘dark side’.” (46.6)
4e) Me as a global citizen and part of humanity – moral outcomes Intended action “Yes, it has strengthened my conviction that I, that we all have an obligation to stand up against injustice/dehumanization and to work constantly to promote good in the world.” (7.5) “What exactly does this imply? I think and feel that it is time for me to actively and resolutely confront situations with e.g. everyday racism or dehumanizing behavior, because voting is simply not enough at the moment.” (34.5) Engaging in social action “It also left me with a sense of horror that despite such horrific acts in our German past, right-wing tendencies can already be seen again in society. This has induced me to become politically active, in order to do something against this state of affairs.” (41.6)

(49.6). *Moral motivation* was expressed in the impulse to become politically active: “I see the study trip as the starting point of my personal politicization in medicine. (...) it became clear to me that I absolutely have to politicize myself as a private person and as a (future) doctor and learn to take a stand.” (5.6) as well as to protect democracy: “I think it became even clearer to me that a democracy is something fragile, something special, and therefore one must protect it well.” (24.6). Statements expressing *moral character* included the role of resistance and ego strength: “The Nazi era shows like no other - and especially the setting of Auschwitz - what each individual can contribute to the system, in every respect: be it by unquestioned consequences or by willfully turning a blind eye. It also shows what resistance is still possible despite adverse circumstances. In any case, it shows: nobody is irrelevant.” (1.6). A statement of *intended action* included a future task of strengthening moral character: “For me, it is a future task to awaken human values, to strengthen the human ‘Me’ and to do a lot of awareness work - especially for the roots.” (20.6) (see also table 5).

This RW quote summed up the essence of the work: “I want us humans to learn from history (...).” (40.6).

3.3. Comparison between RWs 6 weeks and 1.5 year after the study trip

Students’ narratives of RW5 were generally briefer and content differences between RW5 and RW6 were noted. Not all students attended the post-trip course meeting for RW5 or submitted their RW. RW5 content was focused more on moral sensitivity regarding personal and global citizenship aspects. Narratives contained more “living the questions” expressed in question marks with reasoning and meaning-making appearing to be at a more preliminary stage, e.g. “And what does it matter if one questions such beliefs. Acts upon them. And if one asks (and questions) again and again, who is this person who says this, to say this to myself. Why are they saying it? And that I am free in my choice to accept it or not.” (37.5). RW6 narratives contained more descriptions of students’ actual moral behavior in specific clinical situations. These descriptions were generally lengthier and more elabor-

ated, not generally found in RW5 and suggested motivation and follow-through at 1.5-2 years post study trip to speak up, engage in discourse, and bring a more caring approach towards patients.

4. Discussion

4.1. Overview

Moral development including moral sensitivity on the path to moral competence is a key element of PIF yet cultivating and sustaining this can be challenging. Our prior research on health professions students' RWs during a four-day study trip to Auschwitz as part of a MNH curriculum revealed intention to use learning for moral courage and responsibility [11]. Within our current study of longitudinal outcomes of this curriculum, the RW content led to our exploring the longitudinal impact of learning and reflecting on this history on moral development within personal and PIF. Within this group of students, we found that exploring history-informed PIF [12] included exploring what we term "history-informed moral development" in HPE.

Our analysis of the students' RWs revealed impact of the curriculum including the study trip on actual moral behavior, with examples provided of going beyond intended action to actualizing it. At a more sophisticated level as per theoretical frameworks of Kegan [4] and Kohlberg [65], students describe finding their own agency or "moral compass" with an overall moral vigilance activated (with reflection) when encountering "disorienting" dilemmas or challenging situations [57]. This aligns with Kegan's self-authored professional [4] who constructs a discerning principled identity [66]. Such moral agency for human dignity can be stress-buffering and potentially counteract moral distress to promote well-being which can then positively impact PIF [67]. Students' writings in relation to self, profession, healthcare system, and existentially, to humanity, included aspects of moral competence, ie. four components of moral sensitivity, judgment, motivation, and character as well as actual behavior.

RWs indicated a sense of awareness and moral commitment fostered by the curriculum but also its facilitating "speak-up culture" [68] and taking moral action when needed within situations generating moral distress that can and do occur in the clinic and other educational experiences. They describe how standing up to injustice can be challenging, even hard within power hierarchies and competing priorities in HPE and healthcare. This seems to be a challenge not only for the medical and psychology professions. Formative guidance to foster moral courage and practice in undergraduate nursing education has been recommended in regard to keeping quiet or speaking up in ethically challenging nursing care situations [69].

Students writing about the need for "collective responsibility" (1.6) and how "democracy is something fragile, something special, and therefore one must protect it well" (24.6) for example, embodies the concept of responsibility

and identity existing in symbiosis with each other [70]. Developing moral sensitivity, judgment, motivation, and character as part of one's personal and professional identity construction helps sustain a moral compass in general as well as specifically within moral dilemmas and challenges. This is relevant for fostering medical professionalism (for which PIF serves as foundational) for the "moral contract between the doctor and the individual patient in society" ([71], p. 1619). Our conceptual framework combines two theoretical frameworks to frame and contain RW content [19], [20], [63] and captures general moral vigilance and awareness generated by experiencing disorienting or challenging situations (see figure 1).

Moral behavior that our group of students described as a result of the curriculum and trip experience included speaking up, engaging in discourse, empathy and caring, engaging in social action, intentionality and perseverance, and further reading. This aligns with identity formation being entwined with moral virtues and values [72], supporting trainees toward the highest stage of identity formation, ie. a person who chooses, internalizes, and lives by good moral values [4], for healthcare and global citizenship.

Many RWs captured moral integrity as active and intentional. A direct, significant relationship between moral development, "ethical sensitivity" and greater empathy was reported in medical students ([73], p.73) which may mitigate "ethical erosion", be protective against burnout [74] and contribute to high quality clinical care. Our curriculum (with formative elements of reflective writing and narratives, emotional aspects of learning, and guiding reflection on moral implications) and study trip [11] may thus serve as a "preventive" or proactive approach for this and for avoiding distortion of moral agency within inherent risks for abuse in medicine, thus enhancing moral resilience in PIF [4]. Such risks include obedience within hierarchy in the profession [75] as well as inevitable temptations or economic, professional, and/or political pressures. Students grapple with the implications for their personal and PIF of "doctors and other health professionals being among the most avid of Nazi ideologues with their abandonment of moral principles resulting in an unprecedented breach of ethics" ([75], p.105). Working with biographies before and during the site visit, preparation for and debriefing the site visit as well as interactive reflective writing sessions and reflection about the medical profession during the site visit helped to increase the awareness of the relevance of the content and appeared to be an important curriculum element for self-reflection, as reported by the students. This is in line with the reported value of reflective discussions for working professionals at site visits [50], reflective process reportedly facilitating undergraduate students' perceived knowledge acquisition and awareness of the Holocaust after visiting the Auschwitz concentration camp with the reflection enabling empathic connection between these historical events and the students [76], and medical students' statements on initiating reflection and learning

processes relevant for their future professional practice [53].

Analysis of RW5 at six weeks and at 1.5-2 years post-study trip (RW6) revealed awareness and sensitivity in RW5 with a developmental process moving from intended action to realized action (seen in RW6). We can perceive six weeks as a “segue” with learners still processing and relevance emerging more clearly with experience. In essence, it can take some time within immersion in one’s HPE including experiencing challenging situations to recognize meaningful impact of such a curriculum and study trip for professional growth. We noted sustained impact of the curriculum with “deepening” through reflection on this history, for example, with greater sensitivity to unjust treatment in healthcare, reflecting on Jewish life including concern about dangers associated with contemporary antisemitism, and ongoing “living the questions” with connections to daily life. In this vein, Horton noted how the value of teaching the Holocaust in medicine includes providing “a powerful societal bulwark against antisemitism” ([75], p.105).

Within the students’ RWs in general, we identified components of transformative learning [58] including a disorienting experience, an emotional response, critical reflection; perspective change; and a commitment to future action [77] and furthermore, actual action. Our analyses were informed by Mezirow’s transformative learning work including its definition “as the process by which we transform problematic frames of reference (mindsets, habits of mind, meaning perspectives) – sets of assumption and expectation – to make them more inclusive, discriminating, open, reflective and emotionally able to change.” ([78], p.92). As such, the transformative character of students’ reflections was demonstrated by phrases such as “My self-image has changed (...)” (14.6), “I am much more aware (...)” (2.6), “I have definitely become more sensitive (...)” (42.6), “I observe changes regarding a critical questioning of my own attitude (...)” (45.6), or “I see the study trip as the starting point of my personal politicization in medicine.” (5.6).

In accordance with the definitions of Frenk and colleagues of the Lancet Commission on Medical Education for the 21st Century [79], transformative learning is accompanied by informative and formative aspects of learning in this study. The study outcomes reflect “informative” within learning the history, “formative” work within the data emerging in the RWs, and “transformative” within the students referencing the change in themselves which we can term as “enlightened change agents” using Frenk and colleagues’ terminology [79].

We also noted confirmatory learning [58] outcomes within some RWs with students describing strengthening and reaffirming of their moral convictions resulting from the study trip which may contribute to bolstering moral resilience and/or courage as needed.

Study findings help realize aims of the Lancet Commission on MNH, ie. to “support the development of morally conscious and self-critical, yet courageous and resilient health professionals – independent thinkers who are

capable of upholding professional values in the face of pressure and who will, when needed, act as agents of change” ([12], p.1867) and be “history-informed morally courageous health professionals who will speak up when necessary” ([80], p.1817). The students in their RWs connect the dots between learning this history and their learning and further developing moral awareness, sensitivity, and action, components of history-informed personal and PIF as discussed in the report of the Lancet Commission [12]. Our results also align with a recently published study on learning outcomes for a medicine during the Holocaust curriculum and study trip to Auschwitz for U.S. medical students [45].

Our findings advance the field of supporting PIF in HPE as our data supports the use of curriculum (with critical reflection) on history of MNH with a study trip component to cultivate moral development within personal and PIF in HPE with longitudinal impact.

4.2. Limitations

Limitations of our study include some suboptimal elements of RW5 session with scheduling issues and some students unable to attend, and no behavioral indicator for real life moral behavior. Data was solely from students’ voluntary RWs after the study trip and obtained from one institution in one country (Germany) with self-selected students for the module, thus raising a question of transferability.

An inherent limitation is the risk of social desirability within empirical social research based on self-reports. High expectations of a visit to a memorial site, ie. “expectation production” may engender a risk of potentially overshadowing the actual learning effect [49]. Recommended measures [81] were taken within our study to counteract this phenomenon, ie.

1. Expectations and motivations for visiting the memorial were discussed with the students prior to the visit and on the first evening of the visit,
2. Anonymity was ensured in the RWs, as was sufficient response time for the open-ended prompts, and
3. There was no dependency of the students on the researchers either before or after the course, ie., in exams or other forms of assessment.

Not all students submitted RWs when invited to do so for this study. Our response rate of 52% however is noted as above average in academic studies [82]. Our number of analyzed RWs (n=34) is in range with studies analyzed in a review of students’ RW in the context of learning (range 8-880, Median 32) [83].

Students’ level of training, gender, and/or cultural background would be of interest in future studies as would examples of application of knowledge, skills, and attitudes gleaned from this curriculum within residency training and beyond. Our findings within the current longitudinal study revealed MNH curriculum with study trip serving as an enriching experience for transformative learning, moral development, and history-informed PIF. Further

longitudinal studies are needed to obtain additional insights on history-informed transformative learning within personal and PIF of health professions students.

5. Conclusions

Analysis of our data suggests that a MNH curriculum with study trip has the potential to catalyze a critically reflective learning/meaning-making process with longitudinal impact to support moral development within personal and PIF including critical consciousness, moral awareness, and professional value. Guiding a reflective process of grappling with the implications of the difficult history of physician atrocities during Nazism and the Holocaust as well as deriving inspiration from moral courage and resistance narratives can help foster moral development with a sense of responsibility for moral leadership. Such history-informed PIF can be foundational for emergence of empathic healthcare professionals bringing moral sensitivity and moral character to realize humanistic healthcare.

Medical ethicist Dr. Edward Pellegrino's observation rings true as we consider the results of our study: "Medicine is a moral enterprise" ([84], p.65). Within this, we conclude with Mary Lagerway's citing philosopher Emmanuel Levinas, that "Encountering the face of the Other calls forth a response of moral sensitivity to one's responsibility to the Other" ([85], p.614).

Acknowledgements

The authors wish to thank Diethard Tauschel, MD, director of the curriculum program, Prof. Dr. med. Peter Selg, Ita Wegman Institute for Basic Research into Anthroposophy, Switzerland, Dr. phil. Krzysztof Antonczyk, Auschwitz-Birkenau Memorial and Museum, Poland for facilitating the study trip and educational presentations, and to all the students who participated.

Notes

Ethics approval

This study was approved by the Ethics Committee of the University Witten/Herdecke with participants informed that voluntary submission of their anonymous reflective writings would be used in this study.

Authors' contributions

The study design and research question were developed by all researchers. MSR collected the RWs from the students. CK and MSR analyzed the data. HSW acted as an external audit of the data analysis. All authors contributed to the planning and writing of the manuscript. HSW de-

veloped and facilitated the interactive reflective RW sessions during and after the excursion.

Author's ORCID

Claudia Kiessling: [0000-0003-4104-4854]

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests. However, HSW serves as a commissioner, the Lancet Commission on medicine, Nazism, and the Holocaust. The views presented herein do not necessarily represent the other members of the Lancet Commission on medicine, Nazism, and the Holocaust, but rather the views of the author only.

References

1. Ofer D. Personal Letters in Research and Education on the Holocaust. *Holocaust Genocide Stud.* 1989;4(3):341-355. DOI: 10.1093/hgs/4.3.341
2. Wald HS. Professional identity (trans)formation: Reflection, Relationship, Resilience. *Acad Med.* 2015;90(6):701-706. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000731
3. Toubassi D, Schenker C, Roberts M, Forte M. Professional identity formation: linking meaning to well-being. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2022;28(1):305-318. DOI: 10.1007/s10459-022-10146-2
4. Kegan R. *The Evolving Self: Problem and Process in Human Development.* Cambridge, MA: Harvard University Press; 1982. DOI: 10.4159/9780674039414
5. Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Snell L, Steinert Y. Reframing Medical Education to Support Professional Identity Formation. *Acad Med.* 2014;89(11):1446-1451. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000427
6. Holden MD, Buck E, Luk J, Ambriz F, Boisaubin EV, Clark MA, Mihalic AP, Sadler JZ, Sapire KJ, Spike JP, Vince A, Delrymple JL. Professional identity formation: creating a longitudinal framework through TIME (Transformation in Medical Education). *Acad Med.* 2015;90(6):761-767. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000719
7. Branch WT. Supporting the Moral Development of Medical Students. *J Gen Intern Med.* 2000;15:503-508. DOI: 10.1046/j.1525-1497.2000.06298.x
8. Lind G. Moral competence and the democratic way of living. *Eur J Psychol.* 2011;7(4):569-596. DOI: 10.5964/ejop.v7i4.153
9. Forsythe G. Identity Development in Professional Education. *Acad Med.* 2005;80(10):S112-S117. DOI: 10.1097/00001888-200510001-00029
10. Rabow MW, Remen RN, Parmelee DX, Inui TS. Professional formation: extending medicine's lineage of service into the next century. *Acad Med.* 2010;85(2):310-317. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181c887f7
11. Riesen MS, Kiessling C, Tauschel D, Wald HS. "Where My Responsibility Lies": Reflecting on medicine during the Holocaust to support personal and professional identity formation in health professions education. *GMS J Med Educ.* 2023;40(2):Doc24. DOI: 10.3205/zma001606

12. Czech H, Hildebrandt S, Reis SP, Chelouche T, Fox M, González-López E, Lepicard E, Ley A, Offer M, Ohry A, Rotzoll M, Sachse C, Siegel SJ, Šimůnek M, Teicher A, Uzarczyk K, von Villiez A, Wald HS, Wynia MK, Roelcke V. The Lancet commission on medicine, Nazism, and the Holocaust: historical evidence, implications for today, teaching for tomorrow. *Lancet*. 2023;402(10415):1867-1940. DOI: 10.1016/S0140-6736(23)01845-7
13. Sternszus R, Steinert Y, Razack S, Boudreau JD, Snell L, Cruess RL. Belonging, becoming, and belonging: reconceptualizing professional identity formation in medicine. *Front Med*. 2024;11:1438082. DOI: 10.3389/fmed.2024.1438082
14. Reis SP, Wald HS, Weindling P. The Holocaust, medicine and becoming a physician: the crucial role of education. *Isr J Health Policy Res*. 2019;8(1):55. DOI: 10.1186/s13584-019-0327-3
15. Saber M, Ebrahimi S, Farzane N, Shakeri A. Use of simulated patients for formative assessment of moral competence in medical students. *J Edu Health Promot*. 2022;11:330. DOI: 10.4103/jehp.jehp_1275_21
16. Kohlberg L. *The Philosophy of Moral Development Moral Stages and the Idea of Justice*. New York: Harper & Row; 1981.
17. Garrigan B, Adlam AL, Langdon PE. Moral decision-making and moral development: Toward an integrative framework. *Dev Rev*. 2018;49:80-100. DOI: 10.1016/j.dr.2018.06.001
18. Liu LX, Goldszmidt M, Calvert S, Burm S, Torti J, Cristancho S, Sukhera J. From distress to detachment: exploring how providing care for stigmatized patients influences the moral development of medical trainees. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2022;27(4):1003-1019. DOI: 10.1007/s10459-022-10125-7
19. Rest JR. Morality. Carmichael's Manual of Child Psychology. In: Flavell J, Markmann E, editors. Volume on Cognitive Development. 4th ed. New York: Wiley; 1982. p.556-629.
20. Rest J. Background: Theory and research. In: Rest J, Narvaez D, editors. *Moral development in the professions: Psychology and applied ethics*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.; 1994. p.1-26.
21. Bebeau MJ, Monson VE. Guided by theory, grounded in evidence: A way forward for professional ethics education. In: Nucci L, Narvaez D, editors. *Handbook on moral and character education*. London: Routledge; 2008. p.557-582.
22. Lutzen K, Dahlqvist V, Eriksson S, Norberg A. Developing the Concept of Moral Sensitivity in Health Care Practice. *Nurs Ethic*. 2006;3(2):187-196. DOI: 10.1191/0969733006ne837oa
23. You D, Bebeau MJ. The independence of James Rest's components of morality: evidence from a professional ethics curriculum study. *Ethic Educ*. 2013;8(3): 202-216. DOI: 10.1080/17449642.2013.846059
24. Bebeau MJ, Rest JR, Narvaez D. Beyond the Promise: A Perspective on Research in Moral Education. *Educ Res*. 1999;28(4):18-26. DOI: 10.3102/0013189X028004018
25. Madison, BV. Professionalism and Professional Identity. *Prof Lawyer*. 2017;24(3):1-6.
26. Murrell, VS. The failure of medical education to develop moral reasoning in medical students. *Int J Med Educ*. 2014;5:219-225. DOI: 10.5116/ijme.547c.e2d1
27. Liebowitz, J. Moral erosion: how can medical professionals safeguard against the slippery slope? *J Med Ethics*. 2011;37:e53-e55. DOI: 10.1136/jmh.2010.006296
28. Lind G. Moral regression in medical students and their learning environment. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2000;24(3):399-416.
29. Slovacková B, Slovák L. Moral judgement competence and moral attitudes of medical students. *Nurs Ethic*. 2007;14(3):320-328. DOI: 10.1177/0969733007075867
30. Martins VS, Santons CM, Bataglia PU, Duarte IM. The Teaching of Ethics and the Moral Competence of Medical and Nursing Students. *Health Care Anal*. 2021;29(2):113-126. DOI: 10.1007/s10728-020-00401-1
31. Yavari N. Does medical education erode medical trainees' ethical attitude and behavior? *J Med Ethics Hist Med*. 2016; 23:9-16.
32. Naseri-Salahshour V, Sajadi M. From Suffering to Indifference: Reaction of Novice Nurses to Ethical Challenges in First Year of Clinical Practice. *Iran J Nurs Midwif Res*. 2019;24(4):251-255. DOI: 10.4103/ijnmr.IJNMR_145_18
33. Zielina M, Škoda J, Ivanová K, Dostál D, Juríčková L, Procházka DA, Straka B, Doležal A. Exploring moral competence regression: a narrative approach in medical ethics education for medical students. *BMC Med Ethics*. 2024;25(1):73. DOI: 10.1186/s12910-024-01073-5
34. Olthius G, Dekker W. Medical education, palliative care, and moral attitude: some objectives and future perspectives. *Med Educ*. 2003;37(10):928-933. DOI: 10.1046/j.1365-2923.2003.01635.x
35. Kudaibergenova T, Dzhusupov K, Jain N. Fostering public health ethics awareness among medical students through interactive web-based values exchange learning: A cross sectional study. *Medicine*. 2023;102(42):e35808. DOI: 10.1097/MD.00000000000035808
36. Abbassi S, Ghafari S, Sahriari M, Shahgholian N. Effect of moral empowerment program on moral distress in intensive care nurses. *Nurs Ethics*. 2019;26(5):1494-1504. DOI: 10.1177/0969733018766576
37. Zeng Z, Lu Z, Zeng X, Gan Y, Jiang J, Chen Y, Huang L. Professional identity and its associated psychosocial factors among physicians from standardized residency training programs in China: a national cross-sectional study. *Front Med*. 2024;11:1413126. DOI: 10.3389/fmed.2024.1413126
38. Mangione S, Chakraborti C, Staltari G, Harrison R, Tunkel AR, Liou KT, Cerceo E, Voeller M, Bedwell WL, Fletcher K, Kahn MJ. Medical Students' Exposure to the Humanities Correlates with Positive Personal Qualities and Reduced Burnout: A Multi-Institutional U.S. Survey. *J Gen Intern Med*. 2018;33(5):628-634. DOI: 10.1007/s11606-017-4275-8
39. Adams Z, Reisman A. Beyond Sparking Joy: A Call for a Critical Medical Humanities. *Acad Med*. 2019;94(10):1404. DOI: 10.1097/ACM.0000000000002871
40. 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
41. Gonzalez-Lopez E, Rios-Cortes R. Medical Students' Opinions on Some Bioethical Issues before and after a Holocaust and Medicine course. *Israel Med Assoc J*. 2019;21(4):298.
42. Orr Z, Romem A. Holocaust and Genocide Studies in Nursing Education: Nurse Practitioners as Critical Intellectuals. *J Nurs Educ*. 2022;61(11):624-632. DOI: 10.3928/01484834-20220912-04
43. Kruse J, Wald HS. Legacy of the Role of Medicine and Nursing in the Holocaust: An Educational Intervention to Support Nursing Student Professional Identity Formation and Ethical Conduct. *Nurs Educ Perspect*. 2023;44(3):169-171. DOI: 10.1097/01.NEP.0000000000000996
44. Vogel, G. Medical education must include the field's Nazi past, expert panel urges. *Sci Magazine*. 2023. DOI: 10.1126/science.adm8848

45. Li A, Stamatini R, Wald HS, Wasserman JA. The impact of a study trip to Auschwitz: Place-based Learning for Bioethics Education and Professional Identity Formation. *Camb Q Healthc Ethics*. 2024;1-11. DOI: 10.1017/S0963180124000306
46. Lindén M, Björklund F, Wilkes G. In the shoes of the other: an educational trip to Auschwitz Birkenau increases high-school students' perspective taking and identification with Jews. *Holocaust Stud*. 2024;31(2):309-323. DOI: 10.1080/17504902.2024.2383084
47. Cowan P, Maitles H. 'We saw inhumanity close up'. What is gained by school students from Scotland visiting Auschwitz?. *J Curr Stud*. 2011;43:163-184. DOI: 10.1080/00220272.2010.542831
48. Pampel B. Was lernen Schülerinnen und Schüler durch Gedenkstättenbesuche? (Teil-) Antworten auf Basis von Besucherforschung. *Gedenkstätten Rundbrief*. 2011;162:16-29.
49. Haug V. Am „authentischen“ Ort. Paradoxien der Gedenkstättenpädagogik. Berlin: Metropol Verlag; 2015.
50. Kleiber L. Der kritische Blick in Berufsgeschichten. Die Verknüpfung von Berufserfahrung und Geschichtsbewusstsein am historischen Ort. In: Gryglewski E, Haug V, Kößler G, Lutz T, Schikorra C, editors. *Gedenkstättenpädagogik. Kontext, Theorie und Praxis der Bildungsarbeit zu NS Verbrechen*. Berlin: Metropol Verlag; 2015. p.319-333.
51. Medizinische Lehre: Auseinandersetzung mit NS-Zeit und Antisemitismus angemahnt. *Dtsch Ärztebl*. 14.2.2024. Zugänglich unter/available from: <https://www.aerzteblatt.de/news/medizinische-lehre-auseinandersetzung-mit-ns-zeit-und-antisemitismus-angemahnt-a268b8b9-34f3-43a3-a17e-1>
52. Caleb AM, Schmude M. Bearing witness: Medical education and reflecting on the Holocaust then and now. *MedEdPublish* (2016). 2024;14:205. DOI: 10.12688/mep.20451.1
53. Simmenroth A, Schlegelmilch S, Pyrges RA, Altieri R, Ruck J, Blumenthal S. Zur Nachahmung empfohlen: ein interdisziplinäres Wahlpflichtfach für Medizinstudierende zur lokalen Erinnerungsarbeit von Medizinverbrechen im Nationalsozialismus. *ZfA (Stuttgart)*. 2025;101:194-200. DOI: 10.1007/s44266-025-00357-2
54. Tauschel D, Selg P, Edelhäuser F, Witowski A, Wald HS. Cultivating awareness of the Holocaust in medicine. *Lancet*. 2020;395(10221):334. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)32613-3
55. Haque OS, Waytz A. Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions. *Perspect Psychol Sci*. 2012;7(2):176-186. DOI: 10.1177/1745691611429706
56. Selg P. Überleben in Auschwitz: Elie Wiesel-Ruth Klüger-Ruth Elias-Primo Levi-Viktor Frankl. Arlesheim: Verlag des Ita Wegman Instituts; 2010.
57. Wald HS, Weiner CL. *Deadly Medicine: Creating the Master Race*. Ars Medica. 2009;5:48-57.
58. Mezirow J. *Transformative dimensions of adult learning*. San Francisco: Jossey-Bass; 1991.
59. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa
60. 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
61. Olmos-Vega FM, Stalmeijer RE, Varpio L, Kahlke R. A practical guide to reflexivity in qualitative research: AMEE Guide No. 149. *Med Teach*. 2022;74:1-11. DOI: 10.1080/0142159X.2022.2057287
62. Borkan J. Immersion/crystallization. In: Crabtree BR, Miller WL, editors. *Doing qualitative research*. Thousand Oaks (CA): Sage; 1999. p.179-194.
63. Bazzetta D. *Whistle-blowers and Post-Conventional Moral Development: Toward Identifying Ethical & Moral Leadership*. Doctoral Dissertation for Doctor of Management. 2015.
64. Lind G. *How to teach morality: Promoting deliberation and discussion, reducing violence and deceit*. Berlin: Logos; 2016. pp. 59, 181-189.
65. Kohlberg L. Development of moral character and moral ideology. In: Hoffman ML, Hoffman W, editors. *Review of child development research*. New York: Russel Sage Foundation; 1964. pp.381-431.
66. Kalet A, Buckvar-Keltz L, Harnik V, Monson V, Hubbard S, Crowe R, Song HS, Yingling S. Measuring professional identity formation early in medical school. *Med Teach*. 2017;39(3):255-261. DOI: 10.1080/0142159X.2017.1270437
67. Mavor KI, McNeill KG, Anderson K, Kerr A, O'Reilly E, Platow MJ. Beyond prevalence to process: The role of self and identity in medical student well-being. *Med Educ*. 2014;48:351-360. DOI: 10.1111/medu.12375
68. Ong RS, Wong RS, Chee RC, Quek CW, Burla N, Loh CY, Wong YA, Chok AK, Teo AY, Panda A, Chan SW, Shen GS, Teoh N, Chin AM, Krishna LK. A systematic scoping review moral distress amongst medical students. *BMC Med Educ*. 2022;22(1):466. DOI: 10.1186/s12909-022-03515-3
69. Mattsson K. Keep quiet or act? Challenges in integrating ethical theory into gerontological nursing care during students' first clinical rotation: A discussion paper. *Nurse Educ Pract*. 2024;79:104089. DOI: 10.1016/j.nepr.2024.104089
70. Yardley S, Kinston R, Lefroy J, Gay S, McKinley RK. 'What do we do, doctor?' Transitions of identity and responsibility: a narrative analysis. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2020;25(4):825-843. DOI: 10.1007/s10459-020-09959-w
71. Horton R. Offline: Holocaust education - a medical imperative. *Lancet*. 2020;396(10263):1619. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32468-5
72. Branch WT, George M. Reflection-Based Learning for Professional Ethical Formation. *AMA J Ethics*. 2017;19(4):349-356. DOI: 10.1001/journalofethics.2017.19.4.medu1-1704
73. Yuguero O, Esquerda M, Viñas J, Soler-Gonzalez J, Pifarré J. Ethics and empathy: The relationship between moral reasoning, ethical sensitivity, and empathy in medical students. *Rev Clin Esp (Barc)*. 2019;219(2):73-78. DOI: 10.1016/j.rce.2018.09.002
74. Thirioux B, Birault F, Jaafari N. Empathy is a protective factor of burnout in physicians: New neuro-phenomenological hypotheses regarding empathy and sympathy in care relationship. *Front. Psychology*. 2016;26(7):763. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.00763
75. Horton R. Offline: Medicine and the Holocaust – It's Time to Teach. *Lancet*. 2019;394(10193):105. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)31608-3
76. Bussu A, Leadbetter P, Richards M. The Perception of Visiting Holocaust Sites on Undergraduate Students Learning Process. *Innov High Educ*. 2023;48(1):55-81. DOI: 10.1007/s10755-022-09606-9
77. Sawatsky AP, Nordhues HC, Merry SP, Bashir MU, Hafferty FW. Transformative Learning and Professional Identity Formation During International Health Electives: A Qualitative Study Using Grounded Theory. *Acad Med*. 2018;93(9):1381-1390. DOI: 10.1097/ACM.0000000000002230
78. Mezirow J. *Transformative Learning: Theory to Practice*. New Dir Adult Contin Educ. 1997;74:5-12. DOI: 10.1002/ace.7401

79. Frank J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923-1958. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5
80. Chelouche T, Czech H, Fox M, Hildebrandt S, Lepicard E, Ley A, Offer M, Ohry A, Reis SP, Roelcke V, Rotzoll M, Sachse C, Siegel SJ, Šimůnek M, Teicher A, Uzarczyk K, van Villiez A, Wald HS, Wynia MK. Statement on the Lancet Commission on medicine, Nazism, and the Holocaust. *Lancet*. 2023;402(10415):1816-1817. DOI: 10.1016/S0140-6736(23)02461-3
81. Bergen N, Labonté R. "Everything Is Perfect, and We Have No Problems": Detecting and Limiting Social Desirability Bias in Qualitative Research. *Qual Health Res*. 2020;30(5):783-792. DOI: 10.1177/1049732319889354
82. Baruch Y. Response rate in academic studies. A comparative analysis. *Hum Relat*. 1999;52(4):421-438. DOI: 10.1023/A:1016905407491
83. Artioli G, Deiana L, De Vincenzo F, Raucci M, Amaducci G, Bassi MC, Di Leo S, Hayter M, Ghirotto L. Health professionals and students' experiences of reflective writing in learning: A qualitative meta-synthesis. *BMC Med Educ*. 2021;21(1):394. DOI: 10.1186/s12909-021-02831-4
84. Pellegrino ED. Toward a Reconstruction of Medical Morality. *Amer. J Bioethics*. 2006;6(2):65-71. DOI: 10.1080/15265160500508601
85. Lagerway M. Levinas and the Other: Provider-Patient Relationships and the Response of U.S. Nursing. *J Ecumenical Stud*. 2011;46(4):609-615.

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)232/926-477
 Claudia.kiessling@uni-wh.de

Please cite as

Wald HS, Riesen MS, Kiessling C. Moral development in personal and professional identity formation: Longitudinal impact of teaching the role of medicine during the Holocaust in health professions education. *GMS J Med Educ*. 2026;43(3):Doc36.
 DOI: 10.3205/zma001830, URN: urn:nbn:de:0183-zma0018305

This article is freely available from

<https://doi.org/10.3205/zma001830>

Received: 2024-11-16

Revised: 2025-10-20

Accepted: 2025-11-28

Published: 2026-03-23

Copyright

©2026 Wald 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/>.

Moralische Entwicklung im Rahmen der persönlichen und professionellen Identitätsbildung: Langfristige Effekte eines Curriculums zur Rolle der Medizin während des Holocaust im Studium der Gesundheitsberufe

Zusammenfassung

Zielsetzung: Die kritische Auseinandersetzung mit der Geschichte der Medizin während des Nationalsozialismus und des Holocaust (GMNH), die schwerwiegende ethische Verstöße wie die Mittäterschaft am Völkermord beinhaltet, ist eine wirkungsvolle Plattform für die Förderung der beruflichen Identitätsbildung (engl.: Professional Identity Formation, PIF) mit aktueller Relevanz für das Studium der Gesundheitsberufe (engl.: Health Professions Education, HPE), die klinische und wissenschaftliche Praxis sowie Public Policy. Die Studie untersuchte die langfristigen Effekte des GMNH-Curriculums mit einer Exkursion zur Gedenkstätte Auschwitz hinsichtlich der persönlichen und beruflichen Identitätsbildung, einschließlich moralischer Entwicklung als Schlüsselkomponente der PIF.

Methoden: Die Autorinnen nutzten die qualitative thematische Analyse (Immersion-Kristallisations-Ansatz), um die Reflektierenden Schreiben (engl.: Reflective Writings, RWs) von Medizin- und Psychologiestudierenden sechs Wochen (N=10) und 1,5 bis 2 Jahre (N=24) nach dem GMNH-Curriculum mit Exkursion im Jahr 2019 auszuwerten.

Ergebnisse: Es wurden vier Themen identifiziert: die Auswirkungen des Curriculums und der Exkursion auf mich als 1) Person, 2) Student*in und zukünftige*r Ärzt*in bzw. Psycholog*in, 3) Angehörige*r einer medizinischen Profession (und des Gesundheitssystems) und 4) Bürger*in einer globalen Welt und Teil der Menschheit (philosophische/existenzielle Aspekte). Jedes Thema umfasste fünf Unterthemen: moralische Sensibilität, moralisches Urteilsvermögen, moralische Motivation, moralischer Charakter und moralisches Outcome. Die Themen und Unterthemen wurden in einem konzeptionellen Modell der moralischen Entwicklung innerhalb der persönlichen und PIF dargestellt.

Schlussfolgerungen: Das GMNH-Curriculum förderte kritisch-reflexives Lernen (engl.: Meaning Making), das eine historisch informierte persönliche und PIF sowie die moralische Entwicklung innerhalb der HPE unterstützte. Die Studierenden beschrieben eindrucksvolle und relevante Auswirkungen des GMNH-Curriculums auf ihre Perspektiven und ihr Verhalten innerhalb ihres Studiums, des Gesundheitssystems und der Gesellschaft. Die Autorinnen empfehlen ein GMNH-Curriculum als wesentlichen Bestandteil der Ausbildung der Gesundheitsberufe, das Einstellungen, Werte und Verhaltensweisen für eine empathische, moralisch mutige Haltung innerhalb der unvermeidlichen Herausforderungen im Gesundheitswesen und in der Gesellschaft fördert.

Schlüsselwörter: professionelle Identitätsbildung, moralische Entwicklung, medizinische Ausbildung, Medizin während des Nationalsozialismus, Medizin während des Holocaust

Hedy S. Wald¹

Madelin S. Riesen²

Claudia Kiessling³

1 Warren Alpert Medical School of Brown University, Department of Family Medicine, Providence, Rhode Island, USA

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

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

1. Einleitung

„Eine authentischere und sinnvollere Erfahrung im Unterricht zum Thema Holocaust hängt von weit mehr als nur kognitivem Wissen ab: Sie hängt von der Verinnerlichung der menschlichen und moralischen Dilemmata ab, die der Holocaust der modernen Gesellschaft und jedem Einzelnen von uns in Form von widersprüchlichen Entscheidungen und deren praktischer Lösung aufwirft.“ ([1], S.353))

Der aktive, konstruktive und transformative Prozess der beruflichen Identitätsbildung (engl.: Professional Identity Formation, PIF) mit Eigenschaften wie moralischer Resilienz und kontinuierlicher kritischer Reflexion, ist ein grundlegendes Ziel für das Studium der Gesundheitsberufe (engl.: Health Professions Education, HPE) [2]. Lehrende stehen vor der Herausforderung formative Bildungserfahrungen für PIF zu entwickeln, um Studierende dabei zu unterstützen, als „intentionale Akteur*innen“ zu agieren ([3], S.305). PIF, die sozial konstruiert ist und eine Integration der persönlichen Identität und des beruflichen Selbst darstellt [3], [4], kann als „eine Repräsentation des Selbst“ ([5], S.1447) beschrieben werden, „die im Laufe der Zeit schrittweise erreicht wird, wobei die Merkmale, Werte und Normen der ärztlichen Profession internalisiert werden, resultierend darin, dass eine Person wie ein*e Ärzt*in denkt, handelt und fühlt“ ([5], S.1447) und zentrale Werte, moralische Prinzipien und Selbstwahrnehmung entwickelt [6]. PIF ist auf dem Weg zu moralischer Kompetenz [8] mit der moralischen Entwicklung verflochten [7], die eine wesentliche Komponente von PIF darstellt [9]. Beides unterstützt Studierende darin unvermeidliche moralische Dilemmata (und Komplexitäten) in der medizinischen Praxis bewältigen zu können [10].

Unsere früheren Untersuchungen, in denen wir die Reflektierenden Schreiben (engl.: Reflective Writings, RWs) von Medizin- und Psychologiestudierenden analysiert haben, haben gezeigt, dass ihre persönliche und berufliche Identitätsbildung durch das Studium der Geschichte der Medizin während des Nationalsozialismus und des Holocaust (GMNH) mit einem Curriculum inklusive einer Exkursion zur Gedenkstätte Auschwitz, gefördert wird und für das Studium und die Gesundheitsversorgung von aktueller Relevanz ist [11]. Dies steht im Einklang mit der Bedeutsamkeit einer historisch informierten PIF, einem Konzept, das von der Lancet-Kommission für GMNH vorgestellt wurde [12]. Das Studium der GMNH ist von entscheidender Bedeutung, da der PIF-Sozialisationsprozess nicht nur die Verinnerlichung von Merkmalen, Werten und Normen der Profession umfasst, sondern auch die kritische Auseinandersetzung mit und Überprüfung dieser professionsspezifischen Merkmale, um die erforderlichen beruflichen Standards zur Erfüllung der Verpflichtungen gegenüber Patient*innen und der Gesellschaft aufrechtzuerhalten [12], [13]. Unsere früheren Untersuchungen zu den Auswirkungen des Studiums von GMNH im Rahmen einer Exkursion zur Gedenkstätte Auschwitz identifizierten einen sensibilisierten moralischen Kompass [14],

ein gesteigertes Bewusstsein für die aktuelle Relevanz der Verhinderung von Machtmissbrauch und der Achtung von Vielfalt sowie die moralische Absicht, das Gelernte verantwortungsbewusst im Beruf und in der Gesellschaft anzuwenden [11].

Im Folgenden interessierten wir uns zunehmend für die moralische Entwicklung als Schlüsselement innerhalb der PIF auf dem Weg zu „moralischer Reife“ [7] und „moralischer Kompetenz“, mit der Selbst-Repräsentation als moralische*r Akteur*in [8], einschließlich moralischem Bewusstsein, moralischem Urteilsvermögen und moralischer Praxis [15]. Die Förderung moralischer Entscheidungsfindung, einschließlich moralischer Argumentation und anderer damit verbundener Prozesse [16], [17], sowie die Verinnerlichung moralischer Prinzipien, um das eigene Handeln unabhängig vom Druck sozialer Normen zu steuern [18], sind für die Wahrung der Menschenwürde in der Patient*innenversorgung, Forschung und Public Policy (im Sinne von staatlichen Maßnahmen, Strategien und Programme zur Lösung gesellschaftlicher Fragestellungen) von entscheidender Bedeutung [15]. Rest und Kolleg*innen [19], [20] schlugen vor, moralisches Verhalten als das Produkt von vier unabhängigen psychologischen Teilprozessen zu betrachten, die nicht unbedingt in einer linearen Abfolge auftreten müssen, wie von Bebeau und Kolleg*innen [21] diskutiert:

1. moralische Sensibilität, d. h. das Erkennen der moralischen Dimension einer Situation und der Auswirkungen unseres Handelns auf andere Menschen, verbunden mit einem Bewusstsein für die eigene Rolle und Verantwortung [22];
2. moralisches Urteilsvermögen, d. h. die Bewertung einer Handlung als moralisch gerechtfertigt oder nicht;
3. moralische Motivation, d. h. die Priorisierung moralischer Werte gegenüber anderen persönlichen Werten, und
4. moralischer Charakter, d. h. „ausreichende Ausdauer, Ich-Stärke und Umsetzungsfähigkeiten, um die eigene Absicht, sich moralisch zu verhalten, auch umsetzen zu können“ ([23], S.203).

Trotz Zustandekommens der ersten drei Prozesse kommt es laut Bebeau und Kolleg*innen zu moralischem Versagen, wenn es an moralischem Charakter mangelt [24]. Im Idealfall kann der Prozess von PIF dazu beitragen Prinzipien und Werte zu verinnerlichen, sodass Handlungen gewohnheitsmäßig aus dem eigenen moralischen Kompass hervorgehen [25]. Nach Kegans Ansicht [4] besteht die höchste Stufe der Identitätsbildung darin, eine Person zu werden, die gute moralische Werte wählt, verinnerlicht und nach ihnen lebt.

Im Verlauf des Studiums der Gesundheitsberufe scheint es jedoch zu einer Stagnation der moralischen Entwicklung, zu Rückschritten und sogar zu einem moralischen Verfall oder einer „Erosion“ zu kommen [7], [26], [27], [28], [29], [30], [31], [32], weshalb erprobte Interventionen zur Förderung der moralischen Kompetenz erforderlich sind. Eine Intervention mit verschiedenen Unterrichtsformaten zu Medizinethik führte jedoch nicht zu einer

Steigerung der moralischen Kompetenz [33], und insgesamt ist unklar, warum und welche Lernaktivitäten die moralische Entwicklung fördern oder eher behindern [34]. Ethikkurse mit Fokus auf Kodizes und Vorschriften scheinen das moralische Denken und moralische Entscheidungsfähigkeiten weniger oder gar nicht zu fördern [35], und manche Autor*innen haben in Frage gestellt, ob die Vermittlung ethischer Tugenden überhaupt plausibel ist [31].

Moralische Kompetenz ist ein Bereich, in dem sich angehende Ärzt*innen unvorbereitet fühlen und der mit moralischem Stress verbunden sein kann [15], [36]. Ein höheres Maß an psychischem Stress und Burnout geht mit einem schwächeren beruflichen Identitätsgefühl einher [37]. In Übereinstimmung mit unserer Arbeit können Medical Humanities das Wohlbefinden und die Resilienz fördern [38] und sind wertvoll für die Förderung des kritischen Denkens, einschließlich der Offenheit für neue Perspektiven und Empathie durch gezielte Reflexionsübungen [38], [39], [40]. Der Unterricht der GMNH im Rahmen der Medical Humanities, einschließlich einer Exkursion zur Gedenkstätte Auschwitz, fördert die moralische Reflexion bei Medizinstudierenden [41] und unterstützt moralische Verantwortung [42] und PIF [43], [44] bei Lernenden von Medizin und Pflege. Die medizinische Ethikausbildung kann durch die Nutzung der Kraft historischer Erzählung, einschließlich des ortsbezogenen Lernens, effektiver gestaltet werden [45]. Obwohl aufgrund unterschiedlicher Studiengruppen kein direkter Vergleich möglich ist, haben Wirkungsstudien über Exkursionen zu historischen Stätten des Holocaust für Schüler*innen Veränderungen in der Einstellung aufgezeigt, z. B. ein erhöhtes Maß an Perspektivübernahme und Identifikation mit Jüdinnen und Juden [46] sowie ein gesteigertes Bewusstsein für den Holocaust, Rassismus, Menschenrechte und staatsbürgerliche Werte [47]. Wirksamkeitsstudien aus dem Bereich der Gedenkstättenpädagogik (bisher weitgehend ohne Studierende der Gesundheitsberufe (engl.: Health Profession Students, HPS) zeigten gemischte Ergebnisse hinsichtlich der langfristigen Auswirkungen von Exkursionen sowie eine begrenzte Wirkung auf fremdenfeindliche oder andere extremistische Einstellungen, das Verständnis historischer Zusammenhänge, die Selbstreflexion und die persönliche Relevanz für das eigene Leben und die Gegenwart [48], [49]. Auswirkungen auf das Lernen von Erwachsenen können davon divergieren, wenn Besichtigungen vor Ort mit Berufstätigen und Auszubildenden o.ä. durchgeführt werden [50]. Laut Liu und Kolleg*innen ist im Hinblick auf HPE „ein tieferes Verständnis der moralischen Entwicklung längst überfällig“ ([18], S.1004).

Obwohl internationale und deutsche medizinische Fakultäten in Zusammenarbeit mit Gedenkstätten spezielle Programme für HPS anbieten [41], [51], [52], [53], wurden die langfristigen Auswirkungen des Lernens und Reflektierens dieser Geschichte auf die persönliche und berufliche Identität von HPS, einschließlich der moralischen Entwicklung, unseres Wissens nach noch nicht untersucht. Wir haben daher eine Studie über die lang-

fristigen Auswirkungen eines GMNH-Curriculums, einschließlich einer Exkursion zur Gedenkstätte Auschwitz, auf Medizin- und Psychologiestudierende durchgeführt.

2. Methoden

2.1. Setting und Studienpopulation

Die Studie wurde als Follow Up-Studie nach einem dreijährigen interprofessionellen Curriculum an der Universität Witten/Herdecke (UW/H) mit dem Titel „Ärztliche Bewusstseinsbildung und Ethik am Beispiel der Medizin im Nationalsozialismus“ durchgeführt [11], [54]. Die Studierenden konnten an einem oder allen Jahren des Kurses teilnehmen, der im Rahmen des Wahlpflichtbereichs „Studium Fundamentale“ für alle Studierenden der UW/H angeboten wurde. Die Kursziele wurden an anderer Stelle beschrieben [11]. Neben Seminaren zum historischen Kontext umfasste das Curriculum Einzel- und Kleingruppenreflexionen zu Dokumentarfilmen von Überlebenden, Pflichtlektüre [55], [56], [57] und Exkursionen zu Gedenkstätten (z. B. Gedenkstätte Auschwitz, Gedenkstätte Buchenwald, Gedenkstätte Hadamar). Das Curriculum 2019 umfasste eine Exkursion zur Gedenkstätte Auschwitz mit zusätzlichem Einsatz interaktiver RW-Einheiten, um „Meaning Making“ und transformatives Lernen zu unterstützen [58].

Sechszundvierzig Studierende (39 Medizin, 7 Psychologie) verschiedener Semester nahmen am Kurs und der viertägigen Exkursion 2019 teil (100% der Kursteilnehmenden auf der Exkursion). Die Studierenden wurden jeden Abend zu insgesamt vier freiwilligen RW-Einheiten eingeladen. Die Effekte des Einsatzes interaktiver RW-Einheiten im Curriculum und die Ergebnisse der qualitativen Analyse dieser RWs, d. h. RW1 bis RW4, wurden an anderer Stelle beschrieben [11].

2.2. Datenerhebung und Datenmanagement

Sechs Wochen nach der Exkursion (Juni 2019) nahmen die Studierenden an einer kurzen interaktiven RW-Einheit teil, um über ihre Erfahrungen mit der Exkursion und dem Kurs zu reflektieren (RW5). Sie wurden gebeten, diese RWs freiwillig den Kursleiter*innen zur weiteren thematischen Analyse zur Verfügung zu stellen. Elf Studierende reichten ihre RW5 ein (24% der Kohorte). Das RW der Autorin MSR als Kursteilnehmerin wurden ausgeschlossen.

Im Oktober 2020 wurden die Studierenden von der Autorin MSR (Medizinstudentin und Kursteilnehmerin) kontaktiert, um an der Folgestudie teilzunehmen, und eingeladen, erneut über ihre Erfahrungen mit der Exkursion und dem Kurs in Form eines RW (RW6) zu reflektieren. Die Studierenden reichten ihre RWs entweder per E-Mail oder persönlich bei MSR ein. 24 Studierende (52% der Kohorte) reichten ihr RW6 ein.

2.3. Datenanalyse

Das Forschungsteam bestand aus einer Medizinstudentin im sechsten Jahr (MSR), einer Professorin für Familienmedizin/klinische Psychologie mit Erfahrung in interaktivem RW, PIF und qualitativer Forschung (HSW) sowie einer Professorin mit Erfahrung in Medizindidaktik, medizinischer Ausbildungsforschung, in qualitativer Forschung und einer Dissertation im Bereich Medizin im Nationalsozialismus (CK). Wir führten qualitative thematische Analysen [59] der RWs der Studierenden durch, wobei wir die englische Übersetzung der RWs verwendeten. Das interprofessionelle, generationsübergreifende Forschungsteam brachte sein Fachwissen in die Datenanalyse ein, einschließlich der Reflexion relevanter persönlicher und teambezogener sowie methodischer Aspekte [60], [61]. Unser Team, darunter HSW als externe Reviewerin für die Datenanalyse, reflektierte darüber, wie kulturelle und familiäre Hintergründe die Datenanalyse beeinflussen könnten, z. B. zwei deutsche Forscherinnen und eine US-amerikanische Forscherin. Wir diskutierten kulturelle und sprachliche Interpretationen der RWs und konsultierten bei Bedarf eine professionelle Übersetzerin.

Wir verwendeten einen induktiven Ansatz zur Analyse und Interpretation der Daten. Zwei Autorinnen (MSR, CK) analysierten unabhängig voneinander alle Daten unter Verwendung des Immersions-Kristallisations-Ansatzes, indem sie die RWs mit „kognitivem und emotionalem Engagement“ wiederholt lasen. Dies führte zu „intuitiven Kristallisationen“, um Themen und Unterthemen bis zur thematischen Sättigung zu identifizieren und zu extrahieren [60], [62]. Reflexivität war ein zentraler Bestandteil unserer Datenanalyse, einschließlich des Bewusstseins für die Subjektivität der Forscherinnen. Wir diskutierten, wie kognitive Verzerrungen die Dateninterpretation beeinflussen könnten. MSR war eine der Studierenden, die an der Exkursion teilgenommen hatten, und unterstützte den Reflexionsprozess durch ihre Erfahrungen während der Exkursion [61]. Einen Konsens zu erzielen und dabei der studentischen Forscherin eine Stimme zu geben, war ein wichtiger Teil des Analyseprozesses.

Wir analysierten zehn RWs (RW5) für die Pilotierung der Themen, wobei Diskrepanzen durch Diskussionen geklärt wurden. Die übrigen RWs (RW6) wurden in zwei Teilen zu je zwölf RWs analysiert und anschließend diskutiert. Bei der Analyse der RWs von RW6 stellten wir (MSR, CK) fest, dass diese RWs länger und reichhaltiger in Bezug auf Reflexionsprozesse waren und sich mit etwas anderen Themen befassten als die RWs von RW5. Diese Beobachtungen, die sich aus der Datenanalyse und -interpretation von MSR und CK ergaben, wurden mit HSW, die als externe Reviewerin für die Datenanalyse fungierte, geteilt und diskutiert. Das Forschungsteam beschloss, die thematische Analyse in erster Linie auf die RWs von RW6 zu konzentrieren, um anschließend zu den RWs von RW5 zurückzukehren, und die extrahierten Themen zu vergleichen und gegenüberzustellen. Die Datenanalyse wurde fortgesetzt bis die thematische Sättigung erreicht war, wie vom Forschungsteam konsentiert.

MSR und CK arbeiteten in iterativen Zyklen an den endgültigen Unterthemen, um einen Konsens über die Gruppierung der Unterthemen zu Themen zu erzielen, die in einem konzeptionellen Modell der moralischen Entwicklung abgebildet wurden. Auch hier fungierte HSW als externe Reviewerin für die Entwicklung des thematischen Modells und überprüfte die gesamte thematische Analyse und das Modell für die moralische Entwicklung, um Vertrauenswürdigkeit und Glaubwürdigkeit der Datenanalyse sicherzustellen. Etwaige Meinungsverschiedenheiten wurden in mehreren Videokonferenzen geklärt, um einen Konsens über die endgültigen Themen und Unterthemen zu erzielen.

3. Ergebnisse

3.1. Konzeptionelles Modell

Die RWs der Studierenden konzentrierten sich in der Follow-Up Studie vorwiegend auf Themen der moralischen Entwicklung im Kontext der persönlichen und der PIF. Der iterative Prozess der Analyse und Diskussion von Themen und Unterthemen umfasste daher auch Diskussionen über bestehende Modelle der moralischen Entwicklung und moralischen Kompetenz und darüber, wie diese Modelle mit der persönlichen und der PIF in Einklang stehen. Dies führte zu einer Neubewertung der extrahierten Themen und Unterthemen sowie des Modells (siehe Abbildung 1). Diese Themen standen im Einklang mit den Arbeiten von Rest [19], [20], Bebeau und Kollegen [23], Bazzetta [63] sowie Lind [8], [64].

Wenn die Studierenden die Erfahrungen mit dem Curriculum und der Exkursion beschrieben, die sich auf ihre Persönlichkeit und ihr PIF auswirkten, brachten sie verschiedene Perspektiven zum Ausdruck, wie sie mit der Welt interagieren, und reflektierten über sich selbst als Person, als Studierende und zukünftige Ärzt*innen und Psycholog*innen, als Angehörige einer medizinischen Profession und als Bürger*innen einer globalen Welt und Teil der Menschheit. Für jede dieser Perspektiven wurden Aspekte der moralischen Sensibilität, des moralischen Urteilsvermögens, der moralischen Motivation und des moralischen Charakters zum Ausdruck gebracht [19], [20], [23]. Sie berichteten auch über intendiertes moralisches Handeln und tatsächliches moralisches Handeln, das von Bazzetta [63] und Lind [8], [64] als moralische Outcomes oder Ergebnisse definiert wurde. Im Allgemeinen wurde dieses moralische Handeln konkret und spezifisch beschrieben und trat häufig im Zusammenhang mit desorientierenden oder herausfordernden Situationen auf, die Gerechtigkeit, Würde, Menschlichkeit oder Fürsorge bedrohten. Beispiele sind in Tabelle 1 aufgeführt.

3.2. Themen und Unterthemen

Als Themen wurden Perspektiven auf das Curriculum und die Erfahrungen während der Exkursion im Kontext der persönlichen und PIF identifiziert. Die Selbstreflexion

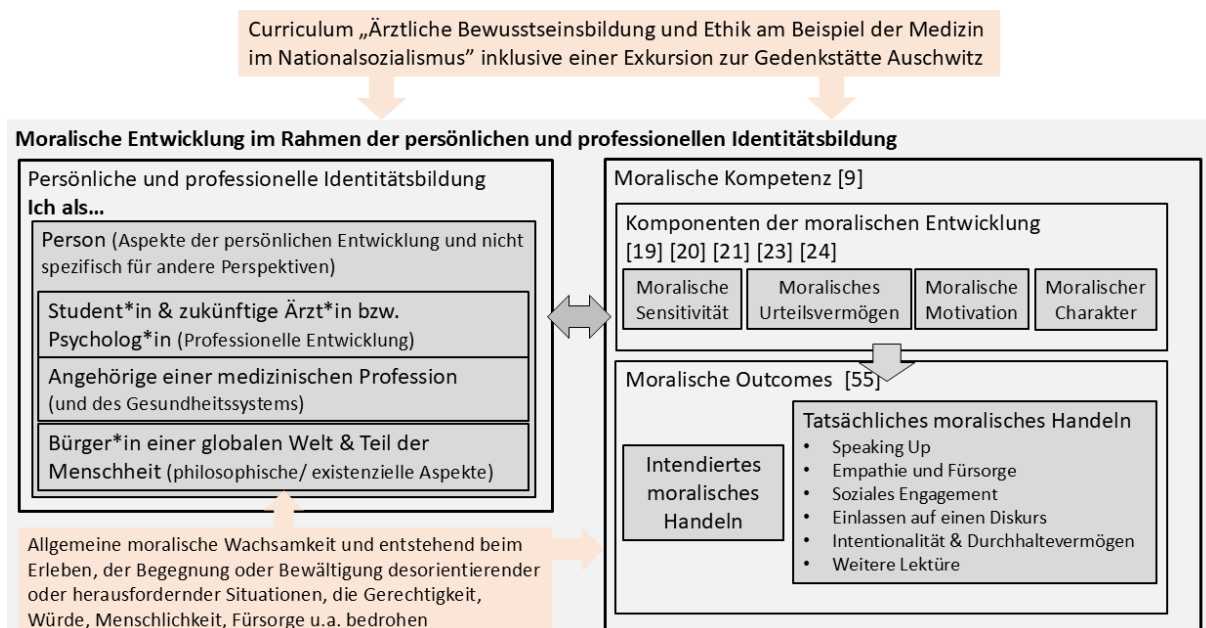


Abbildung 1: Konzeptionelles Modell

Tabelle 1: Beispiele für spezifische herausfordernde Situationen im klinischen Kontext, die von Studierenden beschrieben wurden

„In der Klinik hatte ich vor einiger Zeit die Situation einer jungen Frau mit starken Unterleibsschmerzen. Die betreuende Ärztin sowohl als auch die betreuenden Pflegekräfte haben ihre Schmerzen nicht ernst genommen, sie wurde als „Morbus Mediterraneus“ abgetan, mit dem Kommentar, dass sie simulierte und nicht so starke Schmerzen haben könne. Die mangelhafte Empathie hat jedoch dazu geführt, dass die Patientin noch lauter klagte und die Stimmung immer angespannter wurde. Da ich mehr Zeit hatte als die anderen betreuenden Personen, konnte ich in Ruhe erneut zu der Patientin gehen und mir ausführlich erklären lassen, welche Sorgen und Bedürfnisse sie hatte. Im Gespräch konnte ich meinerseits auch auf die stressige Allgemeinsituation auf Station aufmerksam machen und so nicht nur der Patientin mehr Verständnis entgegenbringen, sondern auch von ihr Verständnis für unsere Situation aufbauen. Dadurch entstand eine bessere gegenseitige Wahrnehmung – und die Patientin gab tatsächlich eine Besserung der Schmerzen an, vermutlich auch durch die eintretende Entspannung. Diese Situation konnte natürlich vor allem deswegen entstehen, weil ich keinen zeitlichen Stress hatte, wie alle anderen MitarbeiterInnen auf Station, hat mir aber nochmal gezeigt, wie wichtig das Zurücktreten von Vorurteilen ist (in dem Fall „M. Mediterraneus – nicht deutsche PatientInnen simulieren häufig, und haben weniger Schmerzen als sie vorgeben zu haben“), und dass ich mir von jeder Situation mein eigenes Bild schaffen sollte und mich nicht (emotional) von Situationen beeinflussen lassen sollte.“ (19.6)
„Ich erinnere mich an eine Situation, in der ein Arzt auf Station rassistisch über eine Patientin sprach. Wir waren mehrere Studierende, die ihm zuhörten. Wie alle wussten, dass das, was gerade gesagt wurde rassistisch und inakzeptabel war. Ich denke wir waren alle geschockt und ein wenig sprachlos. Der Moment war vorbei, der Arzt ging und wir standen als Gruppe von Studierenden da. Ich spürte direkt eine innere Wut auf mich selbst, dem Arzt nicht direkt gesagt zu haben, dass seine Aussagen rassistisch waren. Ich hatte Angst davor, weil ich Studentin und er Arzt war. Als ich dies merkte, ging ich ihn suchen und konfrontierte ihn direkt. Das war eine Situation, in der mir die Wichtigkeit von „Widerstand“ sehr bewusst war.“ (44.6)
„In der Klinik kommt es sehr oft vor, dass Patienten von Kolleg*Innen „abgestempelt“ werden aufgrund ihres Geschlechtes, ihres Übergewichts, ihrer Herkunft oder ihrer Art zu leiden. Eine Szene in einer Notaufnahme ist mir in Erinnerung geblieben. Dort habe ich bei einem Mann mit Luftnot die Erstanamnese und körperliche Untersuchung gemacht. Eine Krankenschwester sagte mir vorher, dass der Patient nervig sei und simulierte und wahrscheinlich Luftnot habe, weil er so übergewichtig sei. Ich habe mich ganz bewusst versucht von diesen Vorurteilen frei zu machen bevor ich in das Krankenzimmer ging. Am Ende ist mir der Patient in Erinnerung geblieben, weil sich herausstellte, dass der arme Mann eine hochgradige Lungenembolie hatte und in akuter Lebensgefahr steckte. Ich hatte als Student keinen Anteil an der Diagnosestellung, aber erlebte wie auch der Arzt die schwerwiegende Diagnose fast verpasste. Nur auf Grund eines Bauchgefühls wurde ein CT angemeldet. Hätte der Arzt sich zu sehr auf die Einschätzung der Krankenschwester eingelassen, wäre der Patient wahrscheinlich verstorben.“ (48.6)

Tabelle 2: Thema 1 – Auswirkung des Curriculums und der Exkursion auf mich als Person

Unterthemen & illustrierende Zitate
1a) Ich als Person – moralische Sensibilität „Ich habe das Gefühl, dass ich noch einmal ganz anders auf die damalige Zeit zurückblicke. Alle Dinge, die ich während der Exkursion erlebt habe, haben einen ziemlich starken Einfluss auf mich persönlich gehabt. Ich habe das Gefühl, dass es mir geholfen hat ethische Probleme etwas umfassender zu betrachten.“ (41.6) „Ich habe festgestellt, dass ich im Zuge der Exkursion sensibler für jegliche Formen von Diskriminierung und Rassismus geworden bin.“ (41.6) „Manchmal fühle ich mich überlegen, weil ich privilegiert bin und Dinge tun darf, die wenigen offen stehen. Es hilft mir dann, mir bewusst zu werden, wie arrogant ich bin.“ (49.6)
1b) Ich als Person – moralisches Urteilsvermögen „Generell merke ich auch, dass sich mein Selbstverständnis dahingehend auch verändert hat, dass ich mich mehr mit dem Thema Gewalt auseinandersetze. Ich frage mich mehr, wo mein Handeln mit meinem Gegenüber gewaltvoll sein kann. Ich merke, dass dies und auch der Umgang damit, von den verschiedenen Patient*innen höchst individuell ist und die eigenen Grenzen sehr verschieden sind.“ (14.6) „Ausschwitz stellt für mich die „Hölle auf Erden“ dar und spätestens nach unserer Exkursion konnte ich nicht mehr an einen Gott glauben, der von oben unser Schicksal lenkt (...) Da mein Glauben für mich aber auch eine starke Ressource darstellte und ich mich auch vor Auschwitz stark über meine Rolle als Christin identifizierte, (...) Ich befinde mich aktuell immer noch in einem Prozess, in dem ich Glaube und Eigenverantwortung miteinander kombinieren kann.“ (46.6)
1c) Ich als Person – moralische Motivation „Der Kurs & die Arbeit haben mir noch einmal vergegenwärtigt wie wichtig es ist, dass wir uns mit dem Holocaust & den Menschen beschäftigen.“ (2.5) „Diese Situationen gab es ständig. Wie aber erwähnt sind Sprechen und Schweigen bei problematischen Äußerungen, egal in welchem Kontext, aktive Handlungen.“ (1.6) „Ich bemühe mich, meine eigenen Vorurteile zu erkennen und mein Handeln nicht von ihnen leiten zu lassen.“ (19.6)
1d) Ich als Person – moralischer Charakter „Die Erfahrungen auf der Exkursion und im Nachklang davon bringen mich aber hier interessanter schneller in einen aktiven Widerstand.“ (2.6) „Sie hat mir noch einmal Mut gemacht, in Situationen, in denen ich weiß, dass etwas diskriminierend ist, zu handeln. Mich zu Wort zu melden und dagegen zu argumentieren.“ (44.6)
1e) Ich als Person – moralisches Outcome Intendiertes Handeln „Das große Anliegen an mich, mir meine unbewussten Denk-, Fühl- und Handlungsmuster bewusst zu machen. Diesen Anspruch an mich zu haben. Wach zu bleiben, auch in routinierten Situationen.“ (37.5) Speaking up „(...) ergreife ich bewusster eine aktive Rolle und fühle mich nicht mehr wohl als stumme Zuschauerin. Ich bin mir meiner selbst viel bewusster und bringe mich stärker ein, um selbst eine Veränderung zu sein und nicht darauf zu warten, dass es andere endlich mal besser/anders machen.“ (2.6) „Rückblickend habe ich mich dieses Jahr mehr getraut, mich einzubringen, wenn mir Dinge ungerecht vorkamen (...)“ (43.6) Weiterführende Lektüre zu ethischen Themen „Die Folge daraus ist, dass ich mich bei jeder passenden Gelegenheit weiter mit diesem Thema beschäftige, Filme schaue, Podcasts höre und in den Austausch gehe.“ (2.6) Intentionalität und Durchhaltevermögen „Ob ich mich dann immer traue einzuschreiten, ist eine andere Frage.“ (43.6) „Das klappt nicht immer, aber ich versuche bewusst mich daran zu erinnern.“ (48.6)

(Thema 1) bezog sich auf persönliche Aspekte, die nicht spezifisch für ihr Studium, ihren Beruf oder die Gesellschaft waren. Thema 2 umfasst die Reflexion über ihre Identität als Studierende und zukünftige*r Ärzt*in bzw. Psycholog*in. Des Weiteren wurden Reflexionen über den Beruf im Allgemeinen und das Gesundheitssystem sowie die Rolle der Studierenden innerhalb dieser Bereiche (Thema 3) extrahiert, ebenso wie Reflexionen über ihre Rolle in der Gesellschaft mit existenziellen Fragen zu Gerechtigkeit, Würde oder Menschlichkeit (Thema 4). Diese reflektierenden Aussagen zu den Themen 3 und 4 wurden oft als „wir als ...“ oder Aussagen in der dritten Person („der Beruf ...“) formuliert, anstatt wie in den Themen 1 und 2 „ich“ oder „mich“ zu verwenden. Für

jedes der vier Themen wurden die oben genannten moralischen Komponenten [19], [20], [23] und moralischen Outcomes [63] als Unterthemen (Unterthemen a – e) definiert. Die RWs umfassten nicht immer alle Unterthemen. Einige Unterschiede im thematischen Schwerpunkt zwischen RW5 und RW6 werden in Abschnitt 3.3 näher erläutert. Die Titel der Unterthemen sind kursiv dargestellt. Illustrative Zitate sind in Anführungszeichen gesetzt. Weitere illustrative Zitate sind in den Tabelle 2, Tabelle 3, Tabelle 4 bis Tabelle 5 zusammengefasst.

Tabelle 3: Thema 2 – Auswirkung des Curriculums und der Exkursion auf mich als Student*in und zukünftige*r Ärztin/Arzt bzw. Psycholog*in einschließlich beruflicher Identitätsbildung

Unterthemen & illustrierende Zitate
2a) Ich als <u>Student*in</u> – moralische Sensibilität „Mir ist bewusst geworden, wie wichtig es ist in alltäglichen, wie auch in medizinischen Kontexten, seinen moralischen Kompass nicht zu verlieren – besonders wenn Situationen entstehen, die Courage erfordern.“ (19.6) „Es gibt kaum ein anderes Seminar im Rahmen meines Medizinstudiums, das mich am eigenen Leib hat derart für die ethische Dimension der ärztlichen Tätigkeit hat aufwachen lassen.“ (52.6)
2b) Ich als <u>Student*in</u> – moralisches Urteilsvermögen „Besonders erfahrbar in der Klinikzeit, wie häufig ein „Das ist halt so...“ und ein: „Irgendwann musst du das halt machen...“ da ist. Wie unhinterfragt und nur nachgesprochen solche Sätze bleiben. Und wie unüberlegt. Dass das Denken nicht dahin geht. Was sage ich dort gerade eigentlich? Und denke ich eigentlich so?“ (37.5) „Ich möchte mich verstärkt mit meiner Rolle als zukünftiger Medizinerin auseinandersetzen: Medizin ist nicht loszulösen von Politik, da unsere menschliche Gesundheit häufig auch ein Ergebnis von Zusammenleben, Diskriminierungsfolgen, Stress und Privilegien ist.“ (19.6) „Das nehme ich auf jeden Fall mit für die Zukunft, dass man immer damit rechnen muss, dass unerwartete Situationen kommen können, wo man an sich zweifeln wird, und sich mehrmals fragen wird ‚habe ich das Richtige getan? Und vor allem, was ist das Richtige in der Situation?‘“(40.6)
2c) Ich als <u>Student*in</u> – moralische Motivation „Für meine eigene berufliche Laufbahn habe ich aus Exkursion Folgendes mitgenommen: ganz wichtig ist es, sich nicht nur nach Hierarchien zu orientieren. Auch in unserem heutigen Krankenhausalltag gibt es Situationen, in denen man Sachen machen muss, die man selbst nicht für richtig erachtet. Hier aufzustehen und das Wort zu ergreifen, finde ich wahnsinnig wichtig.“ (41.6) „(...) ich glaube, dass die Erfahrungen in Auschwitz auch mit meiner Bereitschaft, vielleicht sogar dem Wunsch, zu tun haben, mich ärztlich-therapeutisch besonders jenen Menschen zuzuwenden, die sich in existenzieller Not befinden und an der Grenze dessen leben, was gemeinhin als normal menschlich oder menschenwürdig bezeichnet wird.“ (52.6)
2d) Ich als <u>Student*in</u> – moralischer Charakter „Für meine innere Haltung habe ich auch diesbezüglich gemerkt, dass es wichtig ist jeder Stimme Geltung zu verleihen und hat mich in meinem medizinisch-therapeutischen Mut und meiner Richtung zum Voranschreiten bestärkt. Dem Willen zu heilen. Auch alte historische Wunden.“ (20.6) „Mein Selbstverständnis als zukünftiger Arzt und heutiger Medizinstudent war und ist es, dass unser Berufsbild sich den Menschen widmet und daher alle Regeln der Menschlichkeit wahren muss. Dieses Selbstverständnis hat sich nicht gewandelt, aber durch die Exkursion nach Auschwitz verstärkt.“ (48.6)
2e) Ich als <u>Student*in</u> – moralisches Outcome Intendierte Handlung „Ich denke, dass ich, bezogen auf das Studium, mich intensiver frage, was mich wirklich fachlich und menschlich weiterbringt. So habe ich mich z. B. aktiv dafür entschieden mein Chirurgie-PJ in Norwegen zu verbringen, um noch mehr mit unterschiedlichen Menschen in Europa in Kontakt zu kommen.“ (34.5) Speaking up „Ich habe mich einmal getraut Kolleg*innen im Krankenhaus mit ihrem herabwürdigenden Worten und Verhalten gegenüber einer komaösen, septischen Patientin zu konfrontieren und zu fragen warum sie so (zynisch und hässlich) reden und warum sie nicht trauern und ihre Bestürzung zeigen. Ich konnte es nicht ohne Beben in meiner Stimme, nicht ohne emotional zu werden, nicht ohne anzugreifen, nicht ohne Vorwürfe. Ich würde es wieder tun. Vielleicht mit etwas mehr Ruhe. Es war emotional sehr belastend, weil ich mich vor dem Ausschluss aus dem Team gefürchtet habe. Die weiteren Begegnungen mit diesen Kolleg*innen blieben angespannt und misstrauisch. Und ich war letztlich froh, als mein Vertrag auslief.“ (5.6) Sich Einlassen auf einen Diskurs „Im Rettungsdienst hatte ich eine Begegnung mit einem Kollegen aus dem Osten. Obwohl selbst vor Jahren aus wirtschaftlichen Gründen aus der DDR geflüchtet, sprach er abfällig über kriminelle Geflüchtete, welche eine hohe Präsenz bei ihm hatten. Früher hätte ich das Gespräch vermutlich geändert, das Thema wegen der emotionalen aufgeladenheit der Problematik des Berufsalltags wegen vermieden. Nun jedoch fühlte ich mich ermutigt das Gespräch zu suchen, zuzuhören.“ (1.5) Empathie und Fürsorge „Das spiegelt sich beispielsweise im OP darin wider, dass ich Schritte bei meiner oder den Schritten der ärztlichen Arbeit, die für das Personal Routine sind, dem Patienten und Patientinnen viel mehr erkläre. Eben selbst, wenn ich eigentlich nur Zuschauerin bin, ergreife ich die Initiative und erkläre dem/der Patientin, was mit ihr passiert.“ (2.6) Soziales Engagement für soziales Tun „Einsatz zur Aufdeckung v. Diskriminierung i. Studium/Blockpraktika: → Treffen mit Stud.; → Änderung des Evaluations-Fragebogen (Erweiterung)“ (29.5) Geringe Auswirkung auf das Handeln „Mein persönliches berufliches Selbstverständnis hat sich wenig bis gar nicht verändert.“ (10.6)

Tabelle 4: Thema 3 – Auswirkung des Curriculums und der Exkursion auf mich als Angehörige*r einer medizinischen Profession (Medizin/Psychologie)

Unterthemen & illustrierende Zitate
3a) Ich als Angehörige*r einer medizinischen Profession – moralische Sensibilität „Mir ist in und nach Auschwitz erst so richtig bewusst geworden welche Rolle meine zukünftige Berufsgruppe in der Nazizeit gespielt hat und welche besondere Verantwortung wir haben.“ (12.5) „Insgesamt habe ich dadurch einen anderen Blick auf die Rolle der Medizin in der heutigen Gesellschaft und auch meiner eigenen Rolle in diesem System bekommen.“ (7.6)
3b) Ich als Angehörige*r einer medizinischen Profession – moralisches Urteilsvermögen „Ich werde immer wieder damit konfrontiert, in was für einer Machtposition wir als Ärzte und Ärztinnen stecken.“ (2.6) „Viel häufiger denke ich in grenzüberschreitenden Situationen in der Klinik, sei es durch unsensiblen Umgang seitens der ÄrztInnen gegenüber PatientInnen, abfälligen Kommentaren über PatientInnen, durch GesundheitsmitarbeiterInnen oder durch „Fließband“-Abfertigung aufgrund von Zeit/Kosten-Druck in denen Patient*innen sich nicht mehr gesehen fühlen, dass diese „Verletzungen“ im Kleinen einen ähnlichen Gestus wie zu Zeiten der NS-Verbrechen haben können. Wenn wir nicht aufpassen, kann dies ein Anfang sein, in dem der Nächste nicht mehr denselben Wert hat wie man selbst.“ (7.6) „Eine ganz andere Überlegung betrifft meinen Umgang mit wissenschaftlichem Erbe: viele der Erkenntnisse aus Physiologie und Anatomie, sowie Pharmakologie stammen aus unethischen Verhältnissen. Gerade in der NS-Zeit hat die medizinische Forschung enorme Fortschritte gemacht, allerdings auf dem Boden eines faschistischen Regimes und unter menschenverachtenden Bedingungen. Diese Ergebnisse gilt es meiner Meinung nach zu hinterfragen bzw. mindestens die NamensgeberInnen einiger Verfahren oder Entdeckungen zu hinterfragen oder auszulöschen, in dem die Namensgebung nicht mehr an NS-Ärzte erinnert (Bsp. „Clara-Zellen“ in der Lunge heißen nun vermehrt „Keulenzellen“).“ (19.6) „Ich denke dabei an eine Diskussion über die Genschere Crispr/Cas, die ich mit jemandem mit molekularbiologischem Hintergrund geführt habe. Er sah es als Chance, Gendefekte eines Tages „auszulöschen“ und damit (aus seiner Perspektive) viele Menschen und kommende Generationen zu heilen. Ich musste sofort an unsere Exkursion denken und hatte die Assoziation mit der NS-Ideologie, die auch auf die Bildung einer „sauberen“ Rasse hingearbeitet hat.“ (42.6)
3c) Ich als Angehörige*r einer medizinischen Profession – moralische Motivation „Auch um das Stigma zu verstehen, was auch heute noch psychischen Diagnosen anhaftet, finde ich es wichtig, sich aus professioneller Perspektive mit der Vergangenheit zu konfrontieren.“ (10.6)
3d) Ich als Angehörige*r einer medizinischen Profession – moralischer Charakter „Ich sehe aber meinen Berufsstand nach wie vor in der Verantwortung und finde es befremdlich und beschämend, dass wir in der psychologischen Grundausbildung nichts darüber lernen, welche Rolle die Psychiatrie in der Vernichtungsmaschinerie des NS spielte. Ich finde es auch wichtig mehr, beziehungsweise überhaupt mal darüber zu sprechen, was psychisch kranken Menschen in der Zeit des Nationalsozialismus angetan wurde. Sie sind eine weitestgehend vergessene Opfergruppe und das schmerzt mich. Gerade wir als zukünftige Therapeutinnen sollten bewusst mit diesem Erbe und der damit einhergehenden Verantwortung umgehen.“ (10.6)

3.2.1. Thema 1: Auswirkungen des Curriculums und der Exkursion auf mich als Person

Die Studierenden beschrieben eine gesteigerte moralische Sensibilität für die Ereignisse während des Nationalsozialismus: „Ich bin viel sensibler/wachsamer der gesamten Thematik gegenüber geworden.“ (2.5) und ein gesteigertes Bewusstsein für jede Form von Ungerechtigkeit oder Diskriminierung in der heutigen Zeit: „Ich bin seither für subtile Vorgänge derartiger Objektivierungen, Entwertungen, Zwangsmaßnahmen oder aber auch der menschlichen Zuwendung in verzweifelten Lagen deutlich sensibilisiert.“ (52.6).

Im Rahmen eines *moralischen Urteilsvermögens* verglichen sie historische Ereignisse mit aktuellen Herausforderungen: „Manchmal erwische ich mich, wie ich Ereignisse aus der Gegenwart mit dem vergleiche, was wir in Auschwitz gesehen haben. Ich finde diese Vergleiche, die ja auch in den Medien (...) gerne gezogen werden eigentlich schwierig und doch hilft es mir Prinzipien anzunehmen und eine Meinung zu bilden.“ (48.6). Die Ausein-

andersetzung mit dem Holocaust führte bei einer Person dazu, dass sie persönlich wichtige Werte, darunter auch ihren religiösen Glauben, in Frage stellte: „Auch mein naiver religiöser Glaube in einem paternalistischen liebenden Gott wurde erschüttert. (...) Da mein Glaube für mich aber auch eine starke Ressource darstellte (...), hinterließ Auschwitz auf spiritueller Ebene ein dunkles Loch und führte mich in eine Identitätskrise.“ (46.6). Die Bedeutung der Priorisierung moralischer Werte wurde als starker Sinn für *moralische Motivation* zum Ausdruck gebracht: „Angst machen hat so eine große Macht. Deshalb finde ich es sehr wichtig, dass man zu seinen Werten steht und nicht immer mitmacht, was die Gruppe macht oder sagt.“ (40.6). Die Bedeutung von *moralischem Charakter* wurde unter Bezugnahme auf Zivilcourage zum Ausdruck gebracht: „Ich habe vor allem festgestellt, dass mein innerer Mut mich für diese Dinge einzusetzen gestiegen ist.“ (7.5), ebenso wie Ich-Stärke: „Diese Exkursion ist ein weiterer Stein in meiner inneren Mauer gegen den Faschismus, gegen den Angriff auf die Würde des Menschen.“ (49.6) und Verantwortung: „Auch ein gewisses Verantwortungsgefühl, auch für Situationen, an denen

Tabelle 5: Thema 4 – Auswirkung des Curriculums und der Exkursion auf mich als Bürger*in einer globalen Welt und Teil der Menschheit

Unterthemen & illustrierende Zitate
4a) Ich als Bürger*in einer globalen Welt und Teil der Menschheit – moralische Sensibilität „In vielerlei Hinsicht hat mich die Exkursion dafür sensibilisiert, was gerade politisch in der Gesellschaft vor sich geht, aber auch dafür, wie glücklich wir uns schätzen können in einer Zeit ohne Krieg und Vertreibung in Europa geboren zu sein.“ (34.5) „Mir fallen Stolpersteine viel mehr auf als vorher, ohne dass ich danach suche.“ (48.6) „Die Erlebnisse haben für mich die ethische Dimension menschlichen Handelns deutlich hervorgehoben. Besonders die Gefahr und reale Möglichkeit der Ent-Menschlichung.“ (52.6)
4b) Ich als Bürger*in einer globalen Welt und Teil der Menschheit – moralisches Urteilsvermögen „Die christliche Tradition/das Christentum & ihre/seine Auswirkungen sind für mich zu christlich-jüdischen Tradition bzw. Ausgangspunkten geworden; großer Respekt/Dank für die ungeheuren spürbaren Anstrengungen des jüdischen Volkes.“ (29.5) „Und genau das nehme ich auch in zukünftige politische wie humanistische Diskussionen mit: sich mit etwas nicht auseinanderzusetzen und anschließend zu positionieren ist eine aktive, keine passive Entscheidung. Für die man sich in dem Moment und auch später noch rechtfertigen muss.“ (1.6) „Wie die Geschichte beweist, bewahrt uns Intellekt nicht davor. Die ersten Bücherverbrennungen gingen von Studenten aus, die Führungsriege des Nazi-Apparats bestand zu großen Teilen aus Adeligen, Eliten, hochgebildeten Menschen. Der Faschismus macht keinen Halt vor akademischen Abschlüssen und frisst sich hinein in jede Gesellschaftsschicht.“ (49.6)
4c) Ich als Bürger*in einer globalen Welt und Teil der Menschheit – moralische Motivation „Auch eine wichtige Erkenntnis, die entstanden ist, z.B. mit der Auseinandersetzung mit Adelaide Hautval: Sich von Mensch, als/zu Mensch zu begegnen, nicht aus Positionen. Denn wenn ich als Mensch da bin, kann ich mit einem anderen Menschen in Beziehung treten, ihn sehen und ihm auch die Stirn bieten. (...) Die Freiheit der Wahl. Und dass ich daraus handeln kann.“ (37.5) „(...) dass ich mich als Bürger*in einer Demokratischen Gesellschaft aktiv um die Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen bemühen muss (...)“ (5.6) „Es ist nötig in regelmäßigen Abständen solche Orte zu besuchen, um sich gegen das Vergessen zu wehren und den Opfern zu gedenken. Das Vergessen meine ich auch ganz subjektiv, nicht nur gesellschaftlich.“ (49.6)
4d) Ich als Bürger*in einer globalen Welt und Teil der Menschheit – moralischer Charakter „Inspiriert durch den Humanismus und die positive Psychologie hatte ich vor allem ein positives Menschenbild, seit unserem Besuch in Auschwitz glaube ich nun, dass die Wurzel zur „Banalität des Bösen“ in jedem von uns Menschen verankert ist und wir dieser „dunklen Seite“ aktiv etwas entgegensetzen müssen.“ (46.6)
4e) Ich als Bürger*in einer globalen Welt und Teil der Menschheit – moralisches Outcome Intendiertes Handeln „Ja, es hat in mir die Überzeugung gestärkt, dass ich, dass wir alle eine Verpflichtung haben, uns gegen Unrecht/Entmenslichung zu stellen und stetig daran arbeiten müssen das Gute in der Welt zu fördern.“ (7.5) „Was dies genau impliziert? Ich denke und fühle, dass es Zeit für mich ist Situationen mit z.B. Alltagsrassismus oder enthumanisierendem Verhalten aktiv und entschlossen entgegenzutreten, denn nur mit wählen gehen ist es zur Zeit einfach nicht mehr getan.“ (34.5) Soziales Engagement „Außerdem hat sich bei mir ein Gefühl des Entsetzens eingestellt, dass trotz solch grausamen Taten in unserer deutschen Vergangenheit schon wieder rechte Tendenzen in der Gesellschaft zu erkennen sind. Dies hat mich dazu verleitet selbst politisch aktiv zu werden, um etwas gegen diesen Zustand zu unternehmen.“ (41.6)

ich vielleicht nicht direkt selber beteiligt war, in denen es aber zu Ungerechtigkeiten kam, habe ich beobachtet.“ (43.6). Es wurde auch eine Bestärkung der eigenen Haltung zum Ausdruck gebracht: „Meine Haltung gegen Rassismus und Verfolgung war vorher schon vorhanden, hat sich durch den Besuch in Auschwitz aber noch bekräftigt“ (24.6).

Diese Überlegungen wurden als Anlass für *intendiertes Handeln* beschrieben: „(...) ich aus dieser Sprachlosigkeit einen Schritt heraus gehen kann und meinen Teil aktiv dazu beitragen kann, dass so etwas nie wieder geschieht.“ (2.6) und haben zu *tatsächlichem moralischem Handeln* wie dem *Speaking-Up* oder dem sich *Einlassen auf einen Diskurs* geführt: „Diskriminierung in Sprache und Tat haben mich früher einfrieren lassen, jetzt fühle ich mich innerlich befreit, in den Dialog zu gehen. Die Auseinandersetzung zu suchen. Konstruktiver.“ (1.5),

Empathie und Fürsorge: „Ich achte mehr auf Menschen und auf das, was sie sagen (...) zugleich aber auch liebevoller, wenn es um einen Versuch des Verständnisses der mir gegenüberstehenden Person geht.“ (1.5) sowie *weiterer Lektüre*: „Konkret beschäftige ich mich mit der Nazizeit deutlich mehr als vorher. Das mache ich einerseits bewusst, in dem ich ein Buch lese, welches von oder aus dieser Zeit handelt (...)“ (48.6). Diejenigen, die über moralische Outcomes berichteten, reflektierten auch über ihr Verhalten als Ausgangspunkt für intensiviertes zukünftiges Handeln: „Das klappt sicher nicht immer aber ich glaube durch mein eigenes Reflektieren und Bewusstsein kann ich darin immer besser werden“ (50.6) (siehe auch Tabelle 2).

3.2.2. Thema 2: Auswirkungen des Curriculums und der Exkursion auf mich als Student*in und zukünftige*r Ärzt*in bzw. Psycholog*in

Die Studierenden beschrieben auch, wie sich das Curriculum und die Exkursion auf moralische Komponenten innerhalb der aktuellen Studienbedingungen, Patient*innenkontakte und Aspekte der PIF auswirkten. Es wurde eine erhöhte *moralische Sensibilität* beschrieben, einschließlich der Wahrung von Werten in der Patient*innenversorgung, d. h. „Ich glaube, dass ich durch die Exkursion hellhöriger geworden bin und meine Sinne für abwertendes Verhalten gegenüber Patient*innen im medizinischen Kontext aber auch in Alltagssituationen geschärft habe“ (43.6) sowie für *moralisches Urteilsvermögen* in Bezug auf die Behandlung unterrepräsentierter Patientengruppen: „Veränderung im Sinne eines kritischen hinterfragen der eigenen Haltung fallen mir vor allem in Bezug auf den Umgang mit Migranten und auch Obdachlosen im medizinischen Kontext auf.“ (45.6).

Die Studierenden beschrieben eine gesteigerte *moralische Motivation*, so moralischen Werten Vorrang einzuräumen, z. B. „Immer wenn ich eine/n neue/n Patient*in Kennenlernen probiere ich sie ohne Vorurteile und mit offenen Herzen und offener Wahrnehmung kennenzulernen.“ (50.6), sowie Aspekte des *moralischen Charakters*, um für diese Werte einzutreten: „(...) Die Exkursion hat mir jedoch die Wichtigkeit dieser Werte noch einmal gezeigt sowie, dass sich stark machen für diese.“ (44.6). Die Studierenden berichteten auch über *intendiertes Handeln* als zukünftige Ärzt*innen bzw. Psycholog*innen: „Außerdem habe ich mir das Ziel gesetzt, im Zuge meiner beruflichen Laufbahn in Krisengebiete zu reisen und dort medizinische Versorgung für Notleidende anzubieten.“ (41.6) sowie über *moralische Outcomes* wie *Speaking-Up*: „Auch im Krankenhaus Alltag leider gibt es immer wieder Situationen in denen „leichte“ Diskriminierung oder Rassismus auftauchen. In solchen Situationen habe ich immer mal wieder meinen Mut zusammengenommen und habe dagegen protestiert.“ (41.6) und mehr *Fürsorge*: „Es gab ein Moment in der Klinik, in dem ein Arzt sehr unfreundlich und grob zu einer Patientin war, dies ging mir sehr nah. Ich fühlte ein starkes Gefühl der Ungerechtigkeit und dachte ich sollte etwas dagegen unternehmen. Als der Arzt aus dem Zimmer ging und ich mit der Patientin zurückblieb, entschuldigte ich mich bei der Pat. und versuchte ihr ein paar mitfühlende Worte mit auf dem Weg zu geben. Ich schaffte es zwar nicht den Arzt auf dein Fehlverhalten hinzuweisen (...) aber zumindest schaffte ich es in der Situation nicht völlig tatenlos zu bleiben.“ (7.6) (siehe auch Tabelle 3).

3.2.3. Thema 3: Auswirkungen des Curriculums und der Exkursion auf mich als Angehörige*r einer medizinischen Profession (Medizin/Psychologie)

Die Studierenden reflektierten über die Rolle der Ärzteschaft in der Vergangenheit und im heutigen Gesundheitswesen. Sie berichteten von einer erhöhten *moralischen Sensibilität* für diese Rolle in der Vergangenheit, einschließlich des Themas Entmenschlichung: „Bis heute beschäftigt mich das Thema, dass die Medizin eine zentrale Rolle bei der Entmenschlichung und letztlich den folgenden Gräueltaten und Verbrechen spielte.“ (7.6) und heute: „Dehumanisierung aber ist etwas was wir auch im medizinischen Kontext als Ärzte häufig sehen. (...) bei dem Obdachlosen, der regelmäßig in die Notaufnahme aufläuft, vergessen wir noch schneller, dass es sich dabei um einen Mitmenschen handelt und nicht Objekt (...) Doch steckt in allen von ihnen im Kern die gleiche Dehumanisierung die auch Auschwitz-Birkenau möglich gemacht hat.“ (45.6). Eine Person reflektierte über Herausforderungen bei moralischen Entscheidungen (*moralisches Urteilsvermögen*): „Es ist mir nochmal vor Augen geführt worden, wie auch Ärztinnen und Ärzte heute tagtäglich große ethische und moralische Entscheidungen in der Therapie treffen müssen. Auf diese Entscheidungen ist man häufig nicht vorbereitet.“ (19.6). Die Rahmenbedingungen der medizinischen Praxis wurden hinterfragt: „Mir scheint, dass gerade in einem System, das keine Rahmenbedingungen für zwischenmenschliche Würde schafft und indem von Heilung kaum die Rede sein kann, eine immer wieder selbst erarbeitete innere Haltung es erst möglich macht, dem Patienten in Menschenwürde zu begegnen (...)“ (51.6). Die *Motivation*, moralisch zu handeln und für moralische Prinzipien zu kämpfen, nicht nur von Einzelpersonen, sondern von allen Ärzt*innen, wurde ebenfalls beschrieben: „Daher finde ich umso wichtiger die Grundsätze der Medizin, das Verbot zu schaden, das Prinzip der Autonomie und das Prinzip Menschenwürde, immer vor Augen zu haben und mit allen Mitteln dafür zu kämpfen, dass diese Grundsätze umgesetzt werden. Nicht nur von mir, sondern von allen Ärzten.“ (33.6). Die Verantwortung als Teil eines sozusagen kollektiven *moralischen Charakters* der Ärzteschaft in der Gesellschaft wurde hervorgehoben: „Das zentrale Element, welches ich von der Exkursion und der mir ihr verbundenen Auseinandersetzungen mitgenommen habe ist die Frage nach kollektiver Verantwortung der Einzelnen, sowohl als Arzt o. Ärztin als auch als Mensch“ (1.6). Infolgedessen beschrieb eine Person, wie sie sich aktiv sozial engagiert, nämlich in der medizinischen Flüchtlingshilfe: „Nach der Reise begann ich, in der medizinischen Flüchtlingshilfe zu arbeiten. Wir sorgen dafür, dass jeder das Recht auf medizinische Versorgung erhält, unabhängig davon, ob er in Deutschland registriert ist oder nicht (papierlos ist).“ (50.6) (siehe auch Tabelle 4).

3.2.4. Thema 4: Auswirkungen des Curriculums und der Exkursion auf mich als Bürger*in einer globalen Welt und Teil der Menschheit

Es wurde *moralische Sensibilität* im Zusammenhang mit gesellschaftlichen und existenziellen Fragen beschrieben und Prinzipien freier demokratischer Gesellschaften reflektiert: „Ich glaube am meisten wirkt bei mir die Wachsamkeit nach. Mir ist sehr bewusst was Freiheit bedeutet und dass JEDEM das Recht zusteht diese auch zu erleben.“ (50.6). Eine Person reflektierte auch über den Widerstand der Gefangenen und wurde sich bewusst, dass die geplante Entmenslichung dieser Menschen gescheitert war: „(...) Zudem hat mir die Exkursion gezeigt, dass die Gefangenen nicht nur Opfer waren, die sich ihrer Situation ergeben haben. Es gab auch Widerstand. Dieser war zwar nicht unbedingt in der Situation damals sichtbar, zeigt uns retrospektiv aber, dass das Vorhaben der Nazis jüdische Häftlinge zu entmenslichen gescheitert ist.“ (23.6). Zu den Aussagen, die ein *moralisches Urteilsvermögen* zum Ausdruck brachten, gehörten auch Überlegungen zum heutigen Leben von Jüdinnen und Juden in Deutschland: „Wenn Menschen jüdischen Glaubens heutzutage wieder Deutschland verlassen, weil sie Angst haben müssen Opfer von Gewalt und Übergriffen zu werden, dann ist dies ein grausamer Beweis, dass nicht genug getan wird zu ihrem Schutz. Und selbst wenn dieser Schutz durch die Behörden gewährleistet wäre, will man so Leben? Unter Polizeischutz?“ (49.6).

Die *moralische Motivation* kam in dem Impuls zum Ausdruck, politisch aktiv zu werden: „Ich sehe die Exkursion als Startpunkt meiner persönlichen Politisierung in der Medizin. (...) Als sei mir durch die Exkursion (...) klar geworden, dass ich mich als privat Person und als (angehender) Arzt unbedingt politisieren muss und einen Standpunkt beziehen lernen muss.“ (5.6) sowie die Demokratie zu schützen: „Ich glaube, mir ist noch deutlicher geworden, dass eine Demokratie etwas Fragiles, Besonderes ist und man sie deshalb gut beschützen muss.“ (24.6). Aussagen, die *moralischen Charakter* zum Ausdruck brachten, bezogen sich auch auf die Rolle von Widerstand und Ich-Stärke: „Die NS-Zeit zeigt wie keine andere, und hier insbesondere auch der Ort Auschwitz, was jede*r Einzelne zum System beitragen kann, in jeder Hinsicht, sei es durch unhinterfragtes Folgen oder durch mutwilliges Wegsehen, als auch was trotz widriger Umstände noch an Widerstand möglich ist. In jedem Falle zeigt es: man ist nicht egal.“ (1.6). Eine Aussage zum *intendierten Handeln* bezog sich auf die zukünftige Aufgabe, den moralischen Charakter zu stärken: Für mich ist es eine Zukunftsaufgabe menschliche Werte wieder wach zu rufen, das menschliche Ich zu stärken und viel Bewusstseinsarbeit zu leisten – gerade auch für die Wurzeln.“ (20.6) (siehe auch Tabelle 5).

Dieses Zitat fasste den Kern der Studie zusammen: „Ich möchte, dass wir Menschen aus der Geschichte lernen (...)“ (40.6).

3.3. Vergleich zwischen den RWs nach 6 Wochen (RW5) und 1,5 Jahre (RW6) nach der Exkursion

Die RWs der Studierenden zu RW5 waren im Allgemeinen kürzer und es wurden inhaltliche Unterschiede zwischen RW5 und RW6 festgestellt. Nicht alle Studierenden nahmen an dem Seminar nach der Exkursion und damit an der RW-Einheit zu RW5 teil und nicht alle Studierenden reichten ihr RW ein. Die Inhalte von RW5 konzentrierten sich mehr auf moralische Sensibilität in Bezug auf persönliche (Thema 1) und globale Aspekte (Thema 4). Die Berichte enthielten mehr ein „die Fragen leben“ oder „sich den Fragen aktiv stellen“ (engl.: living the questions), die in Fragen ausgedrückt wurden, wobei die Argumentation und Sinnfindung sich eher in einem vorläufigen Stadium zu befinden schienen, z. B. „Und was macht es, wenn man solche Glaubenssätze hinterfragt. Aus ihnen heraus handelt. Und sich immer wieder fragt (und hinterfragt), wer ist diese Person, die das sagt, dies zu mir zu sagen. Warum sagt sie es. Und dass ich frei bin in meiner Wahl, das anzunehmen oder nicht anzunehmen.“ (37.5). Die Texte in RW6 enthielten mehr Beschreibungen des *tatsächlichen moralischen Handelns* der Studierenden in bestimmten klinischen Situationen. Diese Beschreibungen waren im Allgemeinen länger und ausführlicher, kamen in RW5 nicht vor und deuteten auf eine moralische Motivation und ein Durchhaltevermögen hin, sich 1,5 bis 2 Jahre nach der Exkursion im Sinne von *Speaking-Up* zu äußern, sich an Diskussionen zu beteiligen und einen fürsorglicheren Umgang mit Patient*innen zu pflegen.

4. Diskussion

4.1. Überblick

Die moralische Entwicklung, einschließlich der moralischen Sensibilität auf dem Weg zur moralischen Kompetenz, ist ein Schlüsselement von PIF, doch diese zu fördern und aufrechtzuerhalten, kann eine Herausforderung sein. Unsere erste Studie zu den RWs von HPS während einer viertägigen Exkursion zur Gedenkstätte Auschwitz im Rahmen eines GMNH-Curriculums zeigte die Intention der Studierenden auf, das Gelernte für moralischen Mut und Verantwortung zu nutzen [11]. Im Rahmen unserer aktuellen Studie zu den langfristigen Outcomes dieses Curriculums veranlassten uns die RW-Inhalte, die langfristigen Auswirkungen des Lernens und der Reflexion über die Medizin im Nationalsozialismus auf die moralische Entwicklung innerhalb der persönlichen und beruflichen Identitätsbildung zu untersuchen. Die Auswertung der studentischen RW zeigte, dass das Konzept der historisch informierten PIF [12] auch das Konzept einer „historisch informierten moralischen Entwicklung“ im HPE mit sich bringt.

Unsere Analyse der studentischen RWs zeigte den Einfluss des Curriculums einschließlich der Exkursion auf tatsäch-

liches moralisches Handeln. Diesbezüglich wurden Beispiele angeführt, dass über intendiertes Handeln hinausgegangen wurde, um diese Intentionen zu verwirklichen. Auf einer komplexeren Ebene entsprechend den theoretischen Arbeiten von Kegan [4] und Kohlberg [65], beschrieben einige Studierende, dass sie ihre eigene Handlungsfähigkeit (engl.: agency) oder ihren „moralischen Kompass“ gefunden haben, einhergehend mit einer aktivierten (mit Reflexion) allgemeinen moralischen Wachsamkeit bei der Begegnung mit desorientierenden Dilemmata oder herausfordernden Situationen [57]. Dies steht im Einklang mit Kegans „professioneller Selbstautorenenschaft“ (engl.: self-authored professional) [4], die eine differenzierte, prinzipiengeleitete Identität konstruiert [66]. Eine solche moralische Handlungsfähigkeit (engl.: moral agency) im Hinblick auf die Menschenwürde kann stressmindernd wirken und potenziell moralischem Stress entgegenwirken. Dies kann das Wohlbefinden fördern, was sich in der Folge positiv auf die PIF auswirken kann [67]. Die RWs der Studierenden in Bezug auf sich selbst, ihren zukünftigen Beruf, das Gesundheitssystem und auf die Gesellschaft umfassten Aspekte der moralischen Kompetenz, d. h. die vier Komponenten: moralische Sensibilität, Urteilsvermögen, Motivation und Charakter sowie intendiertes Handeln und tatsächliches Handeln. Die RWs zeigten ein Bewusstsein und moralisches Engagement, das durch das Curriculum gefördert wurde, ebenso wie eine „Speaking-Up Kultur“ [68] und zudem eine Bereitschaft moralisch zu handeln, wenn dies in Situationen erforderlich ist, die moralische Dilemmata hervorrufen, wie sie in der Klinik und anderen Ausbildungserfahrungen auftreten können und stattfinden. Die Studierenden beschrieben, wie schwierig es sein kann, sich gegen Ungerechtigkeit zu wehren, insbesondere innerhalb von Machtstrukturen und angesichts konkurrierender Prioritäten im Studium und im Gesundheitswesen. Dies scheint nicht nur für angehende Ärzt*innen und Psycholog*innen eine Herausforderung darzustellen. Empfehlungen zur Förderung von moralischem Mut und moralischem Handeln wurden ebenfalls in der Krankenpflegeausbildung im Hinblick auf Stillschweigen oder Speaking-Up in moralisch schwierigen Situationen publiziert [69]. Studierende schrieben über die Notwendigkeit von „kollektiver Verantwortung“ (1.6) und beschrieben: „mir ist noch deutlicher geworden, dass eine Demokratie etwas Fragiles, Besonderes ist und man sie deshalb gut beschützen muss.“ (24.6), Aussagen, die das Konzept von Verantwortung und Identität verkörpern, die in Symbiose miteinander existieren [70]. Die Entwicklung von moralischer Sensibilität, Urteilsvermögen, Motivation und Charakter als Teil der persönlichen und beruflichen Identitätsbildung trägt dazu bei, einen moralischen Kompass im Allgemeinen und insbesondere in moralischen Dilemmata und Herausforderungen aufrechtzuerhalten. Dies ist relevant für die Förderung der medizinischen Professionalität (für die PIF als Grundlage dient), für den „moralischen Vertrag zwischen Ärzt*in und dem einzelnen Patienten in der Gesellschaft“ ([71], S.1619).

Unser konzeptionelles Modell kombiniert zwei theoretische Modelle [19], [20], [63], um RW-Inhalte zu strukturieren und zu beschreiben, und erfasst die allgemeine moralische Wachsamkeit und das Bewusstsein, die durch das Erleben von desorientierenden oder herausfordernden Situationen entstehen (siehe Abbildung 1). Zu dem tatsächlichen moralischen Verhalten, das unsere Studiengruppe als Ergebnis des Curriculums und der Exkursion beschrieb, gehörten das Äußern der eigenen Meinung („Speaking-Up“), das sich Einlassen auf einen Diskurs, Empathie und Fürsorge, soziales Engagement, Intentionalität und Durchhaltevermögen sowie die weitere theoretische Beschäftigung mit dem Thema. Dies steht im Einklang mit der Identitätsbildung, die mit moralischen Tugenden und Werten verflochten ist [72] und die Lernende auf dem Weg zur „höchsten Stufe der Identitätsbildung“ [4] unterstützt, d. h. zu einer Person, die gute moralische Werte wählt, verinnerlicht und nach ihnen lebt [4], für die Patient*innenversorgung und die Gesellschaft. Viele RWs beschrieben moralische Integrität als einen aktiven und bewussten Vorgang. Für Medizinstudierende wurde in der Literatur ein direkter, bedeutsamer Zusammenhang zwischen moralischer Entwicklung, „ethischer Sensibilität“ und größerer Empathie beschrieben ([73], S.73), was „ethische Erosion“ abmildern, vor Burnout schützen [74] und zu einer hochwertigen klinischen Versorgung beitragen kann. Unser Curriculum (mit formativen Elementen wie reflektierendem Schreiben und Narrativen, emotionalen Aspekten des Lernens und angeleiteter Reflexion über moralische Implikationen) und unsere Exkursion [11] können somit als „präventiver“ oder proaktiver Ansatz dienen, um dies zu erreichen und eine Beeinträchtigung der moralischen Handlungsfähigkeit innerhalb der inhärenten Risiken für Missbrauch in der Medizin zu vermeiden, wodurch die moralische Resilienz in der PIF gestärkt wird [4]. Zu diesen Risiken gehören unreflektierte Fügsamkeit innerhalb der Hierarchie des Berufsstandes [75] sowie mit Macht einhergehende „Versuchungen“ oder wirtschaftlicher, beruflicher und/oder politischer Druck. Die Studierenden setzten sich mit den Auswirkungen auf ihr persönliches und berufliches Handeln auseinander, die sich daraus ergeben, dass „Ärzt*innen und andere Angehörige der Gesundheitsberufe zu den eifrigsten Anhängern der nationalsozialistischen Ideologie gehörten und mit ihrer Abkehr von moralischen Prinzipien einen beispiellosen Verstoß gegen die Ethik begingen“ ([75], S.105).

Das Lernen anhand von Biografien, im Vorfeld und während der Exkursion, die Vorbereitung auf die Exkursion und die Nachbesprechung sowie Seminare mit interaktivem reflektierendem Schreiben und angeleiteten Reflexionen über den ärztlichen bzw. psychologischen Beruf vor Ort trugen dazu bei, das Bewusstsein für die Relevanz der Inhalte zu schärfen und schienen laut den Studierenden ein wichtiges Element des Curriculums für die Selbstreflexion zu sein. Dies steht im Einklang mit der beschriebenen Bedeutsamkeit reflektierender Diskussionen für Berufstätige bei Besichtigungen vor Ort [50]. Reflexive Prozesse werden als förderlich für Wissensgewinn

und ein Bewusstsein für den Holocaust nach dem Besuch des Konzentrationslagers Auschwitz beschrieben, wobei die Reflexion eine auf Empathie basierende Bezugnahme zwischen diesen historischen Ereignissen und den Lernenden ermöglicht [76] und laut Aussagen von Medizinstudierenden Reflexions- und Lernprozessen anregt, die für ihre zukünftige berufliche Praxis relevant sind [53]. Die Analyse von RW5 sechs Wochen und 1,5 bis 2 Jahre nach der Exkursion (RW6) ergab, dass die RWs von RW5 eher Aspekte wie ein Bewusstsein und eine Sensibilität aufwiesen, wobei sich ein Entwicklungsprozess vom intendierten Handeln zum realisierten Handeln eher langfristig vollzog (zu sehen in RW6). Wir können die sechs Wochen als eine „Übergangsphase“ betrachten, in der die Lernenden noch dabei sind, das Erlebte zu verarbeiten, und die Relevanz mit zunehmender Erfahrung deutlicher wird. Es kann einige Zeit dauern bis die bedeutende Wirkung eines solchen Curriculums für die berufliche Entwicklung innerhalb des eigenen Studiums, einschließlich der Erfahrung herausfordernder Situationen, erkennbar wird. Wir stellten eine anhaltende Wirkung des Curriculums fest, die sich durch die Reflexion über diese historischen Aspekte „vertiefte“, beispielsweise durch eine größere Sensibilität für ungerechte Behandlung im Gesundheitswesen, durch die Reflexion über das jüdische Leben, einschließlich der Sorge um die Gefahren des aktuellen Antisemitismus, und durch das fortwährende „Leben der Fragen“ (engl.: living the questions) mit Bezügen zum alltäglichen Leben. In diesem Sinne stellte Horton fest, dass der Wert der Vermittlung des Holocaust in der Medizin darin besteht, „ein starkes gesellschaftliches Bollwerk gegen Antisemitismus“ zu schaffen ([75], S.105). In den studentischen RWs allgemein identifizierten wir Komponenten des transformativen Lernens [58], darunter desorientierende Erfahrungen, emotionale Reaktionen, kritische Reflexion, Perspektivwechsel und eine Selbstverpflichtung zu zukünftigem Handeln [77] sowie darüber hinaus tatsächliches moralisches Handeln. Unsere Analysen basierten auf Mezirows Arbeit zu transformativem Lernen, einschließlich seiner Definition, beschrieben „als der Prozess, durch den wir problematische Bezugsrahmen (Denkweisen, Denkgewohnheiten, Bedeutungsperspektiven) – also Annahmen und Erwartungen – transformieren, um sie inklusiver, differenzierter, offener, reflektierter und emotional veränderungsfähiger zu machen.“ ([78], S.92). Der transformative Charakter der Reflexionen der Studierenden zeigte sich in Formulierungen wie „(...) dass sich mein Selbstverständnis dahingehend auch verändert hat“ (14.6), „Ich bin mir meiner selbst viel bewusster (...)“ (2.6), „Ich bin auf jeden Fall sensibler für ungerechte Behandlungen geworden“ (42.6), Veränderung im Sinne eines kritischen Hinterfragens der eigenen Haltung fallen mir vor allem in Bezug auf (...)“ (45.6) oder „Ich sehe die Exkursion als Startpunkt meiner persönlichen Politisierung in der Medizin.“ (5.6).

In Übereinstimmung mit den Definitionen von Frenk und Kolleg*innen der Lancet Commission on Medical Education for the 21st Century [79] wird transformatives Lernen in dieser Studie von „informativen“ und „formativen“

Aspekten des Lernens begleitet. Die Ergebnisse der Studie spiegeln „informative“ Aspekte beim Wissenszuwachs durch die Geschichte, „formative“ Arbeit mit den in den RWs entstandenen Daten und „transformative“ Aspekte bei den Studierenden wider, die auf die Veränderung in sich selbst verweisen, die wir in Anlehnung an die Terminologie von Frenk und Kolleg*innen [79] als „bewusste Akteur*innen für Veränderung“ (engl.: enlightened Change agents) bezeichnen können.

Wir haben auch konfirmatorische Effekte [58] innerhalb einiger RWs festgestellt, wobei die Studierenden angaben, dass die Exkursion ihre moralischen Überzeugungen gestärkt und bekräftigt habe, was dazu beitragen kann, die moralische Widerstandsfähigkeit und/oder den Mut zu stärken.

Die Studienergebnisse unterstützen die Ziele der Lancet-Kommission für GMNH, nämlich „die Entwicklung von moralisch bewussten und selbstkritischen, aber dennoch mutigen und widerstandsfähigen HPS zu unterstützen – unabhängige Denker*innen, die in der Lage sind, angesichts von Druck ihre beruflichen Werte zu wahren und die bei Bedarf als Akteur*innen des Wandels auftreten“ ([12], S.1867) und „historisch informierte, moralisch mutige Health Professionals zu sein, die bei Bedarf ihre Stimme erheben“ ([80], S.1817). Die Studierenden verbinden in ihren RWs das Lernen der GMNH mit ihrem Lernen und der Weiterentwicklung ihres moralischen Bewusstseins, ihrer Sensibilität und ihres Handelns, also Komponenten der historisch informierten persönlichen und PIF, wie sie im Bericht der Lancet-Kommission [12] diskutiert werden. Unsere Ergebnisse stimmen auch mit einer kürzlich veröffentlichten Studie über die Effekte eines Curriculums zum Thema Medizin während des Holocaust und einer Exkursion nach Auschwitz für US-amerikanische Medizinstudierende überein [45].

Unsere Ergebnisse unterstützen die Förderung von PIF in der HPE, indem unsere Daten den Einsatz eines Curriculums (mit kritischer Reflexion) zur Geschichte der MNH mit einer Exkursion darstellen, die die moralische Entwicklung innerhalb der persönlichen und PIF in der HPE mit langfristiger Wirkung fördern.

4.2. Limitationen

Zu den Limitationen unserer Studie zählen einige einschränkende Elemente der RW5-Einheit mit terminlichen Komplikationen und einigen Studierenden, die nicht teilnehmen konnten, sowie das Fehlen von objektiven Indikatoren für moralisches Verhalten im realen Leben. Die Daten entstammen ausschließlich freiwilligen RWs der Studierenden nach der Exkursion und wurden von einer Einrichtung in einem Land (Deutschland) mit selbst selektierten Studierenden für das Wahlpflichtmodul erhoben, was die Frage der Übertragbarkeit aufwirft.

Eine inhärente Limitation ist das Risiko der sozialen Erwünschtheit innerhalb der empirischen Sozialforschung, die auf Selbstauskünften basiert. Hohe Erwartungen an einen Besuch einer Gedenkstätte, d. h. „Erwartungsproduktion“, können das Risiko mit sich bringen, dass der

tatsächliche Lerneffekt überbewertet wird [49]. In unserer Studie wurden empfohlene Maßnahmen [81] ergriffen, um diesem Phänomen entgegenzuwirken, d. h.

1. Die Erwartungen und Motivationen für den Besuch der Gedenkstätte wurden vor dem Besuch und am ersten Abend des Besuchs mit den Studierenden besprochen.
2. Die Anonymität in den RWs wurde gewährleistet, ebenso wie eine ausreichende Antwortzeit für die gestellten offenen Fragen.
3. Es gab keine Abhängigkeit der Studierenden von den Forscherinnen, weder vor noch nach dem Kurs, d. h. in Prüfungen oder anderen Formen der Bewertung.

Nicht alle Studierenden kamen der Bitte nach, für diese Studie ihre RWs einzureichen. Unsere Rücklaufquote von 52% liegt jedoch über dem Durchschnitt von vergleichbaren Studien im Bildungsbereich [82]. Die Anzahl der von uns analysierten RWs (n=34) liegt im Bereich vergleichbarer Studien, die in einer Übersichtsarbeit zu studentischen RWs im Lernkontext analysiert wurden (Range 8-880, Median 32) [83].

Studienjahr, Geschlecht und/oder der kulturelle Hintergrund der Studierenden wären für zukünftige Studien ebenso von Interesse wie Beispiele für die Anwendung der aus diesem Curriculum gewonnenen Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen innerhalb der Weiterbildung und darüber hinaus. Unsere Ergebnisse aus der aktuellen Längsschnittstudie zeigen, dass das GMNH-Curriculum inklusive Exkursion eine bereichernde Erfahrung für transformatives Lernen, moralische Entwicklung und historisch informierte PIF darstellt. Weitere Längsschnittstudien sind notwendig, um zusätzliche Erkenntnisse über historisch informiertes transformatives Lernen im persönlichen und PIF von Studierenden der Gesundheitsberufe zu gewinnen.

5. Schlussfolgerungen

Die Analyse unserer Daten legt nahe, dass ein GMNH-Curriculum mit einer viertägigen Exkursion das Potenzial hat, einen kritisch-reflexiven Lern-/Meaning Making-Prozess mit langfristigen Effekten zu katalysieren, der die moralische Entwicklung innerhalb der persönlichen und beruflichen Identität fördert, einschließlich eines kritischen Bewusstseins, einer moralischen Sensibilität und beruflichen Werten. Der angeleitete Reflexionsprozess, in dem sich die Studierenden mit den Auswirkungen der Geschichte der Verbrechen von Ärzt*innen während des Nationalsozialismus und des Holocaust auseinandersetzen und sich von Narrativen über moralischen Mut und Widerstand inspirieren ließen, konnte dazu beitragen, die moralische Entwicklung mit einem Verantwortungs-bewusstsein für moralische Stärke zu fördern. Ein solches historisch informiertes PIF kann die Grundlage für die Herausbildung empathischer Angehöriger der Gesundheitsberufe bilden, die mit moralischer Sensibilität und

moralischem Charakter eine humanistische Gesundheitsversorgung verwirklichen.

Die Beobachtung des Medizinethikers Dr. Edward Pellegrino trifft zu, wenn wir die Ergebnisse unserer Studie betrachten: „Medizin ist ein moralisches Unterfangen“ ([84], S.65). In diesem Zusammenhang schließen wir uns Mary Lagerways Zitat des Philosophen Emmanuel Lévinas an, dass „die Begegnung mit dem Angesicht des Anderen als Antwort eine moralische Sensibilität für die eigene Verantwortung gegenüber dem Anderen hervorruft“ ([85], S.614).

Danksagung

Die Autorinnen danken Diethard Tauschel, MD, Leiter des Curriulums, Prof. Dr. med. Peter Selg, Ita Wegman Institut für anthroposophische Grundlagenforschung, Schweiz, Dr. phil. Krzysztof Antonczyk, Auschwitz-Birkenau Memorial and Museum, Polen, für die Ermöglichung der Exkursion und der Vorträge sowie allen teilnehmenden Studierenden.

Anmerkungen

Ethikvotum

Diese Studie wurde von der Ethikkommission der Universität Witten/Herdecke genehmigt. Die Teilnehmer*innen wurden darüber informiert, dass ihre freiwillig eingereichten anonymen RWs in dieser Studie verwendet werden würden.

Beiträge der Autorinnen

Das Studiendesign und die Forschungsfrage wurden von allen Forscherinnen entwickelt. MSR sammelte die RWs von den Studierenden. CK und MSR analysierten die Daten. HSW fungierte als externe Reviewerin der Datenanalyse. Alle Autorinnen trugen zur Planung und zum Verfassen des Manuskripts bei. HSW entwickelte und moderierte die interaktiven RW-Einheiten während und nach der Exkursion.

ORCID der Autorin

Claudia Kiessling: [0000-0003-4104-4854]

Interessenkonflikt

Die Autorinnen erklären, dass sie keine Interessenkonflikte haben. HSW ist allerdings Mitglied der Lancet-Kommission für Medizin, Nationalsozialismus und Holocaust. Die hier dargestellten Ansichten geben nicht unbedingt die Meinung der anderen Mitglieder der Lancet-Kommission für Medizin, Nationalsozialismus und Holocaust wieder, sondern ausschließlich die der Autorin.

Literatur

- Ofer D. Personal Letters in Research and Education on the Holocaust. *Holocaust Genocide Stud.* 1989;4(3):341-355. DOI: 10.1093/hgs/4.3.341
- Wald HS. Professional identity (trans)formation: Reflection, Relationship, Resilience. *Acad Med.* 2015;90(6):701-706. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000731
- Toubassi D, Schenker C, Roberts M, Forte M. Professional identity formation: linking meaning to well-being. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2022;28(1):305-318. DOI: 10.1007/s10459-022-10146-2
- Kegan R. *The Evolving Self: Problem and Process in Human Development.* Cambridge, MA: Harvard University Press; 1982. DOI: 10.4159/9780674039414
- Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Snell L, Steinert Y. Reframing Medical Education to Support Professional Identity Formation. *Acad Med.* 2014;89(11):1446-1451. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000427
- Holden MD, Buck E, Luk J, Ambriz F, Boisaubin EV, Clark MA, Mihalic AP, Sadler JZ, Sapire KJ, Spike JP, Vince A, Delrymple JL. Professional identity formation: creating a longitudinal framework through TIME (Transformation in Medical Education). *Acad Med.* 2015; 90(6):761-767. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000719
- Branch WT. Supporting the Moral Development of Medical Students. *J Gen Intern Med.* 2000;15:503-508. DOI: 10.1046/j.1525-1497.2000.06298.x
- Lind G. Moral competence and the democratic way of living. *Eur J Psychol.* 2011;7(4):569-596. DOI: 10.5964/ejop.v7i4.153
- Forsythe G. Identity Development in Professional Education. *Acad Med.* 2005;80(10):S112-S117. DOI: 10.1097/00001888-200510001-00029
- Rabow MW, Remen RN, Parmelee DX, Inui TS. Professional formation: extending medicine's lineage of service into the next century. *Acad Med.* 2010;85(2):310-317. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181c887f7
- Riesen MS, Kiessling C, Tauschel D, Wald HS. "Where My Responsibility Lies": Reflecting on medicine during the Holocaust to support personal and professional identity formation in health professions education. *GMS J Med Educ.* 2023;40(2):Doc24. DOI: 10.3205/zma001606
- Czech H, Hildebrandt S, Reis SP, Chelouche T, Fox M, González-López E, Lepicard E, Ley A, Offer M, Ohry A, Rotzoll M, Sachse C, Siegel SJ, Šimůnek M, Teicher A, Uzarczyk K, von Villiez A, Wald HS, Wynia MK, Roelcke V. The Lancet commission on medicine, Nazism, and the Holocaust: historical evidence, implications for today, teaching for tomorrow. *Lancet.* 2023;402(10415):1867-1940. DOI: 10.1016/S0140-6736(23)01845-7
- Sternszus R, Steinert Y, Razack S, Boudreau JD, Snell L, Cruess RL. Belonging, becoming, and belonging: reconceptualizing professional identity formation in medicine. *Front Med.* 2024;11:1438082. DOI: 10.3389/fmed.2024.1438082
- Reis SP, Wald HS, Weindling P. The Holocaust, medicine and becoming a physician: the crucial role of education. *Isr J Health Policy Res.* 2019;8(1):55. DOI: 10.1186/s13584-019-0327-3
- Saber M, Ebrahimi S, Farzane N, Shakeri A. Use of simulated patients for formative assessment of moral competence in medical students. *J Edu Health Promot.* 2022;11:330. DOI: 10.4103/jehp.jehp_1275_21
- Kohlberg L. *The Philosophy of Moral Development Moral Stages and the Idea of Justice.* New York: Harper & Row; 1981.
- Garrigan B, Adlam AL, Langdon PE. Moral decision-making and moral development: Toward an integrative framework. *Dev Rev.* 2018;49:80-100. DOI: 10.1016/j.dr.2018.06.001
- Liu LX, Goldszmidt M, Calvert S, Burm S, Torti J, Cristancho S, Sukhera J. From distress to detachment: exploring how providing care for stigmatized patients influences the moral development of medical trainees. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2022;27(4):1003-1019. DOI: 10.1007/s10459-022-10125-7
- Rest JR. Morality. Carmichael's Manual of Child Psychology. In: Flavell J, Markmann E, editors. Volume on Cognitive Development. 4th ed. New York: Wiley; 1982. p.556-629.
- Rest J. Background: Theory and research. In: Rest J, Narvaez D, editors. *Moral development in the professions: Psychology and applied ethics.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.; 1994. p.1-26.
- Bebeau MJ, Monson VE. Guided by theory, grounded in evidence: A way forward for professional ethics education. In: Nucci L, Narvaez D, editors. *Handbook on moral and character education.* London: Routledge; 2008. p.557-582.
- Lutzen K, Dahlqvist V, Eriksson S, Norberg A. Developing the Concept of Moral Sensitivity in Health Care Practice. *Nurs Ethic.* 2006;3(2):187-196. DOI: 10.1191/0969733006ne837oa
- You D, Bebeau MJ. The independence of James Rest's components of morality: evidence from a professional ethics curriculum study. *Ethic Educ.* 2013;8(3): 202-216. DOI: 10.1080/17449642.2013.846059
- Bebeau MJ, Rest JR, Narvaez D. Beyond the Promise: A Perspective on Research in Moral Education. *Educ Res.* 1999;28(4):18-26. DOI: 10.3102/0013189X028004018
- Madison, BV. Professionalism and Professional Identity. *Prof Lawyer.* 2017;24(3):1-6.
- Murrell, VS. The failure of medical education to develop moral reasoning in medical students. *Int J Med Educ.* 2014;5:219-225. DOI: 10.5116/ijme.547c.e2d1
- Liebowitz, J. Moral erosion: how can medical professionals safeguard against the slippery slope? *J Med Ethics.* 2011;37:e53-e55. DOI: 10.1136/jmh.2010.006296
- Lind G. Moral regression in medical students and their learning environment. *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2000;24(3):399-416.
- Slovacková B, Slováček L. Moral judgement competence and moral attitudes of medical students. *Nurs Ethic.* 2007;14(3):320-328. DOI: 10.1177/0969733007075867
- Martins VS, Santons CM, Bataglia PU, Duarte IM. The Teaching of Ethics and the Moral Competence of Medical and Nursing Students. *Health Care Anal.* 2021;29(2):113-126. DOI: 10.1007/s10728-020-00401-1
- Yavari N. Does medical education erode medical trainees' ethical attitude and behavior? *J Med Ethics Hist Med.* 2016; 23:9-16.
- Naseri-Salahshour V, Sajadi M. From Suffering to Indifference: Reaction of Novice Nurses to Ethical Challenges in First Year of Clinical Practice. *Iran J Nurs Midwif Res.* 2019;24(4):251-255. DOI: 10.4103/ijnmr.IJNMR_145_18
- Zielina M, Škoda J, Ivanová K, Dostál D, Juríková L, Procházka DA, Straka B, Doležal A. Exploring moral competence regression: a narrative approach in medical ethics education for medical students. *BMC Med Ethics.* 2024;25(1):73. DOI: 10.1186/s12910-024-01073-5
- Olthius G, Dekker W. Medical education, palliative care, and moral attitude: some objectives and future perspectives. *Med Educ.* 2003;37(10):928-933. DOI: 10.1046/j.1365-2923.2003.01635.x
- Kudaibergenova T, Dzhusupov K, Jain N. Fostering public health ethics awareness among medical students through interactive web-based values exchange learning: A cross sectional study. *Medicine.* 2023;102(42):e35808. DOI: 10.1097/MD.00000000000035808

36. Abbassi S, Ghafari S, Sahriari M, Shahgholian N. Effect of moral empowerment program on moral distress in intensive care nurses. *Nurs Ethics*. 2019;26(5):1494-1504. DOI: 10.1177/0969733018766576
37. Zeng Z, Lu Z, Zeng X, Gan Y, Jiang J, Chen Y, Huang L. Professional identity and its associated psychosocial factors among physicians from standardized residency training programs in China: a national cross-sectional study. *Front Med*. 2024;11:1413126. DOI: 10.3389/fmed.2024.1413126
38. Mangione S, Chakraborti C, Staltari G, Harrison R, Tunkel AR, Liou KT, Cerceo E, Voeller M, Bedwell WL, Fletcher K, Kahn MJ. Medical Students' Exposure to the Humanities Correlates with Positive Personal Qualities and Reduced Burnout: A Multi-Institutional U.S. Survey. *J Gen Intern Med*. 2018;33(5):628-634. DOI: 10.1007/s11606-017-4275-8
39. Adams Z, Reisman A. Beyond Sparking Joy: A Call for a Critical Medical Humanities. *Acad Med*. 2019;94(10):1404. DOI: 10.1097/ACM.0000000000002871
40. 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
41. Gonzalez-Lopez E, Rios-Cortes R. Medical Students' Opinions on Some Bioethical Issues before and after a Holocaust and Medicine course. *Israel Med Assoc J*. 2019;21(4):298.
42. Orr Z, Romem A. Holocaust and Genocide Studies in Nursing Education: Nurse Practitioners as Critical Intellectuals. *J Nurs Educ*. 2022;61(11):624-632. DOI: 10.3928/01484834-20220912-04
43. Kruse J, Wald HS. Legacy of the Role of Medicine and Nursing in the Holocaust: An Educational Intervention to Support Nursing Student Professional Identity Formation and Ethical Conduct. *Nurs Educ Perspect*. 2023;44(3):169-171. DOI: 10.1097/01.NEP.0000000000000996
44. Vogel, G. Medical education must include the field's Nazi past, expert panel urges. *Sci Magazine*. 2023. DOI: 10.1126/science.adm8848
45. Li A, Stamatin R, Wald HS, Wasserman JA. The impact of a study trip to Auschwitz: Place-based Learning for Bioethics Education and Professional Identity Formation. *Camb Q Healthc Ethics*. 2024;1-11. DOI: 10.1017/S0963180124000306
46. Lindén M, Björklund F, Wilkes G. In the shoes of the other: an educational trip to Auschwitz Birkenau increases high-school students' perspective taking and identification with Jews. *Holocaust Stud*. 2024;31(2):309-323. DOI: 10.1080/17504902.2024.2383084
47. Cowan P, Maitles H. 'We saw inhumanity close up'. What is gained by school students from Scotland visiting Auschwitz?. *J Curr Stud*. 2011;43:163-184. DOI: 10.1080/00220272.2010.542831
48. Pampel B. Was lernen Schülerinnen und Schüler durch Gedenkstättenbesuche? (Teil-) Antworten auf Basis von Besucherforschung. *GedenkstättenRundbrief*. 2011;162:16-29.
49. Haug V. Am „authentischen“ Ort. Paradoxien der Gedenkstättenpädagogik. Berlin: Metropol Verlag; 2015.
50. Kleiber L. Der kritische Blick in Berufsgeschichten. Die Verknüpfung von Berufserfahrung und Geschichtsbewusstsein am historischen Ort. In: Gryglewski E, Haug V, Kößler G, Lutz T, Schikorra C, editors. *Gedenkstättenpädagogik. Kontext, Theorie und Praxis der Bildungsarbeit zu NS Verbrechen*. Berlin: Metropol Verlag; 2015. p.319-333.
51. Medizinische Lehre: Auseinandersetzung mit NS-Zeit und Antisemitismus angemahnt. *Dtsch Ärztebl*. 14.2.2024. Zugänglich unter/available from: <https://www.aerzteblatt.de/news/medizinische-lehre-auseinandersetzung-mit-ns-zeit-und-antisemitismus-angemahnt-a268b8b9-34f3-43a3-a17e-1>
52. Caleb AM, Schmude M. Bearing witness: Medical education and reflecting on the Holocaust then and now. *MedEdPublish* (2016). 2024;14:205. DOI: 10.12688/mep.20451.1
53. Simmenroth A, Schlegelmilch S, Pyrges RA, Altieri R, Ruck J, Blumenthal S. Zur Nachahmung empfohlen: ein interdisziplinäres Wahlpflichtfach für Medizinstudierende zur lokalen Erinnerungsarbeit von Medizinverbrechen im Nationalsozialismus. *ZFA (Stuttgart)*. 2025;101:194-200. DOI: 10.1007/s44266-025-00357-2
54. Tauschel D, Selg P, Edelhäuser F, Witowski A, Wald HS. Cultivating awareness of the Holocaust in medicine. *Lancet*. 2020;395(10221):334. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)32613-3
55. Haque OS, Waytz A. Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions. *Perspect Psychol Sci*. 2012;7(2):176-186. DOI: 10.1177/1745691611429706
56. Selg P. Überleben in Auschwitz: Elie Wiesel-Ruth Klüger-Ruth Elias-Primo Levi-Viktor Frankl. Arlesheim: Verlag des Ita Wegman Instituts; 2010.
57. Wald HS, Weiner CL. Deadly Medicine: Creating the Master Race. *Ars Medica*. 2009;5:48-57.
58. Mezirow J. Transformative dimensions of adult learning. San Francisco: Jossey-Bass; 1991.
59. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa
60. 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
61. Olmos-Vega FM, Stalmeijer RE, Varpio L, Kahlke R. A practical guide to reflexivity in qualitative research: AMEE Guide No. 149. *Med Teach*. 2022;7:1-11. DOI: 10.1080/0142159X.2022.2057287
62. Borkan J. Immersion/crystallization. In: Crabtree BR, Miller WL, editors. *Doing qualitative research*. Thousand Oaks (CA): Sage; 1999. p.179-194.
63. Bazzetta D. Whistle-blowers and Post-Conventional Moral Development: Toward Identifying Ethical & Moral Leadership. Doctoral Dissertation for Doctor of Management. 2015.
64. Lind G. How to teach morality: Promoting deliberation and discussion, reducing violence and deceit. Berlin: Logos; 2016. pp. 59, 181-189.
65. Kohlberg L. Development of moral character and moral ideology. In: Hoffman ML, Hoffman W, editors. *Review of child development research*. New York: Russel Sage Foundation; 1964. pp.381-431.
66. Kalet A, Buckvar-Keltz L, Harnik V, Monson V, Hubbard S, Crowe R, Song HS, Yingling S. Measuring professional identity formation early in medical school. *Med Teach*. 2017;39(3):255-261. DOI: 10.1080/0142159X.2017.1270437
67. Mavor KI, McNeill KG, Anderson K, Kerr A, O'Reilly E, Platow MJ. Beyond prevalence to process: The role of self and identity in medical student well-being. *Med Educ*. 2014;48:351-360. DOI: 10.1111/medu.12375

68. Ong RS, Wong RS, Chee RC, Quek CW, Burla N, Loh CY, Wong YA, Chok AK, Teo AY, Panda A, Chan SW, Shen GS, Teoh N, Chin AM, Krishna LK. A systematic scoping review moral distress amongst medical students. *BMC Med Educ.* 2022;22(1):466. DOI: 10.1186/s12909-022-03515-3
69. Mattsson K. Keep quiet or act? Challenges in integrating ethical theory into gerontological nursing care during students' first clinical rotation: A discussion paper. *Nurse Educ Pract.* 2024;79:104089. DOI: 10.1016/j.nepr.2024.104089
70. Yardley S, Kinston R, Lefroy J, Gay S, McKinley RK. 'What do we do, doctor?' Transitions of identity and responsibility: a narrative analysis. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2020;25(4):825-843. DOI: 10.1007/s10459-020-09959-w
71. Horton R. Offline: Holocaust education - a medical imperative. *Lancet.* 2020;396(10263):1619. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32468-5
72. Branch WT, George M. Reflection-Based Learning for Professional Ethical Formation. *AMA J Ethics.* 2017;19(4):349-356. DOI: 10.1001/journalofethics.2017.19.4.medu1-1704
73. Yuguero O, Esquerda M, Viñas J, Soler-Gonzalez J, Pifarré J. Ethics and empathy: The relationship between moral reasoning, ethical sensitivity, and empathy in medical students. *Rev Clin Esp (Barc).* 2019;219(2):73-78. DOI: 10.1016/j.rce.2018.09.002
74. Thiriaux B, Birault F, Jaafari N. Empathy is a protective factor of burnout in physicians: New neuro-phenomenological hypotheses regarding empathy and sympathy in care relationship. *Front. Psychology.* 2016;26(7):763. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.00763
75. Horton R. Offline: Medicine and the Holocaust – It's Time to Teach. *Lancet.* 2019;394(10193):105. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)31608-3
76. Bussu A, Leadbetter P, Richards M. The Perception of Visiting Holocaust Sites on Undergraduate Students Learning Process. *Innov High Educ.* 2023;48(1):55-81. DOI: 10.1007/s10755-022-09606-9
77. Sawatsky AP, Nordhues HC, Merry SP, Bashir MU, Hafferty FW. Transformative Learning and Professional Identity Formation During International Health Electives: A Qualitative Study Using Grounded Theory. *Acad Med.* 2018;93(9):1381-1390. DOI: 10.1097/ACM.0000000000002230
78. Mezirow J. Transformative Learning: Theory to Practice. *New Dir Adult Contin Educ.* 1997;74:5-12. DOI: 10.1002/ace.7401
79. Frank J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet.* 2010;376(9756):1923-1958. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5
80. Chelouche T, Czech H, Fox M, Hildebrandt S, Lepicard E, Ley A, Offer M, Ohry A, Reis SP, Roelcke V, Rotzoll M, Sachse C, Siegel SJ, Šimůnek M, Teicher A, Uzarczyk K, van Villiez A, Wald HS, Wynia MK. Statement on the Lancet Commission on medicine, Nazism, and the Holocaust. *Lancet.* 2023;402(10415):1816-1817. DOI: 10.1016/S0140-6736(23)02461-3
81. Bergen N, Labonté R. "Everything Is Perfect, and We Have No Problems": Detecting and Limiting Social Desirability Bias in Qualitative Research. *Qual Health Res.* 2020;30(5):783-792. DOI: 10.1177/1049732319889354
82. Baruch Y. Response rate in academic studies. A comparative analysis. *Hum Relat.* 1999;52(4):421-438. DOI: 10.1023/A:1016905407491
83. Artioli G, Deiana L, De Vincenzo F, Raucci M, Amaducci G, Bassi MC, Di Leo S, Hayter M, Ghirotto L. Health professionals and students' experiences of reflective writing in learning: A qualitative meta-synthesis. *BMC Med Educ.* 2021;21(1):394. DOI: 10.1186/s12909-021-02831-4
84. Pellegrino ED. Toward a Reconstruction of Medical Morality. *Amer. J Bioethics.* 2006;6(2):65-71. DOI: 10.1080/15265160500508601
85. Lagerway M. Levinas and the Other: Provider-Patient Relationships and the Response of U.S. Nursing. *J Ecumenical Stud.* 2011;46(4):609-615.

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

Wald HS, Riesen MS, Kiessling C. Moral development in personal and professional identity formation: Longitudinal impact of teaching the role of medicine during the Holocaust in health professions education. *GMS J Med Educ.* 2026;43(3):Doc36. DOI: 10.3205/zma001830, URN: urn:nbn:de:0183-zma0018305

Artikel online frei zugänglich unter

<https://doi.org/10.3205/zma001830>

Eingereicht: 16.11.2024

Überarbeitet: 20.10.2025

Angenommen: 28.11.2025

Veröffentlicht: 23.03.2026

Copyright

©2026 Wald 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/>.