

“Where my responsibility lies”: Reflecting on medicine during the Holocaust to support personal and professional identity formation in health professions education

Abstract

Objectives: Physicians and the medical/scientific establishment during Nazism and the Holocaust committed egregious ethical violations including complicity with genocide. Critical reflection on this history serves as a powerful platform for scaffolding morally resilient professional identity formation (PIF) with striking relevance for contemporary health professions education and practice. Study aim was to explore the impact of an Auschwitz Memorial study trip within the context of a medicine during Nazism and the Holocaust curriculum on students' personal and PIF.

Methods: The authors analyzed 44 medical and psychology students' reflective writings from a 2019 Auschwitz Memorial study trip using immersion-crystallization qualitative thematic analysis.

Results: Six distinct themes and 22 subthemes were identified and mapped to a reflective learning process model:

1. “What am I bringing?”
2. “What am I experiencing through the curriculum?”
3. “What am I initially becoming aware of as a first response?”
- 4./5. “How and what am I processing?”
6. “What am I taking with me?”

Particularly compelling subthemes of *power of the place, emotional experience, reflection on myself as a moral person, and contemporary relevance* referred to impactful course elements.

Conclusions: This curriculum catalyzed a critically reflective learning/meaning-making process supporting personal and PIF including critical consciousness, ethical awareness, and professional values. Formative curriculum elements include narrative, supporting emotional aspects of learning, and guided reflection on moral implications. The authors propose Medicine during Nazism and the Holocaust curriculum as a fundamental health professions education component cultivating attitudes, values, and behaviors for empathic, moral leadership within inevitable healthcare challenges.

Keywords: professional identity formation, medical education, medicine during the Holocaust

Madelin S. Riesen¹

Claudia Kiessling²

Diethard Tauschel³

Hedy S. Wald⁴

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

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

3 Witten/Herdecke University, Faculty of Health, Integrated Curriculum for Anthroposophic Medicine (ICURAM) within the Professorship for Education, Training and Continuing Education in Anthroposophic Medicine, Witten, Germany

4 Warren Alpert Medical School of Brown University, Department of Family Medicine, Lancet Commission on Medicine and the Holocaust, Providence/RI, U.S.A

Introduction

"To be a physician requires a transformation of the individual - one does not simply learn to be a physician, one becomes a physician" [1].

Professional identity formation, (PIF), i.e. "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" [2] is a fundamental goal of medical education [3]. Through social interaction with the community of practice, learners move from legitimate peripheral participation to full participation within the community of practice. There is, in essence, a socialization process of negotiation with accepting, compromising or rejecting norms, beliefs and values of medicine's community of practice [2]. PIF is an active, constructive process [4] with formative educational experiences aiming to "encourage trainees to act as intentional agents in the making of their professional selves." [5]. PIF linked to personal identity development [4], [6], is entwined with moral development [7] aiming to "anchor students to foundational principles while helping them navigate inevitable moral conflicts in medical practice" [8]. Creating an educational roadmap for this challenges medical educators given moral complexities within medicine and need for a more explicit PIF curriculum [4]. Learning about and critically reflecting on the history of medicine during Nazism and the Holocaust (MDNH) is described as a powerful platform for scaffolding development of morally resilient PIF of a health professional [9], [10] as trainees engage personally and consider implications of this history for their moral agency and for ethics within the profession. Such reflection heightens awareness of dehumanizing elements in modern medicine [11], [12] and ideally "helps equip learners with a moral compass for navigating the future of medical practice and inherent ethical challenges" [10]. This history of medicine within the medical humanities is integral to medical education more generally given calls to transform medical education for development of learners' capacities beyond clinical competencies (e.g. integration of ethics including ethical vigilance, compassion, humanism) [3], [9]. The 2017 Galilee Declaration [<https://bit.ly/3KOGft5>], therefore, called upon medical schools and other healthcare institutions to incorporate teaching the history of MDNH [10] as a distinctive, key, and extreme example of medicine's failure [13]. A *The Lancet* editorial described this teaching as a "medical imperative" [14] and "instructive" of "incremental steps that can lead to inhumane ethical transgressions in medicine" [15]. The *Lancet Commission on Medicine and the Holocaust* thus proposes "educational approaches using this history to promote ethical conduct, compassionate identity formation, and moral development" [16].

The tragic fact of such egregious health professional involvement in crimes against humanity has affected almost every aspect of modern bioethics [17] with contemporary relevance for issues such as power hierarchies/abuse of

power, human subjects research/obtaining valid informed consent, public health policy, influence of economic and political issues on one's work, dual loyalties, anti-bias, diversity/equity/inclusion, resource allocation, beginning and end of life, and challenges of genomics/technology expansion. While the Nuremberg Code is included in research ethics teaching, low level of medical students' knowledge on the history of MDNH has been reported internationally [18], [19], [20] and inclusion of this study domain as a medical education requirement is relatively sparse. A national survey on "history, theory and ethics of medicine" compulsory curriculum, for example, reported faculty at 10 of 29 German medical schools endorsing this subject content as necessary within this compulsory curriculum (topic most endorsed of all survey topics), however, it is not required content in all schools [21], [22]. Only 16% of surveyed US and Canadian schools reported required seminars or courses on this topic [17] and only one medical school in Israel (Ben Gurion University) has a required MDNH course [22].

While trends of increasing awareness of bioethical issues exist for medical students studying MDNH including visits to actual sites [23], studies of impact of these curricula on personal and PIF are lacking. Our study aim was to explore this within themes of students' reflective writings (RWs) during an Auschwitz Memorial study trip component of a MDNH curriculum and identify curriculum elements supporting personal and PIF in this context.

Methods

Setting

Faculty at Witten/Herdecke University (UW/H), Germany, developed a three-year interprofessional curriculum in 2017 in collaboration with the Ita Wegman Institute, Switzerland, entitled "Cultivating Medical Awareness and Ethics through the Example of Medicine in National Socialism" [24]. Students may participate in any or all years of the course, part of the Integrated Curriculum for Anthroposophic Medicine [<https://bit.ly/3hgtzeQ>] as well as studium fundamentale, an obligatory special study module for all students offering course options to allow "in-depth work and achievement of higher-level competences, such as critical thinking" [25]. Objectives include

1. describing historical events and the role of physicians and the medical establishment, with recognition of development of dehumanizing values, behaviors, and medical systems; the "ethics" of the time,
2. identifying resilience/resistance to such (#1) including one's own "moral compass" that can be sustained despite social, economic, political, and professional pressures, and
3. demonstrating awareness of contemporary relevance of this history.

The curriculum includes historical content seminars, individual and small group reflection on survivor document-

aries, assigned readings (including stories of survival and resistance) [26], [27], and study trips to memorial sites (e.g. Auschwitz Memorial). At the end of each year, students present self-selected topics related to course themes within a service-learning public symposium [24]. In 2019, we aimed for curriculum enrichment with interactive reflective writing (IRW) enhanced reflection to support meaning-making and transformative learning [28]. Benefits of IRW for fostering reflection and supporting personal and PIF are well documented [29], [30], [31], [32]. Study trip curriculum iteration included a health humanities component i.e. IRW, poetry, art, music, as well as meditative practice. Benefits of integrating humanities into medical education [33], [34] include moral sensibility [35], promoting humanism [36], reflection supporting practical wisdom [4], PIF [37], and sense of social responsibility [38].

Data collection and data management

Forty-six students (39 medical, 7 psychology) in various training years participated in the 2019 course and four-day study trip (100% of course participants on the trip). Students were invited to voluntary IRW sessions each evening. RWs were introduced by a prompt related to the day's tour and lecture content including topics of dehumanization in medicine, healers becoming killers, stories of resistance and moral courage, and impact on sense of self, professional identity, and/or future practice within contemporary ethical challenges. Prompts, which also included poetry and pertinent quotations of researchers and writers, served as critical reflection triggers. The structure of the writing prompts allowed flexibility in student response and a "free write" option was included. Thirty-four students voluntarily submitted 91 RWs including ten RWs from three psychology students. Students used self-selected identifier codes for the RWs with a maximum of four RWs per student (related to four IRW sessions). Identifier codes were converted into consecutive ID numbers (e.g. 14.3). Various demographics were not collected to maintain anonymity. Forty-four randomly selected RWs (50%) representing 27 students were translated into English by a professional translator to enable all researchers' participation in the analyses. RWs of author MSR as a curriculum participant were excluded. This study was approved by the Ethics Committee of UW/H.

Data analysis

The interprofessional, intergenerational research team brought a wide array of expertise to the data analysis, contributing pertinent researcher characteristics and reflexivity to the qualitative assessment [39], [40]. The research team included a sixth-year medical student (MSR), a professor of family medicine/clinical psychologist with IRW, PIF, and qualitative research experience (HSW), and a professor of medical education with research experience in qualitative analysis and in curriculum development,

with a dissertation on medicine during National Socialism (CK).

We conducted qualitative thematic analyses [41] of students' RWs, using the English translation by all researchers. Our ongoing team reflection included addressing how data analysis may be influenced by different cultural and/or familial backgrounds of the researchers, e.g. two German researchers and one U.S. researcher. Any questions regarding cultural or language interpretations of RWs were discussed and the original German language version of RWs was reviewed and/or the translator consulted for further clarification when necessary.

Three authors independently performed data analyses using immersion/crystallization method with reading and rereading of narratives with "cognitive and emotional engagement" yielding "intuitive crystallizations" for identifying and extracting subthemes to saturation [39]. Reflexivity practice and dialogue was ongoing during our data analysis process, including awareness of inherent researcher subjectivity. We discussed how each analysis team member's underlying biases may affect data interpretation [40]. We analyzed four RWs for themes piloting with discrepancies resolved through discussion. Remaining RWs were analyzed in a sequence of four "batches" of 10-14 RWs and then discussed until thematic saturation was achieved as ascertained by consensus of the research team. This included reflecting on how team dynamics could potentially influence our decision-making process as the researcher team consisted of a medical student and two professors. Reaching consensus while giving voice to the student researcher was essential within the analysis. Our analysis of generating subthemes without "a priori" approach of analytic or thematic preconceptions identified and iteratively refined subthemes. We resolved any lack of agreement via videoconference discussion to achieve consensus on final subthemes. After analysis of the group of 44 narratives, we discussed thematic saturation and consented that it was achieved as no new subthemes were generated in the last sets of RWs.

We worked with the final subthemes in iterative cycles to come to consensus for grouping subthemes into topical themes to be mapped to a reflective learning framework. A physician/junior researcher skilled in curriculum development, reflective group work and IRW served as external auditor and reviewed the entire thematic analysis including themes and subthemes, and reflective learning conceptual framework to support trustworthiness and analysis credibility.

Results

Six distinct themes of reflective learning with 22 unique subthemes were extracted from the analyses, described below with theme and subtheme titles in *italic*. Themes, subthemes, and exemplar illustrative quotes are provided in attachment 1. Themes and subthemes were mapped to a framework of reflective learning process. The iterative

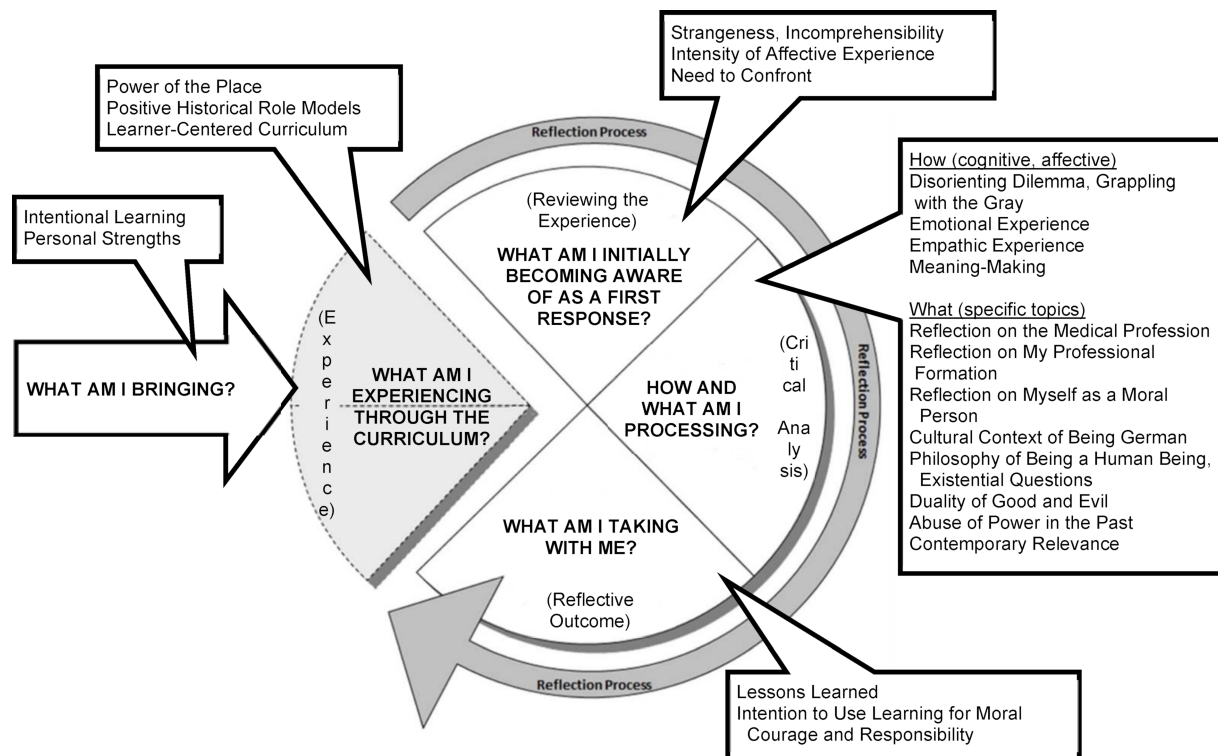


Figure 1: Model of reflective learning process (themes in bold, subthemes are boxed) – adapted from Koole et al. [42]

process of analyzing and discussing themes and subthemes included discussions about existing reflection models and learning theories to re-evaluate our themes, subthemes and framework of reflective learning process. These were found to be consistent with and extend Koole et al's [42] reflection model by bringing a student perspective and presented in figure 1.

Themes

Theme 1: "What am I bringing?"

Reflective learning process begins with what is inherent to the students; what they bring identity- and intention-wise to the experience. Students wrote about *intentional learning* including personal growth and moral development, e.g. "Why did I come here? To strengthen and fine-tune my moral compass." (11.1). They also wrote about *personal strengths* promoting moral and emotional resilience, e.g. "I would describe my capacity for empathy as strength. [...] Faith in love and goodness, coupled with the awareness of the potential evil in us." (2.3).

Theme 2: "What am I experiencing through the curriculum?"

Students reflected on impactful curriculum components, for example, *power of the place*, i.e. being on the actual landscape as significant for contextualizing learning and for emotional engagement: "The need to connect with this place. Physically. Not just to walk on this ground, but to really feel it. Mentally. Absorb, retain and imprint in my brain." (10.1). Striking specific elements included crem-

atorium remnants with stones placed to memorialize, the infamous "Arbeit macht frei" ("work sets you free") sign, and victims' personal belongings, e.g. "It is hard to imagine how many people lost their lives there. And then I saw the unbelievably huge piles of glasses, suitcases, dishes, hair... And it becomes very clear how many people are involved. And still it's about masses. Masses of people. It's not hard for me to understand how easy it is to dehumanize." (6.2).

Students identified and reflected on biographies of *positive historical role models*, including biographies of resistance with role models' attributes of selflessness, altruism, and humility and the personal relevance, e.g. "I was deeply moved by the story of a prisoner who died after he had taken over the starvation sentence for another prisoner. To show so much selflessness – and in a camp like Auschwitz at that, where hunger, fear and cruelty are constant companions – is very impressive and inspiring. (25.3).

Learner-centered program elements supporting learning emerged including excursion length, group reflective experience, and skilled facilitators as learning catalysts, e.g. "I am overwhelmed with gratitude for Krzysztof's [program facilitator/educator] words. If only I could bring even a fraction of that love into the world..." (26.3).

Theme 3: "What am I initially becoming aware of as a first response?"

Awareness at an emotional level and sense of abstraction/absence of cohesive meaning (pre-processing phase) was a first non-cognitive response, i.e. *strangeness and incomprehensibility*: "I don't get it. I can't grasp it. I don't

feel prepared. I don't think there's anything I can do to be really prepared. [...] It is crystal clear and blurred at the same time." (10.1). Within *intensity of affective experience*, one student wrote: "I try to be generous with myself. [...] I cannot force a true understanding. I am awestruck, helpless, empty and full." (10.1). Some wrote about the Need to Confront the experience to allow connection, e.g. "[...] it was very much abstract, because you have to let the place speak for itself. You have to consider the vast number of victims and perpetrators to feel the impact of the place." (6.1).

Theme 4: "How am I processing? (cognitive, affective)"

Cognitive and affective elements of reflective learning emerged including experiences of *disorienting dilemma/grappling with the gray* which can be associated with feelings of tension and discomfort, e.g. "Today, there were some situations in which I was forced to question previous perceptions and thoughts: [...] biographies [...] repeatedly pointed out to me that people have many different motives for their actions. [...] I find it difficult to see and weigh up the shades of gray." (19.2) Also, "The question of how doctors became murderers was also on my mind today." (9.2) and another brought an evocative image: "[...] the crematorium next to the SS beer bar." (10.2).

Emotional experience, a reflection element, included a spectrum of often intense emotions such as anger, rage, and shame and at times empathy and love. Challenges in describing feelings and attempts to emotionally calibrate were described: "[...] I'm getting queasy and am overcome by a feeling that I cannot describe at all well - something between disbelief, sadness, anger, despair, fear, helplessness [...]. It feels fundamentally wrong, fundamentally evil and insanely absurd, incomprehensible. I can't understand my feelings either - I'm not properly oscillating with them [...] Stunned." (9.1). Within *Empathic Experience*, one student wrote: "Today we tried again and again to imagine what it must have been like for people when they arrived at the camp; on the bus, when they passed through the gate and stopped at the selection site." (11.1). *Effortful meaning-making* was evident, e.g. "The blocks: They are rooms. Bad things have happened there. Yes! But it's just rooms. I fill them with meaning." (4.2).

Theme 5: "What am I processing? (specific topics)"

Students critically reflected on specific topics of personal and PIF, philosophical issues, and abuse of power. *Reflection on the medical profession* included awareness of vulnerabilities within the profession such as dehumanization. Questions emerged about "[...] how doctors could come to such a medical ethos [...]" (9.4) and further, what constitutes the medical profession's norms and values including research practice and objectivity: "When do we stop seeing people as human beings? The moment I have to make a diagnosis? The moment when I can no longer

open a room for the people seeking help who sit opposite me, because I have to be with myself and go through the criteria in my mind: Sleep problems √ Weight fluctuation √ Persistent depressed mood √ → depression." (11.2). Within *reflection on my professional formation*, students grappled with implications of atrocities and resistance in this historical context for their own PIF, e.g. "I have found out for myself that it is difficult to dehumanize as long as one approaches the other person individually and understands them as a whole person. I have also understood how much strength is derived from treating people "humanely." I am convinced that it will be difficult to be a doctor if you forget all this" (6.4) and with implications for a sense of agency, i.e. "What impulse do I take with me:

- becoming more politically active;
- more courage to determine my own medical career path;
- actively speaking up and showing commitment in medically and morally precarious situations" (8.4).

Reflection on myself as a moral person included reflecting on one's own moral integrity and ethical conduct and need for intentional moral courage, resilience, and steadfastness, e.g. "recognizing and accepting one's own shadows, in order to decide against them intentionally + consciously. Inside me, too, is a perpetrator. Do I have the courage to name him and to resist?" (5.4). The *cultural context of being German* emerged, e.g. "The questions why and how always came up. I asked myself if I could understand the cruel actions or if I have to understand them. As a German, do I have to understand what was going on in order to ask for forgiveness in my mind and to express my incredible sadness to the victims? Do I have any responsibility? (as a German?)" (28.2).

Within the *philosophy of being a human being and existential questions* subtheme, students questioned the essential constitution of humankind, fundamentals of morality and origin/nature of a "shift" to immorality, nature of moral responsibility and free will, e.g. "to what extent is every character trait of a person only a result of all their experiences? How much do moral decisions depend on a "random generator"? [...] But what does truth mean?" (19.2). The subtheme of *duality of good and evil* included complexities such as existence of morality/immorality and the challenge of comprehending and/or tolerating this tension and complexity, e.g. "complete inability to understand how leading SS doctors and other SS officers could carry out the most horrible atrocities against humans on a daily basis with such perversity and deliberation and, at the same time, had a family of their own, probably loved their wives/husbands and children more than anything." (12.2). Students contemplated *abuse of power in the past*, e.g. "The stories that impressed me most were those about power - and who uses it for what. I find it "remarkable," in a way, how one and the same emotion causes an individual to send thousands to their death without batting an eyelid, while at the same time, it caused people to put their life at risk again and

again every day, in order to act in a deeply human way, both in the medical and the personal sphere." (1.3). *Contemporary relevance* of this history emerged, e.g. dehumanization, power hierarchies, healthcare equity, and racism specifically within the clinical context, e.g. "My focus was on the subtle facets of dehumanization in society and medicine, the everyday ones. [...] And yet it touches me so much precisely because I am gradually becoming more aware of how racist our society, and of course (pro-hierarchical) institutions like hospitals are. Once you start to pay attention to this (and here your own learned thought patterns are paramount!), it is everywhere." (26.1).

Theme 6: "What am I taking with me?"

Lessons learned included the importance of constant self-reflection, discussing feelings and ethical dilemmas, speaking up, being courageous, and being aware of learning from history to inform future action, e.g. "The past is not just a past that should/may be forgotten but [...] it carries us further until we become aware of it, want to understand it and set out to understand it and to transform this newly learned awareness into future awareness." (20.4). Also "I have also understood that it is good to stop and question your work again and again, as well as the system in which you operate." (6.4).

Intention to use learning for moral courage and responsibility was conveyed with conviction and inspiration, i.e. applying one's inner moral compass within personal and professional relevance of this history: "I want to initiate change [...]. I want to encourage others to do the same. I would like to draw creativity and strength from this tragedy I have experienced in order to be able to change myself and to allow change." (19.4). Also, "I hope that I have sharpened my senses for dehumanization and that I will find the courage to raise my voice in such situations." (28.4).

Discussion

Our study of health professions students' RWs during an Auschwitz Memorial study trip component of a MDNH course investigated the impact of such a curriculum on students' personal and PIF. To our knowledge, this is the first comprehensive qualitative study of outcomes of such a curriculum for health professions students. The curriculum catalyzed a critically reflective learning process [43] including historical knowledge as well as formative experience of grappling with what has been termed as "disorienting dilemmas" [28] such as healers becoming killers, physician vulnerability and fallibility [44], "good/evil" dualities, and challenges of moral courage [45]. Processing within RW for meaning-making supports transformative learning for personal and PIF (generated subthemes), informing attitudes, values, and ideally behaviors for empathic, morally responsible practice. Threshold concepts which include "troublesome know-

ledge" can and did emerge, defining potentially powerful transformative points in students' learning experience [45], which may be an enduring imprint. Our findings demonstrate reflective learning on this fundamental topic for scaffolding development of humanistic, morally committed resilient personal and PIF for health professionals [9], [10].

Particularly compelling subthemes (number/nature of quotes) of *power of the place*, *emotional experience*, *reflection on myself as a moral person*, and *contemporary relevance* referred to impactful course elements. *Power of the place* or "pedagogy of place" subtheme [46] aligns with descriptions of visits to Holocaust-related sites holding special meaning for medical students [47]. In addition, a majority of RWs included the subtheme of *emotional experience* with strong emotional engagement often noted and which both influences cognitive and motivational processes crucial for learning [48] and is closely related to identity development [49]. This finding aligns with the "link between students' emotions and their identity development in the powerful world of becoming and being a doctor" ([49], p. 174) and discourse on this as potentially contributing to shaping reflective, responsible professional action within "caring identities" ([49], p. 174). Emotional experience can include feeling unsettled within new awareness and "reconstituting" within threshold concepts, i.e. integrating new knowledge into one's self-concept. Reflection on affect can contribute to the emotional development and wellbeing of a medical student within PIF [30] given that there is an emotional process to becoming a physician [50].

Reflection on myself as a moral person highlighted reflection on personal development (which tends to be underemphasized in medical education) in addition to professional development. Reflective process, according to Kegan, spurs developmental move in identity [51]. *Contemporary relevance* was a key thematic outcome with connecting this history to current issues of potential abuse of power and dehumanization, as well as to future ethical dilemmas and challenges in medical education and practice, having moral courage for "speaking up," respecting diversity, and preserving human dignity. Concerns have been raised about "lack of evolution" of moral reasoning in medical education [52]. Our study outcomes suggested that both content (historical) and process (reflection on action [53] and on being [51], [54]) contribute to development of critical consciousness within active, constructive PIF. Within this curriculum as an "identity enriching" experience [55], we were struck by existential questions emerging within the subtheme of *philosophy of being a human being/existential questions* and the *grappling with the gray* of difficult dualities in an effort to reach a more nuanced understanding. Our study also revealed students' ongoing reflection with the theme "What am I taking with me?" including unanswered questions (in addition to *lessons learned*), a valuable process within lifelong learning and sustaining critical consciousness, resonating with "living the questions"

[56], the "right questions." [57]. According to Kleinman, "we must interrogate our moral life" [35].

IRW can "offer emerging physicians opportunities to more fully incorporate their experiences into a professional identity that embodies reflection, critical awareness, cultural humility, and empathy" [58] as well as critical consciousness and ethical vigilance [9]. The thematic analysis revealed students' reflection supporting the PIF process through both reflection on and vigilance for one's own moral agency as well as reflection on medicine as a profession and a healthcare system and changes that may be needed in both realms such as equitable access to health care and addressing structural discrimination. This was seen in various subthemes including *reflection on the medical profession*, *reflection on my professional formation* and *contemporary relevance*.

In general, our theme/subtheme results support an individualized and socialized PIF process for becoming a member of a community of practice, extending the negotiation process [2] with including PIF as being influenced by the history of the profession as well as clinical and non-clinical experiences. Critical reflection on MDNH history triggers PIF processes when presented within powerful course elements such as biographical narratives including historical moral role models, reflection sessions with skilled facilitators, and *power of the place*.

We reviewed various published reflection models [59], [60], [61], [62], [63] as we mapped themes and subthemes to a framework of reflective learning process and found good alignment with the "eclectic" reflection model of Koole and colleagues ([42], p. 2) which includes elements of several existing reflection models. The addition of the theme "*What am I bringing?*" to the Koole et al. [42] reflection model acknowledges students bringing their perspectives (biases?), assumptions, characteristics, and identity(ies) to the learning process, thus encouraging a supportive individualized as well as group approach to teaching, especially within potentially challenging topic content.

Several students' drawings and poetry emerged organically during reflective exercises. Biographies of victims/resisters were identified as a key, vivid educational component eliciting empathy and emotional resonance and personal narratives of faculty (including author HSW, a daughter of a survivor) were also cited as impactful.

Limitations of our study include the question of transferability given that the data was collected from one institution in one country (Germany) and exclusively describes the experiences of students who engaged in voluntary RW during a study trip component. Variables including level of training, gender, and/or cultural background are of interest. While future studies may elucidate relative contribution of trip components to this MDNH curriculum, our study revealed significant impact on and pedagogic value for health professions students having this MDNH educational opportunity including a trip component. While foundational PIF concepts have interprofessional relevance, such as "sense of connection to values of the profession" in psychology [64] (and in medicine), curriculum

impact on psychology profession-specific PIF may be addressed in the future. As this is an elective course with voluntary participation, we would be interested to study outcomes of a compulsory course and study trip, given the call for such curriculum inclusion in medical education [10]. Data is emerging on positive impact within required seminars and courses [65]. We encourage inclusion of reflective opportunities within such curricula with trained facilitators [65] to promote student engagement and deeper understanding of how this history scaffolds PIF. It would be of interest in future studies to explore nuances of relation to the past and meaning-making within study of this history among students with different cultural backgrounds and what may be shared or differ. While analyses revealed some German culture-specific aspects of the experience, universal themes and subthemes emerged, thus supporting this intervention as a transferable model for teaching in other settings. Key course features, based on our experience, are provided in table 1 for facilitating transferability to other learning institutions. Examples of curriculum implementation by various medical schools including grant and foundation supported visits to Holocaust memorial sites/Nazi death camps are available [24], [47], [66] with some positive impact trends [47] and relevance for recent increased Germany medical education curriculum emphasis on PIF [<https://gesellschaft-medizinische-ausbildung.org/ausschuesse/professional-identity-formation.html>].

The vision of a curriculum with

1. core principles for health professional formation and
2. local/situated relevance with positive role models in one's specific national context can thus be achieved [67] (see table 1).

Impact of MDNH education on PIF process of negotiating socialized and internalized personal values [7] as well as within the professional developmental lifecycle of graduate and continuing health professions education is of interest [67]. Our study outcomes resonate with recent findings of impact of this history for PIF in nursing education [65], [68]. Ideally, this education can serve as a "practical anchor point, a tool for reflection" [69] triggered by challenges in contemporary medicine and within global citizenship.

Medical education needs to include studying how the meaning of being a physician and responsibility within the physician-patient relationship changed so thoroughly and radically in Nazi Germany, being distorted to caring for the Volk (state) vs the individual patient. Learners need to grapple with the fundamental changes in professional ethical standards within the symbiosis of medicine and Nazi state policy and recognize how the Holocaust was unlike any other genocide as "the Holocaust occurred with the intellectual support and involvement of the medical and scientific establishment" ([70], p.63). Anti-semitism was legitimized within the medical profession. Therefore, even beyond PIF, MDNH is a topic that should be integrated as a mandatory subject in every medical degree program.

Table 1: Key features for a "Holocaust and Medicine" curriculum

A. Basic historical knowledge about medical profession's role during National Socialism and the Holocaust: 1) Broad participation of individual physicians and the medical profession in a continuum of atrocities during Nazism and the Holocaust including stigmatization, dismissal, and persecution of Jewish physicians, principal role in forced sterilization crimes, systematic killing ("euthanasia") of psychiatric patients and the disabled, unethical brutal "experimentation" and "complicity in the systematic exploitation and killing of Jews and other people deemed by the Nazis to be 'biologically inferior'" [15]. 2) Physicians' significant role in developing gas chamber apparatus and technology for hospitals and then extermination death camps [16]. B. Supportive curriculum elements for critical reflection on this history 1) Provide opportunities for guided critical reflection on moral implications of this history for students' personal and PIF and practice as well as on challenges of developing and sustaining moral resilience. 2) Facilitate collaborative group reflection within a community of learning and practice [63] which can foster a sense of belonging. 3) Include educational exposure to historical sites if possible given learning impact. In Europe in particular, use of local memorial sites of Nazism/Holocaust. If cannot be realized, use visual and audiovisual material (while not necessarily equivalent); meet survivors or children of survivors, use interviews, first person narratives, etc. 4) Use biographies and/or testimonials for learning about both Nazi physician perpetrators of extreme cruelty as well as role models of resisters including Jewish and "righteous of the nations' ones", a term of honor from Yad Vashem [https://www.yadvashem.org/righteous.html]. This curriculum element aims to humanize "faceless statistics" or lists of facts. 5) Allow emotional learning, open space for learners' emotions and use emotions for reflective learning. 6) Make reflective learning relevant by referring to contemporary implications of history of medicine during Nazism and the Holocaust. 7) Use narratives including reflective writing with writing prompts supporting philosophical inquiry for practical "wisdom" [65] and gaining self-insights. 8) Provide faculty development opportunities for enhancing skill in fostering reflection and supporting emotional aspects of learning within this curriculum. 9) Make learning visible by collaborative learning "products" which can include a public symposium highlighting student research projects and/or an essay compilation.
--

The study of MDNH is compelling for learners at all stages of the professional lifecycle. It serves as an enduring reference point to the antithesis of the qualities we wish to cultivate in a health professional as well as to admirable qualities which would ideally be inspired by examples of resistance and moral courage. We plan to study longitudinal impact of this course on lasting changes in attitudes, values, and behavior as a guiding moral compass within personal transformation and PIF for respecting medicine's "covenant" [71] with patients and bringing trustworthiness.

Conclusion

In conclusion, health professions students' grappling with ethical implications of pervasive physician complicity during Nazism and the Holocaust with extreme perversion of professional ethics [73] as well as examples of resistance/moral courage yielded formative impact. This included sensitized moral compass, 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, in line with the need for "socially accountable" health professions education [74]. Compelling RW evidence of such curriculum supporting students' personal and PIF for humanistic healthcare and health policies lends support to the call for integration of critical reflection on the history of MDNH as "imperative" within all health professions education [10], [14], [73].

... "Ah, this is where my responsibility lies - never let something like this happen again." (28.2)

Declarations

Ethics approval

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

Authors' contributions

DT was director of the curriculum program. HSW developed and facilitated interactive reflective writing activities. CK, MSR, and HSW analyzed the data. All authors contributed to the manuscript planning and writing. MSR is a sixth year medical student at Witten/Herdecke University.

Acknowledgements

The authors wish to thank Prof. Dr. med. Peter Selg, Ita Wegman Institute for Basic Research into Anthroposophy, Switzerland and Dr. phil. Krzysztof Antonczyk, Auschwitz-Birkenau Memorial and Museum, Poland for facilitating the study trip and educational presentations, Clarissa Frehle, Witten/Herdecke University, Faculty of Health, Germany, for analysis review, and Jeffrey M. Borkan, MD, PhD, Warren Alpert Medical School of Brown University, RI, USA for helpful feedback on methodology.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Attachments

Available from <https://doi.org/10.3205/zma001606>

- Attachment_1.pdf (128 KB)
Thematic content of students' reflective writings with illustrative quotes and reflective learning process themes and subthemes

References

- Fuks A, Brawer J, Boudreau JD. The foundation of physicianship. *Perspect Biol Med.* 2012;55(1):114-126. DOI: 10.1353/pbm.2012.0002
- 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
- Irby DM, Cooke M, O'Brien BC. Calls for reform of medical education by the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching: 1910 and 2010. *Acad Med.* 2010;85(2):220-227. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181c88449
- Wald HS. Professional identity (trans)formation in medical education: 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;1-14. 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
- 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
- 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
- Reis SP, Wald HS. Contemplating Medicine During the Third Reich: Scaffolding Professional Identity Formation for Medical Students. *Acad Med.* 2015;90(6):770-773. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000716
- 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
- Roelcke V. Medicine During the Nazi Period: Historical Facts and Some Implications for Teaching Medical Ethics and Professionalism. In: Rubenfeld S, editor. *Medicine After the Holocaust: From the Master Race to the Human Genome and Beyond.* New York: Palgrave Macmillan; 2010. p.17-28. DOI: 10.1057/9780230102293_3
- Haque OS, Waytz A. Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions. *Perspect Psychol Sci.* 2012;7(2):176-186. DOI: 10.1177/1745691611429706
- Wald HS. #historymatters: The Role of the Medical Profession in the Holocaust as a Case in Point. *Acad Med.* 2018;93(8):1102. DOI: 10.1097/ACM.0000000000002274
- Horton R. Offline: Holocaust education - a medical imperative. *Lancet.* 2020;396(10263):1619. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32468-5
- Hildebrandt S. Books, bones and bodies: The relevance of the history of anatomy in Nazi Germany for medical education today. *Anat Rec.* 2022;305(4):886-901. DOI: 10.1002/ar.24691
- Roelcke V, Hildebrandt S, Reis S. Announcing the Lancet Commission on Medicine and the Holocaust: Historical Evidence, Implications for Today, Teaching for Tomorrow. *Lancet.* 2021;397(10277):862-864. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00157-4
- Wynia MK, Silvers WS, Lazarus JA. How do U.S. and Canadian medical schools teach about the role of physicians in the Holocaust? *Acad Med.* 2015;90(6):699-700. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000724
- Nowak S, Rasky E, Freidl W. Medical studies and Nazi medicine: Nazi medicine as perceived by Austrian medical students. *Wien Klin Wochenschr.* 2016;128(3-4):137-140. DOI: 10.1007/s00508-015-0885-5
- Coombs DM, Peitzman SJ. Medical Students' Assessment of Eduard Pernkopf's Atlas: Topographical Anatomy of Man. *Ann Anat.* 2017;212:11-16. DOI: 10.1016/j.aanat.2017.02.011
- Kühl R, Ohnhäuser T, Westermann S. Umfrage zum Nationalsozialismus: Mangelnde Grundkenntnisse. Was wissen und denken Studierende über die Medizin im Nationalsozialismus? [Survey on National Socialism: Lack of basic knowledge. What do students know and think about medicine under National Socialism?]. *Dtsch Ärzteblatt.* 2009;106(40):A1979-1980.
- Schildmann J, Bruns F, Hess V, Vollmann J. "History, Theory and Ethics of Medicine": The Last Ten Years. A Survey of Course Content, Methods and Structural Preconditions at Twenty-nine German Medical Faculties. *GMS J Med Educ.* 2017;34(2):Doc23. DOI: 10.3205/zma001100
- Fox M (Ben Gurion University, Faculty of Health Sciences, Beersheba, Israel). Personal communication to: Hedy Wald. 2022 Jul 15.
- González-López E, Ríos-Cortés R. Medical Students' Opinions on Some Bioethical Issues Before and After a Holocaust and Medicine Course. *Isr Med Assoc J.* 2019;21(4):298. DOI: 10.12681/cjp.20963
- 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
- Harden, RM, Davis MH. AMEE Medical Education Guide No. 5. The core curriculum with options or special study modules. *Med Teach.* 1995;17(2):125-148. DOI: 10.3109/01421599509008301
- Selg P. *Überleben in Auschwitz: Elie Wiesel-Ruth Klüger-Ruth Elias-Primo Levi-Viktor Frankl.* Arlesheim: Verlag des Ita Wegman Instituts; 2010.
- Wald HS, Weiner CL. Deadly Medicine: Creating the Master Race. *Ars Medica.* 2009;5:48-57.
- Mezirow J. *Transformative dimensions of adult learning.* San Francisco: Jossey-Bass; 1991.
- Wald HS, Reis SP. Beyond the Margins: Reflective Writing and Development of Reflective Capacity in Medical Education. *J Gen Intern Med.* 2010;25(7):746-749. DOI: 10.1007/s11606-010-1347-4

30. 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
31. Uygun J, Stuart E, De Paor M, Wallace E, Duffy S, O'Shea M, Smith S, Pawlikowaska T. A Best Evidence in Medical Education systematic review to determine the most effective teaching methods that develop reflection in medical students: BEME Guide No. 51. *Med Teach*. 2019;41(1):3-16. DOI: 10.1080/0142159X.2018.1505037
32. Kiss A, Steiner C, Grossman P, Langewitz W, Tschudi P, Kiessling C. Students' satisfaction with general practitioners' feedback to their reflective writing: a randomized controlled trial. *Can Med Educ J*. 2017;8(4):e54-e59. DOI: 10.36834/cmej.36929
33. Wald HS, McFarland J, Markovina I. Medical Humanities in Medical Education and Practice. *Med Teac*. 2019;41(5):492-496. DOI: 10.1080/0142159X.2018.1497151
34. Kiss A, Steiner C, Honold A, Grossman P, Gygax F, Heuss L, Langewitz W, Schuster S, Kiessling C. Medical Humanities in der Ausbildung [Medical Humanities in the Education]. *Schw Ärzte*. 2015;96(14-15):534-536.
35. Kleinman A. *What Really Matters: Living a Moral Life Amidst Uncertainty and Danger*. Oxford: Oxford University Press; 2007.
36. Doukas DJ, McCullough LB, Wear S; Project to Rebalance and Integrate Medical Education (PRIME) Investigators. Perspective: Medical Education in Medical Ethics and Humanities as the Foundation for Developing Medical Professionalism. *Acad Med*. 2013;88(11):1624-1629. DOI: 10.1097/ACM.0b013e318244728c
37. Moniz T, Golareshani M, Gaspar CM, Adams NE, Haidet P, Sukhera J, Volpe RL, de Boer C, Lingard L. The Prism Model for Integrating the Arts and Humanities Into Medical Education. *Acad Med*. 2021;96(8):1225. DOI: 10.1097/ACM.0000000000003949
38. Kiessling C, Muller T, Becker-Witt C, Begenau J, Prinz V, Schleiermacher S. A Medical Humanities Special Study Module on Principles of Medical Theory and Practice at the Charité, Humboldt University, Berlin, Germany. *Acad Med*. 2003;78(10):1031-1035. DOI: 10.1097/00001888-200310000-00019
39. O'Brien BC, Harris IB, 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
40. Olmos-Vega FM, Stalmeijer RE, Varpio L, Kahlke R. A practical guide to reflexivity in qualitative research: AMEE Guide No. 149. *Med Teach*. 2022;1-11. DOI: 10.1080/0142159X.2022.2057287
41. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101. DOI: 10.1191/1478088706qp0630a
42. Koole S, Dornan T, Aper L, Scherpier A, Valcke M, Cohen-Schotanus J, Derese A. Factors confounding the assessment of reflection: a critical review. *BMC Med Educ*. 2011;11:104. DOI: 10.1186/1472-6920-11-104
43. Wald HS, Borkan JM, Taylor JS, Anthony D, Reis SP. Fostering and evaluating reflective capacity in medical education: developing the REFLECT rubric for assessing reflective writing. *Acad Med*. 2012;87(1):41-50. DOI: 10.1097/ACM.0b013e31823b55fa
44. Seidelman WE. Nuremberg lamentation: for the forgotten victims of medical science. *BMJ*. 1996;313(7070):1463-1467. DOI: 10.1136/bmj.313.7070.1463
45. Offer M. *White Coats Inside the Ghetto: Jewish Medicine in Poland During the Holocaust*. Jerusalem: Yad Vashem Publications; 2020.
46. Gruenewald DA. The Best of Both Worlds: A Critical Pedagogy of Place. *Educ Res*. 2003;32(4):3-12. DOI: 10.3102/0013189X032004003
47. González-López E, Ríos-Cortés R. Visiting Holocaust: Related Sites in Germany with Medical Students as an Aid to Teaching Medical Ethics and Human Rights. *Conatus*. 2019;4(2):303-316. DOI: 10.12681/cjp.20963
48. McConnell M. Learning with emotions: The relationship between emotions, cognition, and learning in medical education. *Arch Med Health Sci*. 2019;7(1):11-12. DOI: 10.4103/amhs.amhs_46_19
49. Dornan T, Pearson E, Carson P, Helmich E, Bundy C. Emotions and identity in the figured world of becoming a doctor. *Med Educ*. 2015;49(2):174-185. DOI: 10.1111/medu.12587
50. Wald HS. Insights into Professional Identity in Medicine: Memoirs and Poetry. *Eur Leg Towar New Paradig*. 2011; 16(3):377-384. DOI: 10.1080/10848770.2011.575600
51. Kegan R. What form transforms? In: Mezirow J, editor. *Learning as transformation: Critical perspectives on a theory in progress*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2000. p.35-70.
52. 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
53. Schon D. *Educating the Reflective Practitioner*. San Francisco, VA: Jossey Bass; 1987.
54. Wald HS. Refining a definition of reflection for the being as well as doing the work of a physician. *Med Teach*. 2015;37(7):696-699. DOI: 10.3109/0142159X.2015.1029897
55. Pratt MG, Rockmann KW, Kaufmann JB. Constructing professional identity: The role of work and identity learning cycles in the customization of identity among medical residents. *Acad Manage J*. 2006;49(2):235-262. DOI: 10.5465/amj.2006.20786060
56. Souldard R, editor. *Rilke RM. Letters to a Young Poet*. Portland, Oregon: Scriptor Press; 2001.
57. Wiesel E. *Night*. New York: Hill and Wang; 1961.
58. Wear D, Zarconi J, Kumagai A, Cole-Kelly K. Slow medical education. *Acad Med*. 2015;90(3):289-293. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000581
59. Schön DA. *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. New York: Basic Books; 1984.
60. Boud D, Keogh R, Walker D. *Reflection: Turning experience into learning*. London: Kogan Page; 1985.
61. Moon J. *A handbook of reflective and experiential learning*. Abingdon (England): Routledge; 1999.
62. Ménard L, Ratnapalan S. Reflection in medicine. Models and application. *Can Fam Physician*. 2013;59(1):105-107.
63. Sanders J. The use of reflection in medical education: AMEE Guide No. 44. *Med Teach*. 2009;31(8):685-695. DOI: 10.1080/01421590903050374
64. Mrdjenovich AJ, Moore BA. The professional identity of counselling psychologists in health care: a review and call for research. *Couns Psych Quarterly*. 2004;17(1):69-79. DOI: 10.1080/09515070410001665758
65. Kruse JA, 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*. 2022. DOI: 10.1097/01.NEP.0000000000000996

66. Wald HS, Hildebrandt S. Why we must teach medical students about the role of physicians during the Holocaust. AAMC; 2022. Zugänglich unter/available from: <https://www.aamc.org/news-insights/why-we-must-teach-medical-students-about-role-physicians-during-holocaust>
67. Wald HS, Mandelbaum DE. Holocaust and Medicine Legacy for Child Neurology Education and Practice: Contemporary Relevance of a Dark History. *Ped Neurology*. 2021;117:27-28. DOI: 10.1016/j.pediatrneurol.2021.01.003
68. Orr Z, Romem A. Teaching the Holocaust in Nursing Schools: The Perspective of the Victims and Survivors. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(17):8969. DOI: 10.3390/ijerph18178969
69. Weisberg, DF. Science in the Service of Patients: Lessons from the Past in the Moral Battle for the Future of Medical Education. *Yale J Biol Med*. 2014;87(1):79-89.
70. Caplan AL. When medicine went mad. Bioethics and the Holocaust. New York: Springer Science & Business; 1992. DOI: 10.1007/978-1-4612-0413-8
71. Ofri D. The Covenant. *Acad Med*. 2019;94(11):1646-1648. DOI: 10.1097/ACM.0000000000002957
72. Meyer J, Land R. Threshold Concepts and Troublesome Knowledge: Linkages to Ways of Thinking and Practising within the Disciplines. In: Rust C, editor. *Improving Student Learning Theory and Practice - 10 Years on*. Oxford: Oxford Centre for Staff & Learning Development; 2003. p.412-424.
73. Horton R. Offline: Medicine and the Holocaust: Time to Teach. *Lancet*. 2019;394(10193):105. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)31608-3
74. Reeve C, Woolley T, Ross SJ, Mohammadi L, Halili Jr SB, Cristobal F, Neusy AJ. The impact of socially-accountable health professional education: A systematic review of the literature. *Med Teach*. 2017;39(1):67-73. DOI: 10.1080/0142159X.2016.1231914
75. Borkan J. Immersion/crystallization. In: Crabtree BR, Miller WL, editors. *Doing qualitative research*. Thousand Oaks (CA): Sage; 1999. p.179-194.
76. Barry CA, Britten N, Barber N, Bradley C, Stevenson F. Using reflexivity to optimize teamwork in qualitative research. *Qual Health Res*. 1999;9(1):26-44. DOI: 10.1177/104973299129121677

Corresponding author:

Prof. Dr. med. Claudia Kiessling, MPH
Witten/Herdecke University, Faculty of Health, Chair for the Education of Personal and Interpersonal Competences in Health Care, Alfred-Herrhausen- Str. 50, D-58455 Witten, Germany, Phone: +49 (0)2302/926-78607
claudia.kiessling@uni-wh.de

Please cite as

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, URN: urn:nbn:de:0183-zma0016064

This article is freely available from

<https://doi.org/10.3205/zma001606>

Received: 2022-08-04

Revised: 2022-11-27

Accepted: 2023-01-30

Published: 2023-04-17

Copyright

©2023 Riesen 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/>.

„Wo meine Verantwortung liegt“: Reflexion über die Medizin während des Holocaust zur Unterstützung der persönlichen und beruflichen Identitätsbildung in der Ausbildung der Gesundheitsberufe

Zusammenfassung

Zielsetzung: Ärzt*innen und medizinische/wissenschaftliche Institutionen haben während des Nationalsozialismus und des Holocaust schwere, ethisch nicht zu vertretende Verbrechen begangen, einschließlich der Mitwirkung am Völkermord. Die kritische Reflexion über diesen Teil der Vergangenheit kann als wirkungsvolle Grundlage für die persönliche und berufliche Identitätsbildung, mit einer intensiven Auseinandersetzung über ethische Werte und Normen dienen. Diese ist für die heutige Ausbildung und Berufsausübung in den Gesundheitsberufen von großer Bedeutung. Ziel der Studie war es, die Effekte einer Exkursion zur Gedenkstätte Auschwitz im Rahmen des Curriculums „Ärztliche Bewusstseinsbildung und Ethik am Beispiel der Medizin im Nationalsozialismus“ auf die persönliche und berufliche Identitätsbildung von Studierenden zu untersuchen.

Methoden: Reflective Writings von 44 Medizin- und Psychologiestudierenden einer Exkursion zur Gedenkstätte Auschwitz im Jahr 2019 wurden mittels thematischer Analyse (Immersion-Kristallisations-Ansatz) qualitativ ausgewertet.

Ergebnisse: Es wurden sechs verschiedene Themen und 22 Unterthemen identifiziert und in ein Modell des reflexiven Lernprozesses gegliedert:

1. „Was bringe ich mit?“
2. „Was erlebe ich durch das Curriculum?“
3. „Was nehme ich initial als erste Reaktion bewusst wahr?“
- 4./5. „Wie und was verarbeite ich?“
6. „Was nehme ich mit?“

Besonders hervorstechende Unterthemen wie *Macht des Ortes*, *emotionales Erleben*, *Reflexion über mich selbst als moralische Person* und *aktuelle Relevanz* deuteten auf wirkungsvolle Kurselemente hin.

Schlussfolgerungen: Dieses Curriculum katalysierte einen kritisch reflexiven Lern-/Sinnfindungsprozess, der die persönliche und berufliche Identitätsbildung unterstützt, einschließlich des kritischen Bewusstseins, des ethischen Gewahrseins und der professionellen Werte. Die gestalterischen Elemente des Curriculums beinhalteten Erzählungen (Narrative), die Unterstützung emotionaler Aspekte des Lernens und die angeleitete Reflexion über ethisch-moralische Implikationen. Ein Curriculum „Medizin während des Nationalsozialismus und des Holocaust“ kultiviert Einstellungen, Werte und Verhalten für eine empathische, moralische Orientierung bei den unvermeidlichen Herausforderungen im Gesundheitswesen. Es sollte einen fundamentalen Bestandteil der Ausbildung in den Gesundheitsberufen darstellen.

Schlüsselwörter: Bildung einer beruflichen Identität, medizinische Ausbildung, Medizin während des Holocausts

Madelin S. Riesen¹

Claudia Kiessling²

Diethard Tauschel³

Hedy S. Wald⁴

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

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

3 Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Integriertes Begleitstudium Anthroposophische Medizin (IBAM) innerhalb des Lehrstuhls für Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Anthroposophischen Medizin, Witten, Deutschland

4 Warren Alpert Medical School of Brown University, Department of Family Medicine, Lancet Commission on Medicine and the Holocaust, Providence/RI, U.S.A

Einleitung

„To be a physician requires a transformation of the individual - one does not simply learn to be a physician, one becomes a physician“ [1].

Professionelle Identitätsbildung, im Englischen „professional identity formation“ (PIF), d. h. eine „Repräsentation des Selbst, die im Laufe der Zeit schrittweise erreicht wird, wobei die Merkmale, Werte und Normen des medizinischen Berufs internalisiert werden, resultierend im individuellen Denken, Handeln und Fühlen wie ein:e Ärzt:in“ [2], ist ein grundlegendes Ziel der medizinischen Ausbildung [3]. Durch die soziale Interaktion mit der „community of practice“ [2] bewegen sich die Lernenden von einer legitimen peripheren zu einer vollen Teilnahme an der derselben. Es handelt sich im Wesentlichen um einen Sozialisierungsprozess, bei dem Normen, Überzeugungen und Werte der medizinischen „community of practice“ innerlich verhandelt und entsprechend akzeptiert, als Kompromiss angenommen oder abgelehnt werden [2]. PIF ist ein aktiver, konstruktiver Prozess [4]. Dieser beinhaltet prägende Lernerfahrungen, die darauf abzielen, „die Auszubildenden zu bestärken, bei der Entwicklung ihres professionellen Selbst als intentionale Akteur:innen zu handeln“ [5]. PIF ist mit der Entwicklung der persönlichen Identität verbunden [4], [6] und mit der moralischen Entwicklung verflochten [7]. Dies zielt darauf ab, „Studierende in grundlegenden Prinzipien zu verankern und ihnen gleichzeitig zu helfen, unvermeidliche moralische Konflikte in der medizinischen Praxis zu bewältigen“ [8]. Angesichts der ethisch-moralischen Komplexität in der Medizin und der Notwendigkeit eines expliziten PIF-Curriculums stellt die Erstellung eines entsprechenden Curriculums eine Herausforderung für Lehrende und Planende dar [4].

Das Lernen über und kritische Reflektieren der Geschichte der Medizin während des Nationalsozialismus und des Holocaust (GMNH) wird als ein effektives Vehikel für die Entwicklung von PIF mit einer ethisch-moralischen Resilienz von Angehörigen der Gesundheitsberufe beschrieben [9], [10]. Die Lernenden engagieren sich persönlich und berücksichtigen die Auswirkungen dieser Geschichte auf ihr moralisches Handeln („moral agency“ [12]) und auf die Ethik innerhalb des Berufsstandes. Eine solche Reflexion schärft das Bewusstsein für dehumanisierende Elemente in der modernen Medizin [11], [12]. Im Idealfall hilft sie, „die Lernenden mit einem moralischen Kompass auszustatten, um die zukünftige medizinischen Praxis und die damit verbundenen ethischen Herausforderungen zu meistern“ [10]. Angesichts der Forderungen, die Ausbildung in den Gesundheitsberufen um die Fähigkeiten der Lernenden über die klinischen Kompetenzen hinaus um Aspekte wie zum Beispiel Integration von Ethik einschließlich ethischer Vigilanz, Mitgefühl, Humanismus zu erweitern [3], [9], stellt dieser Teil der Geschichte der Medizin als Teil der „Medical Humanities“ einen integralen Bestandteil der medizinischen Ausbildung dar. Die Galiläa-Erklärung von 2017 (<https://bit.ly/3KOGft5>) forderte daher die medizinischen Fakultäten und andere

Einrichtungen des Gesundheitswesens auf, die Geschichte der GMNH [10] als ein zentrales und markantes Beispiel für das Versagen der Medizin in den Unterrichtskanon aufzunehmen [13]. Ein Leitartikel in *The Lancet* bezeichnete diesen Unterrichtsbaustein als „medizinischen Imperativ“ [14] und „instruktiv“ für „inkrementelle Schritte, die zu unmenschlicher Verletzung ethischer Prinzipien in der Medizin führen können“ [15]. Die *Lancet Commission on Medicine and the Holocaust* schlägt daher „didaktische Ansätze vor, die diese Geschichte nutzen, um ethisches Verhalten, eine auf Empathie beruhende Identitätsbildung und moralische Entwicklung zu fördern“ [16].

Die tragische Tatsache einer solch unfassbaren Beteiligung von Angehörigen der Gesundheitsberufe an Verbrechen gegen die Menschlichkeit hat sich auf fast jeden Aspekt der modernen Bioethik ausgewirkt [17]. Sie ist entsprechend von aktueller Relevanz für Themen wie Machthierarchien und -missbrauch, Forschung am Menschen und Einholung einer informierten Einwilligung, öffentliche Gesundheitspolitik, Einfluss wirtschaftlicher und politischer Aspekte auf die eigene Arbeit, doppelte Loyalität, Anti-Bias, Diversität/Gleichheit/Inklusion, Ressourcenverteilung, Beginn und Ende des Lebens und Herausforderungen der Genforschung und Technologisierung. Während der Nürnberger Kodex fester Bestandteil der Schulungen zur Forschungsethik ist, wurde international ein geringes Wissen der Medizinstudierenden über die Geschichte des GMNH berichtet [18], [19], [20]. Die Verankerung dieses Themas in der medizinischen Ausbildung ist bisher relativ gering. In einer nationalen Umfrage zum Pflichtcurriculum „Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin“ wurde beispielsweise berichtet, dass Lehrkräfte an zehn von 29 deutschen medizinischen Fakultäten diesen Fachinhalt als notwendig im Rahmen des Pflichtcurriculums befürworteten (Thema mit der höchsten Zustimmung von allen befragten Themen), er ist jedoch nicht an allen Hochschulen verpflichtend [21], [22]. Nur 16% der befragten US-amerikanischen und kanadischen Hochschulen gaben an, dass Seminare oder Kurse zu diesem Thema verpflichtend sind [17], und nur eine medizinische Hochschule in Israel (Ben-Gurion-Universität) bietet einen verpflichtenden GMNH-Kurs an [22].

Hinsichtlich der Wirksamkeit solcher Curricula, wurden Tendenzen über eine zunehmende Sensibilisierung für bioethische Fragen bei Medizinstudierenden, die sich mit GMNH inklusive Exkursionen zu realen Stätten als Teil des Studiums auseinandersetzen, berichtet [23]. Allerdings gibt es keine Studien über die Effekte dieser Kurse oder Veranstaltungen auf die persönliche und professionelle Identitätsbildung. Ziel unserer Studie war es, dies anhand der Themen der „Reflective Writings“ (RWs) von Studierenden während einer Exkursion zur Gedenkstätte Auschwitz im Rahmen eines GMNH-Curriculums zu untersuchen und Curriculumselemente zu identifizieren, die die persönliche und professionelle Identitätsbildung in diesem Kontext unterstützen.

Methoden

Setting

Lehrende der Universität Witten/Herdecke (UW/H), Deutschland, entwickelten 2017 in Zusammenarbeit mit dem Ita Wegman Institut, Schweiz, ein dreijähriges interprofessionelles Curriculum mit dem Titel „Ärztliche Bewusstseinsbildung und Ethik am Beispiel der Medizin im Nationalsozialismus“ [24]. Die Studierenden konnten ein, zwei oder drei Jahre lang an dem Kurs teilnehmen, der Teil des Integrierten Begleitstudiums Anthroposophische Medizin [<https://bit.ly/3hgtzeQ>] sowie des Studium Fundamentale ist, einem Wahlpflichtbereich für alle Studierenden, das die Möglichkeiten bietet, in eigener Schwerpunktsetzung „vertiefendes Arbeiten und das Erreichen übergeordneter Kompetenzen, wie z. B. kritisches Denken“ [25] zu fördern. Zu den Zielen des Kurses gehörten

1. Beschreibung der historischen Ereignisse und der Rolle der Ärzt*innen und medizinischer/wissenschaftlicher Institutionen, unter Berücksichtigung der Entwicklung von dehumanisierenden Einstellungen, Verhaltensweisen und systembezogenen Vorgehensweisen; die „Ethik“ der Zeit,
2. Identifizierung von Widerstand gegen diese historischen Ereignisse (#1), einschließlich des eigenen „moralischen Kompasses“, der trotz sozialer, wirtschaftlicher, politischer und beruflicher Zwänge bewahrt werden konnte, und
3. ein Bewusstsein für die aktuelle Relevanz dieses Teils der Geschichte zu entwickeln.

Das Curriculum umfasst Seminare zu historischen Inhalten, Einzel- und Kleingruppenreflexion über Dokumentarfilme von Überlebenden, vorgegebene Lektüre (einschließlich Geschichten von Überleben und Widerstand) [26], [27] und Exkursionen zu Gedenkstätten (z. B. der Gedenkstätte Auschwitz). Am Ende eines jeden Jahres präsentieren die Studierenden selbst gewählte Themen im Zusammenhang mit den Kursthemen im Rahmen eines öffentlichen Symposiums [24].

Im Jahr 2019 wurde das Curriculum durch Interaktives Reflektierendes Schreiben (IRS) bereichert, um sinnstiftendes („meaning-making“ [28]) und transformatives Lernen zu unterstützen [28]. Die Wirksamkeit von IRS zur Förderung der Reflexion und zur Unterstützung der persönlichen und beruflichen Identitätsbildung ist gut dokumentiert [29], [30], [31], [32]. Die Iteration des Curriculums für die Exkursion beinhaltete „Medical Humanities“ Komponenten, d. h. IRS, Poesie, Kunst, Musik sowie meditative Übungen. Zu den Vorteilen der Integration von „Medical Humanities“ in die medizinische Ausbildung [33], [34] gehören die Förderung einer moralischen Sensitivität [35] und einer humanistischen Haltung [36], von Reflexionsprozessen zur Unterstützung einer „praktischen Weisheit“ („practical wisdom“) [4], von PIF [37] und dem Sinn für soziale Verantwortung [38].

Datenerhebung und Datenmanagement

Sechshundvierzig Studierende (39 Medizin, 7 Psychologie) aus verschiedenen Studienjahren nahmen an dem Curriculum und der viertägigen Exkursion 2019 teil (100 % der Kursteilnehmenden waren auf der Reise). Die Studierenden wurden jeden Abend zu freiwilligen IRS-Sitzungen eingeladen. Die RWs wurden durch Prompts eingeleitet, die sich auf die tägliche Exkursion und Vorlesung bezogen, darunter Themen wie Dehumanisierung in der Medizin, Heilende, die zu Mordenden werden, Geschichten von Widerstand und Zivilcourage sowie Auswirkungen auf das Selbstverständnis, die berufliche Identität und/oder die künftige Praxis im Rahmen aktueller ethischer Herausforderungen. Prompts, die auch Gedichte und einschlägige Zitate von Forschenden und Schriftsteller*innen enthielten, dienten als Anregung zum kritischen Nachdenken. Die Struktur der Prompts erlaubte eine flexible Reaktion der Studierenden und enthielt eine Option zum „freien Schreiben“.

Vierunddreißig Studierende reichten freiwillig 91 RWs ein, darunter zehn RWs von drei Psychologiestudierenden. Die Studierenden verwendeten selbst gewählte Codes für die RWs mit maximal vier RWs pro Student:in (bezogen auf vier IRS-Sitzungen). Die Codes wurden in fortlaufende ID-Nummern umgewandelt (z. B. 14.3). Personenbezogene Daten wurden nicht erhoben, um die Anonymität zu wahren. Vierundvierzig zufällig ausgewählte RWs (50%), die 27 Studierende repräsentierten, wurden von einer professionellen Übersetzerin ins Englische übersetzt, damit alle Forschenden an der Analyse teilnehmen konnten. RWs der Autorin MSR als Kursteilnehmende wurden ausgeschlossen. Diese Studie wurde von der Ethikkommission der UW/H genehmigt.

Datenanalyse

Das interprofessionelle, generationenübergreifende Forschungsteam brachte ein breites Spektrum an Expertise, einschlägige Forschungserfahrung und expliziter Reflexivität in die qualitative Datenanalyse ein [39], [40]. Zum Forschungsteam gehörten eine Medizinstudentin im elften Semester (MSR), eine Professorin für Family Medicine/clinical Psychologist mit IRS-, PIF- und qualitativer Forschungserfahrung (HSW) und eine Professorin mit dem Hintergrund Medizindidaktik mit Forschungserfahrung in qualitativer Forschung und Curriculumsentwicklung sowie einer Dissertation über Medizin im Nationalsozialismus (CK).

Die RWs der Studierenden wurden mittels thematischer Analyse [41] ausgewertet, wobei von allen Forschenden die englische Übersetzung verwendet wurde. Die kontinuierliche Reflexion im Team beinhaltete auch die Frage, wie die Datenanalyse durch die unterschiedlichen kulturellen und/oder familiären Hintergründe der Forschenden, z. B. zwei deutsche und eine amerikanische Forschende, beeinflusst werden könnte. Alle Fragen zu kulturellen oder sprachlichen Interpretationen der RWs wurden besprochen. Die deutsche Originalversion der RWs wurde

überprüft und/oder die Übersetzerin zur weiteren Klärung konsultiert, wenn dies notwendig war.

Drei Autorinnen führten unabhängig voneinander Datenanalysen mit der Methode Immersion/Kristallisation durch, indem sie die Erzählungen mit „kognitivem und emotionalem Engagement“ wiederholt lasen, was zu „intuitiven Kristallisationen“ führte, um auftauchende Unterthemen bis zur Sättigung zu identifizieren und zu extrahieren [39]. Die Praxis der Reflexivität und des Dialogs wurde während des Datenanalyseprozesses fortgesetzt, einschließlich des Bewusstseins der inhärenten Subjektivität der Forscherinnen. Es wurde zudem besprochen, wie die zugrundeliegenden Vorannahmen der einzelnen Mitglieder des Analyseteams die Interpretation der Daten beeinflussen könnten [40]. Für die thematische Pilotierung wurden vier RWs analysiert, wobei Diskrepanzen durch Diskussion geklärt wurden. Die verbleibenden RWs wurden in einer Abfolge von vier Sets von 10-14 RWs analysiert und solange diskutiert, bis eine thematische Sättigung erreicht war, die durch Konsens des Forschungsteams festgestellt wurde. Dabei wurde auch darüber nachgedacht, wie die Teamdynamik den Entscheidungsprozess beeinflussen könnte, da das Forschungsteam aus einer Medizinstudentin und zwei Professorinnen bestand. Bei der Analyse war es wesentlich einen Konsens zu erzielen und dabei die Meinung der Forschungsstudentin gleichberechtigt einfließen zu lassen. Die Generierung von Unterthemen erfolgte ohne „a priori“-Ansatz analytischer oder thematischer Vorannahmen und wurde iterativ präzisiert. Unstimmigkeiten wurden per Videokonferenzen geklärt, um einen Konsens über die endgültigen Unterthemen zu erzielen. Nach der Analyse der 44 RWs diskutierte das Forschungsteam, inwieweit eine thematische Sättigung erreicht wurde, und kam zu dem Schluss, dass diese erreicht war, da in den letzten RWs keine neuen Unterthemen mehr aufgetaucht waren.

Das Forschungsteam arbeitete mit den endgültigen Unterthemen in iterativen Zyklen, um einen Konsens für die Gruppierung der Unterthemen in thematische Kategorien zu finden, die in ein konzeptionelles Modell für reflexives Lernen gemappt wurden. Eine Ärztin/Promovendin mit Erfahrung in Curriculumsentwicklung, reflektierender Gruppenarbeit und IRS diente als externe Reviewerin und begutachtete die gesamte thematische Analyse einschließlich der Themen und Unterthemen sowie den konzeptionellen Rahmen für reflexives Lernen, um die Vertrauenswürdigkeit und Glaubwürdigkeit der Analyse zu unterstützen.

Ergebnisse

Aus den Analysen wurden sechs verschiedene Themen des reflexiven Lernens mit 22 eigenständigen Unterthemen extrahiert, die im Folgenden mit Themen und Unterthemen in kursiv beschrieben werden. Themen, Unterthemen und beispielhafte Zitate zur Veranschaulichung sind in Anhang 1 zu finden. Im Rahmen des Themen-Mappings wurden die Themen und Unterthemen einem Modell des

reflexiven Lernprozesses zugeordnet. Der iterative Prozess der Analyse und Diskussion von Themen und Unterthemen beinhaltete Diskussionen über bestehende Reflexionsmodelle und Lerntheorien, um die Themen, Unterthemen und das Modell des reflexiven Lernprozesses zu reevaluieren. Dabei zeigte sich, dass dieses Modell mit dem Reflexionsmodell von Koole et al. [42] konsistent war und letzteres um die Perspektive der Studierenden erweitert werden konnte (siehe Abbildung 1).

Themen

Thema 1: „Was bringe ich mit?“

Der reflexive Lernprozess beginnt mit dem, was den Studierenden inhärent ist; was sie in Bezug auf ihre Identität und Intentionen in die Erfahrung einbringen. Die Studierenden schrieben über Intentionales Lernen, einschließlich persönlichem Wachstum und moralischer Entwicklung, z. B. „Warum bin ich hierher gekommen? Um meinen moralischen Kompass zu stärken und einzunorden.“ (11.1). Sie schrieben auch über *persönliche Stärken*, die die moralische und emotionale Widerstandskraft fördern, z. B. „Mein Empathievermögen würde ich als Stärke bezeichnen. [...] Der Glaube an die Liebe und das Gute, mit dem Bewusstsein von dem potenziell Bösen in uns.“ (2.3).

Thema 2: „Was erlebe ich durch das Curriculum?“

Die Studierenden reflektierten über wirkungsvolle Elemente des Curriculums, z. B. die Macht des Ortes, d. h. die Anwesenheit an dem realen Ort, der für die Kontextualisierung des Lernens und für das emotionale Engagement von Bedeutung ist: „Das Bedürfnis, mich mit diesem Ort zu verbinden. Physisch. Nicht nur auf diesem Boden zu gehen, sondern ihn wirklich zu spüren. Psychisch. Die Bilder, die sich vor meinen Augen entfalten, aufsaugen, behalten, so in mein Gehirn einprägen, dass ich sie nicht vergesse.“ (10.1). Zu spezifischen Elementen, die in den Studierenden angeklungen sind, gehörten Überreste des Krematoriums mit Gedenksteinen, das berühmte „Arbeit macht frei“-Schild und die persönlichen Habseligkeiten der Opfer, z. B. „Es ist kaum vorzustellen wie viele Menschen ihr Leben dort lassen mussten. Und dann sah ich die unfassbar großen Haufen an Brillen, Koffern, Geschirr und Haare... Und es wird sehr deutlich um wie viele Menschen es geht. Und trotzdem geht es um Massen. Massen an Menschen. Da fällt es mir nicht schwer zu verstehen, wie einfach es ist, zu dehumanisieren.“ (6.2). Die Studierenden identifizierten sich mit und reflektierten über Biografien *positiver historischer Vorbilder* und deren persönliche Relevanz, darunter auch Widerstandsbiografien mit den Vorbildeigenschaften Selbstlosigkeit, Altruismus und Demut, z. B. „Mich hat die Geschichte von einem Häftling, der die Hungerstrafe für einen anderen Häftling übernommen hat und daran dann verstorben ist, sehr bewegt. So viel Selbstlosigkeit zu zeigen und das in einem Lager wie Auschwitz, in dem Hunger, Angst und Grausam-

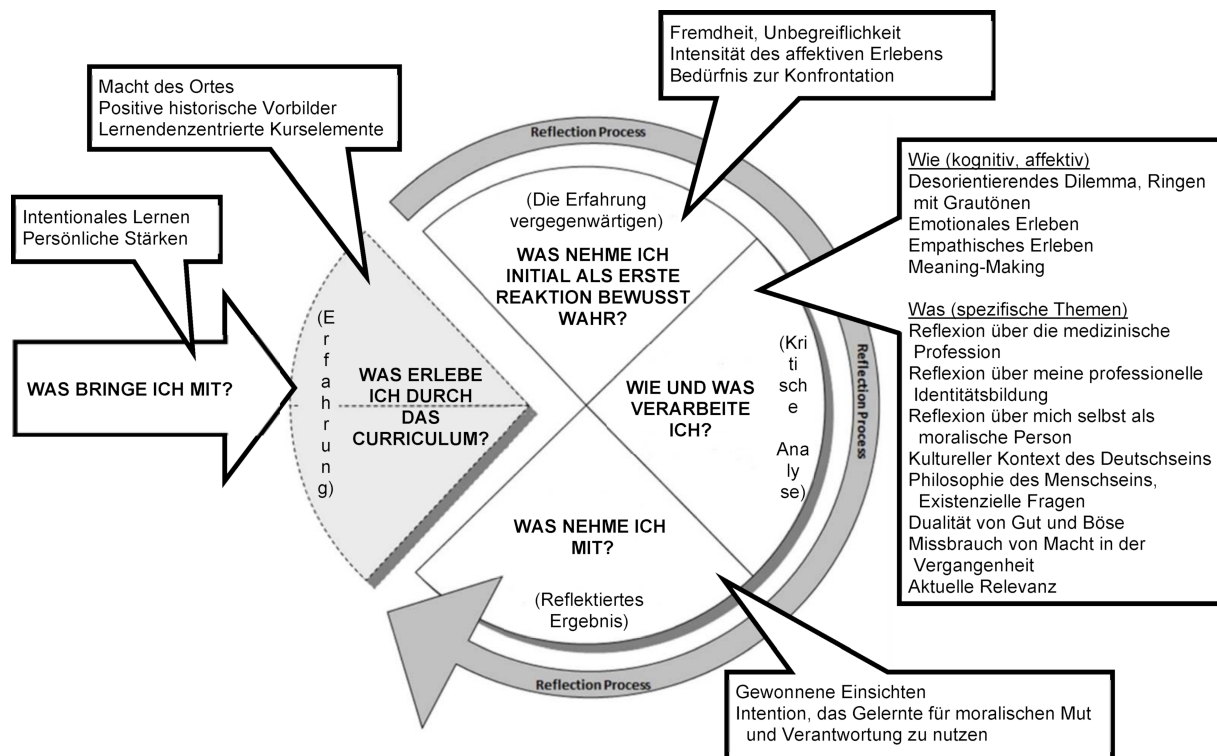


Abbildung 1: Modell des reflexiven Lernprozesses (Themen fett gedruckt, Unterthemen in Kästen dargestellt) – nach Koole et al. [42]

keit ständige Begleiter sind, ist sehr beeindruckend und inspirierend.“ (25.3).

Zu den *lernendenzentrierten Kurselementen*, die das Lernen unterstützen, gehörten die Länge der Exkursion, Reflexionserfahrungen in der Gruppe und qualifizierte Dozierende als Katalysatoren des Lernprozesses, z. B. „Ich bin vor allem überwältigt mit Dankbarkeit für Krzysztofs [Programmbegleiter/Pädagoge] Worte. Wenn ich nur einen Bruchteil dieser Liebe in die Welt tragen kann...“ (26.3).

Thema 3: „Was nehme ich initial als erste Reaktion bewusst wahr?“

Die Wahrnehmung auf einer emotionalen Ebene und das Gefühl der Abstraktion/des Fehlens eines zusammenhängenden Sinns (Phase vor der bewussten Verarbeitung) war eine erste nicht-kognitive Reaktion, d. h. *Fremdheit und Unbegreiflichkeit*: „Ich verstehe es nicht. Ich kann es nicht fassen. Ich fühle mich nicht vorbereitet. Ich glaube es gibt nichts, was ich tun kann, um wirklich vorbereitet zu sein. [...] Es ist glasklar und verschwommen gleichzeitig.“ (10.1). In Bezug auf die *Intensität des affektiven Erlebens* schrieb ein:e Studierende:r: „Ich versuche gütig mit mir selbst zu sein. [...] Ich kann ein wahres Verstehen nicht erzwingen. Ich bin ehrfürchtig, ratlos, leer und voll.“ (10.1). Einige schrieben über das *Bedürfnis zur Konfrontation*, um eine Verbindung herzustellen, z. B. „[...] zugleich war es so abstrakt, weil man den Ort sprechen lassen muss. Man muss sich die Unmengen an Opfern und Tätern vor Augen führen, um die Wirkung des Ortes zu spüren.“ (6.1).

Thema 4: „Wie verarbeite ich? (kognitiv, affektiv)“

Kognitive und affektive Elemente des reflexiven Lernens tauchten auf, darunter auch Erfahrungen des *desorientierenden Dilemmas/Ringens mit Grautönen*, die mit Gefühlen der Anspannung und des Unbehagens einhergehen können, z. B. „Heute gab es einige Situationen, in denen ich gezwungen war, bisherige Wahrnehmungen und Gedanken zu hinterfragen: [...] Biografien [...] wiesen mich immer wieder darauf hin, dass Menschen vielerlei Beweggründe für ihr Handeln haben. [...] dass es mir schwer fällt die Grautöne zu sehen und abzuwägen.“ (19.2) Und: „Die Frage, wie Ärzte zu Mördern wurden, hat mich heute auch beschäftigt.“ (9.2) und ein:e andere:r brachte ein evokatives Bild: „[...] das Krematorium neben der Bierstube der SS.“ (10.2).

Emotionales Erleben, als ein Element der Reflexion, umfasste ein Spektrum oft intensiver Emotionen wie Wut, Zorn und Scham und mitunter auch Empathie und Liebe. Es wurden Herausforderungen bei der Beschreibung von Gefühlen und Versuche der emotionalen Kalibrierung beschrieben: „[...] wird mir flau im Magen und mich überkommt ein Gefühl, dass ich nicht gut beschreiben kann - irgendwas zwischen Fassungslosigkeit, Trauer, Wut, Verzweiflung, Angst, Hilflosigkeit [...]. Es fühlt sich grund falsch (sic!) an, grund böse (sic!) und wahnsinnig absurd, nicht fassbar. Ich kann auch meine Gefühle nicht richtig verstehen - ich schwinge nicht richtig mit [...]. Fassungslos.“ (9.1). Im Rahmen des *empathischen Erlebens* schrieb ein:e Studierende:r: „Immer wieder haben wir uns heute versucht vorzustellen, wie es für die Menschen gewesen sein muss, als sie im Lager ankamen; im

Bus, beim Durchschreiten des Tores und beim Stoppen am Selektionsplatz.“ (11.1). Das Bemühen um *Meaning-Making* wurde evident, z. B.: „Die Blocks: Es sind Räume. Da ist Schlimmes passiert. Ja! Aber es sind nur Räume. Ich konstruiere den Sinn.“ (4.2).

Thema 5: „Was verarbeite ich? (spezifische Themen)“

Die Studierenden reflektierten kritisch über spezifische Themen der persönlichen und beruflichen Identitätsbildung, philosophische Aspekte und Machtmissbrauch. Die Reflexion über die medizinische Profession umfasste das Bewusstsein für Vulnerabilitäten innerhalb des Berufs wie z. B. Dehumanisierung. Es tauchten Fragen darüber auf, „[...] wie Ärztinnen & Ärzte zu solch einem Medizin-Ethos kommen konnten [...]“ (9.4), und darüber hinaus, was die Normen und Werte der medizinischen Profession ausmacht, einschließlich Forschungspraxis und Objektivierung: „Wann hören wir auf, die Menschen als Menschen zu sehen? In dem Moment, in dem ich eine Diagnose stellen muss? In dem Moment, in dem ich keinen Raum mehr für die hilfeschuchenden Menschen, mir gegenüber, aufmachen kann, weil ich bei mir sein muss und in meinem Verstand die Kriterien durchgehen muss: Schlafprobleme ✓ Gewichtsschwankung ✓ Anhaltende bedrückte Stimmung ✓ → Depression.“ (11.2). Innerhalb *Reflexion über meine professionelle Identitätsbildung* setzten sich die Studierenden mit den Implikationen von Gräueltaten und Widerstand in diesem historischen Kontext für ihr eigenes PIF auseinander, z. B. „Ich habe für mich herausgefunden, dass es schwierig wird zu dehumanisieren, so lange man dem Menschen individuell entgegentritt und ihn als ganzen Menschen begreift. Auch habe ich verstanden, wie viel Kraft es schenkt, Mensch „menschlich“ zu behandeln. Ich bin überzeugt, dass einem die Tätigkeit als Arzt schwerfallen wird, wenn man das alles vergisst.“ (6.4) und mit Implikationen für einen „sense of agency“, d. h. „Welchen Impuls nehme ich mit:

- mehr politisches aktives Engagement;
- mehr Mut zur freien Gestaltung des medizinischen Berufsweges;
- aktive Widersprache (sic!) und Einsatz in medizinisch-moralisch prekären Situationen“ (8.4).

Die *Reflexion über mich selbst als moralische Person* beinhaltete die Reflexion über die eigene moralische Integrität und ethisches Verhalten sowie die Notwendigkeit von bewusster Zivilcourage, Resilienz und Standhaftigkeit, z. B. „Eigene Schatten erkennen und annehmen, um sich dann willentlich + bewusst dagegen zu entscheiden. Der Täter steckt auch in mir. Habe ich den Mut, ihn zu benennen und in den Widerstand zu gehen?“ (5.4).

Der *kulturelle Kontext des Deutschseins* tauchte auf, z. B. „Es kamen immer wieder die Fragen Wieso und Wie auf. Ich habe mich selbst gefragt, ob ich die grausamen Taten verstehen kann oder ob ich sie verstehen muss. Muss ich als Deutsche verstehen, was da vor sich gegangen ist, um in meinem Geiste um Vergebung zu bitten und um meine unglaubliche Trauer den Opfern entgegen

zu bringen? Habe ich eine Verantwortung? (als Deutsche?)“ (28.2). Im Rahmen des Unterthemas *Philosophie des Menschseins* und *existenzielle Fragen* hinterfragten die Studierenden die essenziellen konstituierenden Elemente des Menschseins, die Grundlagen der Moral und die Entstehung/Natur einer „Verschiebung“ hin zur Unmoral, die Natur der moralischen Verantwortung und des freien Willens, z. B. „Wie sehr ist jeder Charakterzug eines Menschen nur ein Ergebnis aller Erlebnisse? Wie sehr hängen moralische Entscheidungen von einem „Zufallsgenerator“ ab? [...] Doch was heißt Wahrheit?“ (19.2). Das Unterthema der *Dualität von Gut und Böse* beinhaltete komplexe Themen wie die Existenz von Moral/Unmoral und die Herausforderung, diese Spannung und Komplexität zu begreifen bzw. zu tolerieren, z. B. „Völliges Unverständnis, wie führende SS-Ärzte und andere SS-Verantwortliche täglich übelste Menschenverletzungen mit solch einer Perversität und Durchdachtheit (sic!) ausüben konnten und gleichzeitig selber Familie hatten, ihre Ehefrauen/-männer und Kinder wahrscheinlich über alles liebten.“ (12.2). Die Studierenden dachten über *Missbrauch von Macht in der Vergangenheit* nach, z. B. „Die Geschichten, welche mich am meisten beeindruckt haben, waren jene über Macht - und wer sie wofür einsetzt. Ich finde es in gewisser Weise „bemerkenswert“, wie ein und dasselbe Gefühl den Einzelnen dazu veranlasst, ohne mit der Wimper zu zucken, Tausende in den Tod zu schicken, während auf der anderen Seite, sie unter täglichem Einsatz des Lebens immer wieder genutzt wurde, um zutiefst menschlich zu handeln, im Medizinischen wie auch im Persönlichen.“ (1.3). Die *aktuelle Relevanz* dieser Vergangenheit wurde deutlich, z. B. Dehumanisierung, Machthierarchien, Gleichberechtigung im Gesundheitswesen und Rassismus speziell im klinischen Kontext, z. B. „Mein Fokus lag auf den subtilen Facetten von Dehumanisierung in der Gesellschaft und der Medizin, den ganz alltäglichen. [...] Und dennoch berührt es mich auch so sehr, gerade, weil ich mir nach und nach bewusster werde, wie rassistisch unsere Gesellschaft, und natürlich Institutionen (hierarchie-freundliche (sic!)) wie Krankenhäuser, sind. Beginnt man erst einmal darauf zu achten (und hierbei stehen die eigenen erlernten Denkmuster an erster Stelle!), ist es überall.“ (26.1).

Thema 6: „Was nehme ich mit?“

Zu *gewonnene Einsichten* gehören die Bedeutsamkeit einer kontinuierlichen Selbstreflexion, das Thematisieren von Gefühlen und ethischen Dilemmata, für die eigenen Meinung einzutreten, mutig zu sein und bewusst aus der Vergangenheit zu lernen, um zukünftige Handlungen zu gestalten, z. B.: „Vergangenes ist nicht einfach nur Vergangenes, was vergessen werden soll/darf, sondern [...] es trägt uns weiter, bis wir uns bewusst machen, es verstehen wollen und uns auf den Weg machen, es zu verstehen und dieses neu Gelernte auch zu Zukünftigem transformieren.“ (20.4). Und: „Auch habe ich verstanden, dass es durchaus gut ist, seine Arbeit immer wieder durch

Innehalten zu hinterfragen, sowie das System, in dem man agiert.“ (6.4).

Die *Intention, das Gelernte für moralischen Mut und Verantwortung zu nutzen*, wurde mit Überzeugung und Inspiration zum Ausdruck gebracht, z. B. den eigenen inneren moralischen Kompass hinsichtlich der persönlichen und beruflichen Relevanz dieser Vergangenheit anzuwenden: „Ich möchte Veränderungen anstoßen [...]. Ich möchte andere ermutigen, dasselbe zu tun. Ich möchte aus dieser Tragödie, die ich erfahren habe, Kreativität und Kraft schöpfen, um mich selbst verändern zu können und Veränderung zuzulassen.“ (19.4). Und: „Ich hoffe, dass ich meine Sinne für die Dehumanisierung geschärft habe und dass ich den Mut aufbringen werde, in solchen Situationen meine Stimme zu erheben.“ (28.4).

Diskussion

Die vorliegende Studie zu den RWs von Studierenden der Medizin und Psychologie während einer Exkursion zur Gedenkstätte Auschwitz im Rahmen eines GMNH-Kurses untersuchte die Auswirkungen eines solchen Curriculums auf die persönliche und berufliche Identitätsbildung der Studierenden. Unseres Wissens nach ist dies die erste qualitative Studie über die Effekte eines solchen Curriculums auf Studierende der Gesundheitsberufe. Das Curriculum katalysierte einen kritisch-reflexiven Lernprozess [43], der sowohl historisches Wissen als auch prägende Erfahrungen in der Auseinandersetzung mit sogenannten „desorientierenden Dilemmata“ [28] wie Heilende, die zu Mordenden werden, die Vulnerabilität und Fehlbarkeit von Ärzt*innen [44], die Dualität „Gut/Böse“ und die Herausforderungen von Zivilcourage/moralischem Mut [45] einschloss. Das Verarbeiten innerhalb der RWs im Sinne eines „meaning-making“ unterstützte ein transformatives Lernen für die persönliche und berufliche Identitätsbildung (generierte Unterthemen) zur Förderung der Entwicklung von Haltungen, Werten und idealerweise Verhaltensweisen einer empathischen, moralisch verantwortlichen Praxis. Threshold-Konzepte, die „problematisches Wissen“ (sogenanntes „troublesome knowledge“ [72]) einschließen, können und haben sich herauskristallisiert und kennzeichnen potenziell wirkungsvolle transformative Aspekte in der Lernerfahrung der Studierenden [45]. Diese transformativen Aspekte können eine bleibende Prägung darstellen. Die Ergebnisse veranschaulichen, dass reflexives Lernen zu diesem grundlegenden Thema für die Entwicklung einer humanistischen, moralisch engagierten, widerstandsfähigen Persönlichkeit und der PIF für Angehörige der Gesundheitsberufe hilfreich ist [9], [10].

Besonders eindringliche Unterthemen (Anzahl/Art der Zitate) wie *Macht des Ortes*, *emotionales Erleben*, *Reflexion über mich selbst als moralische Person* und *aktuelle Relevanz* weisen auf besonders wirkungsvolle Kurselemente hin. Das Unterthema *Macht des Ortes* oder „Pädagogik des Ortes“ („pedagogy of place“) [46] deckt sich mit Beschreibungen von Besuchen an Orten, die mit dem

Holocaust in Verbindung stehen und für Medizinstudierende eine besondere Bedeutung besitzen [47]. Darüber hinaus enthielt ein Großteil der RWs das Unterthema *emotionales Erleben*, wobei häufig eine starke emotionale Beteiligung erwähnt wurde. Diese beeinflusst sowohl kognitive und motivationale Prozesse, die für das Lernen von zentraler Bedeutung sind [48] und ist ebenso eng mit der Identitätsentwicklung verbunden [49]. Dieses Ergebnis stimmt überein mit der von Dornan und Kollegen beschriebenen „Verbindung zwischen den Emotionen der Studierenden und ihrer Identitätsentwicklung in der bedeutungsvollen Welt des Werdens und Seins einer*s Ärzt*in“ ([49], S.174). Dies spiegelt sich auch in dem Diskurs wider, dass emotionales Lernen potenziell zur Gestaltung eines reflektierten, verantwortungsbewussten beruflichen Handelns innerhalb von „caring identities“ ([49], S.174) beiträgt. Im Rahmen des Modells der Threshold-Konzepte kann emotionales Erleben ein Gefühl der Verunsicherung auslösen, wenn es darum geht, während der Prozesselemente von Bewusstmachung und „Rekonstituierung“ z. B. neue Erkenntnisse in das eigene Selbstkonzept zu integrieren. Die Reflexion über affektive Reaktionen kann zur emotionalen Entwicklung und zum Wohlbefinden einer*s Medizinstudierenden im Rahmen von PIF beitragen [30], angesichts der Tatsache, dass es auch ein emotionaler Prozess ist, ein*e Ärzt*in zu werden [50].

Die *Reflexion über mich selbst als moralische Person* betonte die Reflexion über die persönliche Entwicklung (die in der medizinischen Ausbildung tendenziell unterbetont wird) zusätzlich zur beruflichen Entwicklung. Der Reflexionsprozess treibt nach Kegan den Entwicklungsprozess der Identität voran [51]. *Aktuelle Relevanz* war ein zentrales Thema, das eine Verbindung zwischen der Vergangenheit und aktuellen Fragen des potenziellen Machtmissbrauchs und der Dehumanisierung sowie zukünftigen ethischen Dilemmata und Herausforderungen in der medizinischen Ausbildung und Praxis herstellt. Dazu zählt auch die Intention zukünftig moralischen Mut zu zeigen, um Dinge anzusprechen, Diversität zu respektieren und die Würde des Menschen zu bewahren. Es wurden bereits Bedenken über einen Mangel an Entwicklung bezüglich des moralischen Urteilsvermögens in der medizinischen Ausbildung geäußert [52]. Die Ergebnisse dieser Studie legen nahe, dass sowohl der Inhalt (Geschichte) als auch der Prozess (Reflexion über das Handeln [53] und über das Sein [51], [54]) zur Entwicklung eines kritischen Bewusstseins innerhalb einer aktiven, konstruktiven PIF beitragen. Im Rahmen dieses Curriculums als „identitätsbereichernde“ Erfahrung [55] sind die aufkommenden existenziellen Fragen innerhalb der Unterthemen *Philosophie des Menschseins/Existenzielle Fragen* und das *Ringeln mit Grautönen* schwieriger Dualitäten in dem Bemühen um ein differenzierteres Verständnis hervorzuheben.

Diese Studie zeigte auch die fortlaufende Reflexion der Studierenden über „Was nehme ich mit?“, einschließlich unbeantworteter Fragen (zusätzlich zu den *gewonnenen Einsichten*), als wertvollen Prozess im Rahmen des lebens-

langen Lernens und der Aufrechterhaltung eines kritischen Bewusstseins. Dies wiederum resoniert mit einem „Leben der Fragen“ („living the questions“) [56] und dem Stellen der „richtigen Fragen“ [57]. Nach Kleinman „müssen wir unser moralisches Leben erkunden“ [35]. IRS kann „angehenden Ärzt*innen die Möglichkeit bieten, ihre Erfahrungen vollständiger in eine berufliche Identität einzubringen, die Reflexion, kritisches Bewusstsein, kulturelle Bescheidenheit und Empathie verkörpert“ [58] sowie kritisches Bewusstsein und ethische Wachsamkeit beinhaltet [9]. Die thematische Analyse zeigte, dass die Reflexion der Studierenden den PIF-Prozess sowohl durch die Reflexion über und die Wachsamkeit für die eigene „moral agency“ als auch durch die Reflexion über die Medizin als Profession und das Gesundheitssystem unterstützt. Auf diese Weise befördert es ebenso die in beiden Bereichen möglicherweise notwendigen Veränderungen (z. B. gerechter Zugang zur Gesundheitsversorgung und Bekämpfung struktureller Diskriminierung). Dies zeigte sich in verschiedenen Unterthemen, darunter *Reflexion über die medizinische Profession, Reflexion über meine professionelle Identitätsbildung und aktuelle Relevanz*.

Die Ergebnisse zu den Themen und Unterthemen verdeutlichen, dass ein individualisierter und gemeinsamer PIF-Prozess das Hineinwachsen in die Mitgliedschaft der „community of practice“ unterstützt und den Verhandlungsprozess [2] dahingehend erweitert. Entsprechend wird dieser PIF-Prozess zusätzlich zu den klinischen und nicht-klinischen Erfahrungen auch von der Geschichte der eigenen Profession beeinflusst. Die kritische Reflexion über die Geschichte der GMNH stößt PIF-Prozesse an, wenn sie im Rahmen von effektiven Curriculumselementen, wie biografischen Narrativen einschließlich der über historische moralische Vorbilder, Reflexionsveranstaltungen mit erfahrenen Lehrenden und der *Macht des Ortes* präsentiert werden.

Während des Mapping-Prozesses der Themen und Unterthemen in einen reflexiven Lernprozess wurden verschiedene veröffentlichte Reflexionsmodelle [59], [60], [61], [62], [63] gesichtet und es wurde eine große Übereinstimmung mit dem „eklektischen“ Reflexionsmodell von Koole et al. ([42], S.2) gefunden. Dieses enthält Elemente verschiedener in der Vergangenheit publizierter Reflexionsmodelle. Die Erweiterung des Reflexionsmodells von Koole et al. [42] um „Was bringe ich mit?“ berücksichtigt, dass die Studierenden ihre eigenen Perspektiven („Biases“), Annahmen, Eigenschaften und Identität(en) in den Lernprozess einbringen. Deren Berücksichtigung kann einen unterstützenden individualisierten sowie gruppenorientierten Unterrichtsansatz fördern, insbesondere bei potenziell herausfordernden Themeninhalten.

Mehrere Zeichnungen und Gedichte der Studierenden entstanden organisch während der Reflexionsübungen. Biografien von Opfern/Widerstandskämpfer*innen wurden als zentrale, anschauliche Vermittlungskomponente identifiziert, um Empathie und emotionale Resonanz zu wecken, ebenso wie persönliche Erzählungen von Lehren-

den (einschließlich der Autorin HSW, einer Tochter eines Überlebenden).

Zu den Limitationen unserer Studie gehört die Frage der Übertragbarkeit, da die Daten lediglich an einer Einrichtung in einem Land (Deutschland) erhoben wurden und ausschließlich die Erfahrungen von Studierenden beschreiben, die sich im Rahmen der Exkursionen freiwillig an interaktiven Reflexionsveranstaltungen beteiligten. Variablen wie Ausbildungsniveau, Geschlecht und/oder kultureller Hintergrund wären zusätzlich von Interesse gewesen. Während künftige Studien den relativen Beitrag von Exkursionskomponenten zu diesem GMNH-Curriculum untersuchen könnten, zeigte unsere Studie bedeutungsvolle Effekte auf und einen pädagogischen Wert für Studierende der Gesundheitsberufe, die diese Lernerfahrung einschließlich einer Exkursionskomponente nutzen. Obwohl grundlegende PIF-Konzepte von interprofessioneller Relevanz sind, wie z. B. das „Gefühl der Verbundenheit mit den Werten des Berufs“ in der Psychologie [64] (und in der Medizin), können die Auswirkungen eines solchen Curriculums auf das berufsspezifische PIF in der Psychologie in Zukunft näher untersucht werden. Da es sich um einen Wahlpflichtkurs mit freiwilliger Teilnahme handelt, wäre es außerdem interessant, die Ergebnisse eines verpflichtenden Curriculums mit einer Exkursion zu untersuchen, angesichts der Forderung nach einer solchen Einbeziehung in den Lehrplan des Medizinstudiums [10]. Daten über positive Effekte von Pflichtseminaren und -kursen liegen bereits vor [65]. Um das Engagement der Studierenden und ein tieferes Verständnis dafür zu fördern, wie die Medizin-Geschichte PIF unterstützt, befürworten die Autor*innen die Integration von Reflexionsmöglichkeiten in diese Art von Curricula mit geschulten Dozierenden [65]. Es wäre von Interesse, in zukünftigen Studien die Nuancen der Beziehung von Vergangenheit und „meaning-making“ innerhalb des Lernens zu dieser Thematik mit Studierenden mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund zu untersuchen, um Gemeinsamkeiten oder Unterschiede zu identifizieren. Während die Analysen einige deutsche kulturspezifische Aspekte des Erlebens aufzeigten, tauchten universelle Themen und Unterthemen auf, was diese Intervention als übertragbares Modell für den Unterricht in andere kulturelle Kontexte unterstützt. Um eine Umsetzung eines solchen Curriculums an Bildungseinrichtungen zu erleichtern, sind die Kernelemente des Kurses, basierend auf den Ergebnissen dieser Studie, in Tabelle 1 aufgeführt. Beispiele für die Umsetzung des Curriculums durch verschiedene medizinische Fakultäten, einschließlich von Förderungen und Stiftungen unterstützter Besuche von Holocaust-Gedenkstätten/NS-Vernichtungslagern, sind in der Literatur verfügbar [24], [47], [66]. Sie zeigen positive Trends einer Wirksamkeit [47] und unterstreichen die Relevanz für eine verstärkte Betonung von PIF in Medizinstudium in Deutschland [<https://gesellschaft-medizinische-ausbildung.org/ausschuesse/professional-identity-formation.html>].

Tabelle 1: Kernelemente des Curriulums „Holocaust und Medizin“**A. Historische Grundkenntnisse über die Rolle der Gesundheitsberufe während des Nationalsozialismus und des Holocaust:**

- 1) Kenntniss über die umfassende Beteiligung einzelner Ärzt*innen und des Ärzt*innenstandes an einem Kontinuum von Gräueltaten während des Nationalsozialismus und des Holocaust, einschließlich Stigmatisierung, Entlassung und Verfolgung jüdischer Ärzt*innen, Hauptrolle bei Zwangssterilisationen, systematischer Tötung („Euthanasie“) von Psychiatriepatient*innen, Menschen mit Behinderung und anderen Personengruppen, unethischen brutalen „Experimenten“ und „Komplizenschaft bei der systematischen Ausbeutung und Tötung von Jüd*innen und anderen Menschen, die von den Nazis als 'biologisch minderwertig' angesehen wurden“ [15].
- 2) Kenntnis über die maßgebliche Rolle von Ärzt*innen bei der Entwicklung von Gaskammergeräten und -technologien für Krankenhäuser und später Vernichtungslager [16].

B. Unterstützende Curriculumselemente für die kritische Reflexion dieser Geschichte

- 1) Möglichkeiten zur angeleiteten kritischen Reflexion der moralischen Implikationen dieser Geschichte für die persönliche und berufliche Identitätsbildung sowie Reflexion über die Herausforderungen bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung moralischer Resilienz.
- 2) Raum für kollaborative Gruppenreflexion innerhalb der Gemeinschaft von Lernenden und Praktizierenden [63], die ein Zusammengehörigkeitsgefühl fördern kann.
- 3) Wenn möglich Einbezug von Exkursionen zu historischen Stätten in den Unterricht zur Verstärkung des Lerneffekts; insbesondere in Europa Einbindung lokaler Gedenkstätten des Nationalsozialismus/Holocaust. Wenn dies nicht zu realisieren ist, Nutzung von visuellem und audiovisuellem Material (wenn auch nicht als gleichwertig zu betrachten); Begegnungen mit Überlebenden oder Kindern von Überlebenden, Interviews, Erzählungen aus erster Hand, usw.
- 4) Nutzung von Biografien und/oder Zeitzeug*innenberichte als Lernerfahrung über die grausamen Taten der NS-Ärzt*innen, ebenso wie Vorbilder von Widerstandskämpfer*innen, darunter Jüd*innen und „Gerechte unter den Völkern“, ein Ehrentitel verliehen von der Gedenkstätte Yad Vashem [<https://www.yadvashem.org/righteous.html>]. Dieses Curriculumselement zielt darauf ab, „gesichtslose Statistiken“ oder Listen von Fakten zu vermenschlichen.
- 5) Raum für emotionales Lernen: Raum für die Emotionen der Lernenden schaffen und Emotionen für reflektierendes Lernen nutzen.
- 6) Bezugnahme auf die aktuellen Implikationen der Geschichte der Medizin während des Nationalsozialismus und des Holocaust, um die Relevanz reflektierenden Lernens aufzuzeigen.
- 7) Nutzung von Narrativen, einschließlich des reflektierenden Schreibens mit Prompts zur Unterstützung der philosophischen „praktischer Weisheit“ [65] und zur Gewinnung von Selbsterkenntnissen.
- 8) Bereitstellung von Weiterbildungsmöglichkeiten für Lehrkräfte zur Erweiterung ihrer Fähigkeiten zur Förderung von Reflexion und zur Unterstützung emotionaler Aspekte des Lernens im Rahmen dieses Curriculums.
- 9) Sichtbarmachung des Lernens durch gemeinsame „Lernprodukte“, wie z. B. ein öffentliches Symposium, bei dem die Forschungsprojekte der Studierenden präsentiert werden, und/oder eine Essaysammlung.

Die Vision eines Curriculums mit

1. Grundprinzipien für die Ausbildung der Gesundheitsberufe und
2. lokaler/situativer Relevanz mit positiven Vorbildern im jeweiligen nationalen Kontext kann also erreicht werden [67] (siehe Tabelle 1).

Die Wirksamkeit eines GMNH-Curriculums auf den PIF-Prozess und den inhärenten Aushandlungsprozessen sozialisationsbedingter und verinnerlichter persönlicher Werte [7] in Bezug auf den gesamten beruflichen Entwicklungszyklus der Aus-, Weiter- und Fortbildung in den Gesundheitsberufen zu beziehen wäre weiterhin von großem Interesse [67]. Die vorliegenden Studienergebnisse decken sich mit jüngsten Erkenntnissen über die Wirksamkeit dieser Geschichte für PIF in der Pflegeausbildung [65], [68]. Idealerweise kann diese Ausbildung als „praktischer Ankerpunkt, als Werkzeug zur Reflexion“ [69] dienen, ausgelöst durch die Herausforderungen in der heutigen Medizin und der globalisierten Gesellschaft. Innerhalb der medizinischen Ausbildung braucht es die Auseinandersetzung damit, wie sich die Rolle von Ärzt*innen und die Verantwortung innerhalb der Ärzt*in-Patient*innen-Beziehung im nationalsozialistischen Deutschland so grundlegend und radikal verändern konnte, dass die Fürsorge der Gesundheit der*s einzelnen Patient*in gegenüber der Fürsorge für die „Volksge-

sundheit“ in den Hintergrund trat. Es ist notwendig, dass sich die Studierenden mit den fundamentalen Veränderungen der berufsethischen Standards innerhalb der Symbiose von Medizin und nationalsozialistischer Staatspolitik auseinandersetzen. Weiter obliegt das Erkennen der Studierenden, dass der Holocaust anders als andere Völkermorde war, da „der Holocaust mit der intellektuellen Unterstützung und Beteiligung der medizinischen und wissenschaftlichen Institutionen stattfand“ ([70], S.63). Der Antisemitismus war innerhalb weiter Teile der Ärzt*innenschaft legitimiert. Daher ist GMNH auch über PIF hinaus ein Thema, das als Pflichtfach in jeden medizinischen Studiengang integriert werden sollte. Das Studium des GMNH ist für Lernende in allen Phasen des beruflichen Lebenszyklus lohnend. Es dient als dauerhafter Bezugspunkt für die Antithese zu den Eigenschaften, die die medizinische Ausbildung in einem Mitglied der Gesundheitsberufe kultivieren möchte, wie auch für bewundernswerte Eigenschaften, die idealerweise durch Beispiele von Widerstand und Zivilcourage inspiriert sind. Die Autor*innen planen eine Längsschnittstudie über die Auswirkungen dieses Kurses auf nachhaltige Veränderungen von Einstellungen, Werten und Verhalten als moralischen Kompass innerhalb der persönlichen und beruflichen Identitätsbildung, um den „Pakt“ („covenant“) der Medizin [71] mit Patient*innen und Vertrauenswürdigkeit zu stärken.

Schlussfolgerung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Auseinandersetzung der Studierenden mit den ethischen Implikationen der weit verbreiteten Mittäter*innenschaft von Ärzt*innen während des Nationalsozialismus und des Holocaust mit einer korruptierten Berufsethik [73] sowie mit Beispielen des Widerstands und der Zivilcourage eine prägende Bedeutung hatte. Dazu gehörten die Sensibilisierung für den eigenen moralischen Kompass und ein geschärftes Bewusstsein für die aktuelle Relevanz der Verhinderung von Machtmissbrauch ebenso wie die Achtung von Vielfalt und die moralische Intention, das Gelernte verantwortungsbewusst im Beruf und in der Gesellschaft einzusetzen, im Einklang mit der Notwendigkeit einer „sozial verantwortungsvollen“ Ausbildung für Gesundheitsberufe [74]. Die identifizierten Themen der RWs konnten zeigen, dass ein solches Curriculum die persönliche und berufliche Identitätsbildung der Studierenden für eine humanistische Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik unterstützt. Die Ergebnisse untermauern die Forderung nach der Integration einer kritischen Reflexion über die Geschichte des GMNH als „zwingend erforderlich“ in die gesamte Aus-, Weiter- und Fortbildung für Gesundheitsberufe [10], [14], [73].

... „Ah, da haben wir meine Verantwortung – so etwas nie wieder geschehen lassen.“ (28.2)

Erklärungen

Ethische Genehmigung

Diese Studie wurde von der Ethikkommission Witten/Herdecke genehmigt. Die Teilnehmer*innen wurden darüber informiert, dass ihre freiwillig eingereichten, anonymen RWs zum Zwecke dieser Studie analysiert wurden.

Beiträge der Autor*innen

DT war der Leiter des Curriculums. HSW entwickelte und leitete das Interaktive Reflektierende Schreiben. CK, MSR und HSW analysierten die Daten. Alle Autor*innen waren an der Planung und Verfassung des Manuskripts beteiligt. MSR ist Medizinstudentin im 11. Semester an der Universität Witten/Herdecke.

Danksagung

Die Autor*innen danken Prof. Dr. med. Peter Selg, Ita Wegman Institut für anthroposophische Grundlagenforschung, Schweiz und Dr. phil. Krzysztof Antonczyk, Gedenkstätte und Museum Auschwitz-Birkenau, Polen, für die Ermöglichung der Exkursion und die Lehrvorträge, Clarissa Frehle, Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Deutschland, für den Review der Analysen und Jeffrey M. Borkan, MD, PhD, Warren Alpert Medical

School of Brown University, RI, USA, für hilfreiches Feedback zur Methodik.

Interessenkonflikt

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

Anhänge

Verfügbar unter <https://doi.org/10.3205/zma001606>

1. Anhang_1.pdf (135 KB)
Thematischer Inhalt der Reflective Writings der Studierenden mit Themen, Unterthemen sowie illustrierenden Zitaten des reflexiven Lernprozesses

Literatur

1. Fuks A, Brawer J, Boudreau JD. The foundation of physicianship. *Perspect Biol Med.* 2012;55(1):114-126. DOI: 10.1353/pbm.2012.0002
2. 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
3. Irby DM, Cooke M, O'Brien BC. Calls for reform of medical education by the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching: 1910 and 2010. *Acad Med.* 2010;85(2):220-227. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181c88449
4. Wald HS. Professional identity (trans)formation in medical education: reflection, relationship, resilience. *Acad Med.* 2015;90(6):701-706. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000731
5. Toubassi D, Schenker C, Roberts M, Forte M. Professional identity formation: linking meaning to well-being. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2022;1-14. DOI: 10.1007/s10459-022-10146-2
6. Kegan R. *The Evolving Self: Problem and Process in Human Development.* Cambridge, MA: Harvard University Press; 1982. DOI: 10.4159/9780674039414
7. 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
8. 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
9. Reis SP, Wald HS. Contemplating Medicine During the Third Reich: Scaffolding Professional Identity Formation for Medical Students. *Acad Med.* 2015;90(6):770-773. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000716
10. 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
11. Roelcke V. Medicine During the Nazi Period: Historical Facts and Some Implications for Teaching Medical Ethics and Professionalism. In: Rubinfeld S, editor. *Medicine After the Holocaust: From the Master Race to the Human Genome and Beyond.* New York: Palgrave Macmillan; 2010. p.17-28. DOI: 10.1057/9780230102293_3

12. Haque OS, Waytz A. Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions. *Perspect Psychol Sci.* 2012;7(2):176-186. DOI: 10.1177/1745691611429706
13. Wald HS. #historymatters: The Role of the Medical Profession in the Holocaust as a Case in Point. *Acad Med.* 2018;93(8):1102. DOI: 10.1097/ACM.0000000000002274
14. Horton R. Offline: Holocaust education - a medical imperative. *Lancet.* 2020;396(10263):1619. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32468-5
15. Hildebrandt S. Books, bones and bodies: The relevance of the history of anatomy in Nazi Germany for medical education today. *Anat Rec.* 2022;305(4):886-901. DOI: 10.1002/ar.24691
16. Roelcke V, Hildebrandt S, Reis S. Announcing the Lancet Commission on Medicine and the Holocaust: Historical Evidence, Implications for Today, Teaching for Tomorrow. *Lancet.* 2021;397(10277):862-864. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00157-4
17. Wynia MK, Silvers WS, Lazarus JA. How do U.S. and Canadian medical schools teach about the role of physicians in the Holocaust? *Acad Med.* 2015;90(6):699-700. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000724
18. Nowak S, Rasky E, Freidl W. Medical studies and Nazi medicine: Nazi medicine as perceived by Austrian medical students. *Wien Klin Wochenschr.* 2016;128(3-4):137-140. DOI: 10.1007/s00508-015-0885-5
19. Coombs DM, Peitzman SJ. Medical Students' Assessment of Eduard Pernkopf's Atlas: Topographical Anatomy of Man. *Ann Anat.* 2017;212:11-16. DOI: 10.1016/j.aanat.2017.02.011
20. Kühl R, Ohnhäuser T, Westermann S. Umfrage zum Nationalsozialismus: Mangelnde Grundkenntnisse. Was wissen und denken Studierende über die Medizin im Nationalsozialismus? [Survey on National Socialism: Lack of basic knowledge. What do students know and think about medicine under National Socialism?]. *Dtsch Ärzteblatt.* 2009;106(40):A1979-1980.
21. Schildmann J, Bruns F, Hess V, Vollmann J. "History, Theory and Ethics of Medicine": The Last Ten Years. A Survey of Course Content, Methods and Structural Preconditions at Twenty-nine German Medical Faculties. *GMS J Med Educ.* 2017;34(2):Doc23. DOI: 10.3205/zma001100
22. Fox M (Ben Gurion University, Faculty of Health Sciences, Beersheba, Israel). Personal communication to: Hedy Wald. 2022 Jul 15.
23. González-López E, Ríos-Cortés R. Medical Students' Opinions on Some Bioethical Issues Before and After a Holocaust and Medicine Course. *Isr Med Assoc J.* 2019;21(4):298. DOI: 10.12681/cjp.20963
24. 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
25. Harden, RM, Davis MH. AMEE Medical Education Guide No. 5. The core curriculum with options or special study modules. *Med Teach.* 1995;17(2):125-148. DOI: 10.3109/01421599509008301
26. Selg P. Überleben in Auschwitz: Elie Wiesel-Ruth Klüger-Ruth Elias-Primo Levi-Viktor Frankl. Arlesheim: Verlag des Ita Wegman Instituts; 2010.
27. Wald HS, Weiner CL. Deadly Medicine: Creating the Master Race. *Ars Medica.* 2009;5:48-57.
28. Mezirow J. Transformative dimensions of adult learning. San Francisco: Jossey-Bass; 1991.
29. Wald HS, Reis SP. Beyond the Margins: Reflective Writing and Development of Reflective Capacity in Medical Education. *J Gen Intern Med.* 2010;25(7):746-749. DOI: 10.1007/s11606-010-1347-4
30. 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
31. Uygur J, Stuart E, De Paor M, Wallace E, Duffy S, O'Shea M, Smith S, Pawlikowska T. A Best Evidence in Medical Education systematic review to determine the most effective teaching methods that develop reflection in medical students: BEME Guide No. 51. *Med Teach.* 2019;41(1):3-16. DOI: 10.1080/0142159X.2018.1505037
32. Kiss A, Steiner C, Grossman P, Langewitz W, Tschudi P, Kiessling C. Students' satisfaction with general practitioners' feedback to their reflective writing: a randomized controlled trial. *Can Med Educ J.* 2017;8(4):e54-e59. DOI: 10.36834/cmej.36929
33. Wald HS, McFarland J, Markovina I. Medical Humanities in Medical Education and Practice. *Med Teach.* 2019;41(5):492-496. DOI: 10.1080/0142159X.2018.1497151
34. Kiss A, Steiner C, Honold A, Grossman P, Gyga F, Heuss L, Langewitz W, Schuster S, Kiessling C. Medical Humanities in der Ausbildung [Medical Humanities in the Education]. *Schw Ärzteztz.* 2015;96(14-15):534-536.
35. Kleinman A. What Really Matters: Living a Moral Life Amidst Uncertainty and Danger. Oxford: Oxford University Press; 2007.
36. Doukas DJ, McCullough LB, Wear S; Project to Rebalance and Integrate Medical Education (PRIME) Investigators. Perspective: Medical Education in Medical Ethics and Humanities as the Foundation for Developing Medical Professionalism. *Acad Med.* 2013;88(11):1624-1629. DOI: 10.1097/ACM.0b013e318244728c
37. Moniz T, Golafshani M, Gaspar CM, Adams NE, Haidet P, Sukhera J, Volpe RL, de Boer C, Lingard L. The Prism Model for Integrating the Arts and Humanities Into Medical Education. *Acad Med.* 2021;96(8):1225. DOI: 10.1097/ACM.0000000000003949
38. Kiessling C, Muller T, Becker-Witt C, Begenau J, Prinz V, Schleiermacher S. A Medical Humanities Special Study Module on Principles of Medical Theory and Practice at the Charité, Humboldt University, Berlin, Germany. *Acad Med.* 2003;78(10):1031-1035. DOI: 10.1097/00001888-200310000-00019
39. O'Brien BC, Harris IB, 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
40. Olmos-Vega FM, Stalmeijer RE, Varpio L, Kahlke R. A practical guide to reflexivity in qualitative research: AMEE Guide No. 149. *Med Teach.* 2022;1-11. DOI: 10.1080/0142159X.2022.2057287
41. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77-101. DOI: 10.1191/1478088706qp0630a
42. Koole S, Dornan T, Aper L, Scherpier A, Valcke M, Cohen-Schotanus J, Derese A. Factors confounding the assessment of reflection: a critical review. *BMC Med Educ.* 2011;11:104. DOI: 10.1186/1472-6920-11-104
43. Wald HS, Borkan JM, Taylor JS, Anthony D, Reis SP. Fostering and evaluating reflective capacity in medical education: developing the REFLECT rubric for assessing reflective writing. *Acad Med.* 2012;87(1):41-50. DOI: 10.1097/ACM.0b013e31823b55fa

44. Seidelman WE. Nuremberg lamentation: for the forgotten victims of medical science. *BMJ*. 1996;313(7070):1463-1467. DOI: 10.1136/bmj.313.7070.1463
45. Offer M. *White Coats Inside the Ghetto: Jewish Medicine in Poland During the Holocaust*. Jerusalem: Yad Vashem Publications; 2020.
46. Gruenewald DA. The Best of Both Worlds: A Critical Pedagogy of Place. *Educ Res*. 2003;32(4):3-12. DOI: 10.3102/0013189X032004003
47. González-López E, Ríos-Cortés R. Visiting Holocaust: Related Sites in Germany with Medical Students as an Aid to Teaching Medical Ethics and Human Rights. *Conatus*. 2019;4(2):303-316. DOI: 10.12681/cjp.20963
48. McConnell M. Learning with emotions: The relationship between emotions, cognition, and learning in medical education. *Arch Med Health Sci*. 2019;7(1):11-12. DOI: 10.4103/amhs.amhs_46_19
49. Dornan T, Pearson E, Carson P, Helmich E, Bundy C. Emotions and identity in the figured world of becoming a doctor. *Med Educ*. 2015;49(2):174-185. DOI: 10.1111/medu.12587
50. Wald HS. Insights into Professional Identity in Medicine: Memoirs and Poetry. *Eur Leg Towar New Paradig*. 2011; 16(3):377-384. DOI: 10.1080/10848770.2011.575600
51. Kegan R. What form transforms? In: Mezirow J, editor. *Learning as transformation: Critical perspectives on a theory in progress*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2000. p.35-70.
52. 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
53. Schon D. *Educating the Reflective Practitioner*. San Francisco, VA: Jossey Bass; 1987.
54. Wald HS. Refining a definition of reflection for the being as well as doing the work of a physician. *Med Teach*. 2015;37(7):696-699. DOI: 10.3109/0142159X.2015.1029897
55. Pratt MG, Rockmann KW, Kaufmann JB. Constructing professional identity: The role of work and identity learning cycles in the customization of identity among medical residents. *Acad Manage J*. 2006;49(2):235-262. DOI: 10.5465/amj.2006.20786060
56. Soulard R, editor. *Rilke RM. Letters to a Young Poet*. Portland, Oregon: Scriptor Press; 2001.
57. Wiesel E. *Night*. New York: Hill and Wang; 1961.
58. Wear D, Zarconi J, Kumagai A, Cole-Kelly K. Slow medical education. *Acad Med*. 2015;90(3):289-293. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000581
59. Schön DA. *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. New York: Basic Books; 1984.
60. Boud D, Keogh R, Walker D. *Reflection: Turning experience into learning*. London: Kogan Page; 1985.
61. Moon J. *A handbook of reflective and experiential learning*. Abingdon (England): Routledge; 1999.
62. Ménard L, Ratnapalan S. Reflection in medicine. Models and application. *Can Fam Physician*. 2013;59(1):105-107.
63. Sandars J. The use of reflection in medical education: AMEE Guide No. 44. *Med Teach*. 2009;31(8):685-695. DOI: 10.1080/01421590903050374
64. Mrdjenovich AJ, Moore BA. The professional identity of counselling psychologists in health care: a review and call for research. *Couns Psych Quarterly*. 2004;17(1):69-79. DOI: 10.1080/09515070410001665758
65. Kruse JA, 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*. 2022. DOI: 10.1097/01.NEP.0000000000000996
66. Wald HS, Hildebrandt S. Why we must teach medical students about the role of physicians during the Holocaust. *AAMC*; 2022. Zugänglich unter/available from: <https://www.aamc.org/news-insights/why-we-must-teach-medical-students-about-role-physicians-during-holocaust>
67. Wald HS, Mandelbaum DE. Holocaust and Medicine Legacy for Child Neurology Education and Practice: Contemporary Relevance of a Dark History. *Ped Neurology*. 2021;117:27-28. DOI: 10.1016/j.pediatrneurol.2021.01.003
68. Orr Z, Romem A. Teaching the Holocaust in Nursing Schools: The Perspective of the Victims and Survivors. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(17):8969. DOI: 10.3390/ijerph18178969
69. Weisberg, DF. Science in the Service of Patients: Lessons from the Past in the Moral Battle for the Future of Medical Education. *Yale J Biol Med*. 2014;87(1):79-89.
70. Caplan AL. *When medicine went mad. Bioethics and the Holocaust*. New York: Springer Science & Business; 1992. DOI: 10.1007/978-1-4612-0413-8
71. Ofri D. The Covenant. *Acad Med*. 2019;94(11):1646-1648. DOI: 10.1097/ACM.0000000000002957
72. Meyer J, Land R. Threshold Concepts and Troublesome Knowledge: Linkages to Ways of Thinking and Practising within the Disciplines. In: Rust C, editor. *Improving Student Learning Theory and Practice - 10 Years on*. Oxford: Oxford Centre for Staff & Learning Development; 2003. p.412-424.
73. Horton R. Offline: Medicine and the Holocaust: Time to Teach. *Lancet*. 2019;394(10193):105. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)31608-3
74. Reeve C, Woolley T, Ross SJ, Mohammadi L, Halili Jr SB, Cristobal F, Neusy AJ. The impact of socially-accountable health professional education: A systematic review of the literature. *Med Teach*. 2017;39(1):67-73. DOI: 10.1080/0142159X.2016.1231914
75. Borkan J. Immersion/crystallization. In: Crabtree BR, Miller WL, editors. *Doing qualitative research*. Thousand Oaks (CA): Sage; 1999. p.179-194.
76. Barry CA, Britten N, Barber N, Bradley C, Stevenson F. Using reflexivity to optimize teamwork in qualitative research. *Qual Health Res*. 1999;9(1):26-44. DOI: 10.1177/104973299129121677

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)2302/926-78607
claudia.kiessling@uni-wh.de

Bitte zitieren als

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, URN: urn:nbn:de:0183-zma0016064

Artikel online frei zugänglich unter
<https://doi.org/10.3205/zma001606>

Eingereicht: 04.08.2022
Überarbeitet: 27.11.2022
Angenommen: 30.01.2023
Veröffentlicht: 17.04.2023

Copyright

©2023 Riesen 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/>.