

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin,
Präventive und Rehabilitative Medizin
der Philipps-Universität Marburg.
Leitung: Prof. Dr. med. Annette Becker

Global Health als Themenfeld in der medizinischen Ausbildung – eine qualitative Studie unter Global Health-Lehrenden in Deutschland

Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Medizin
dem Fachbereich Humanmedizin der Philipps-Universität Marburg vorgelegt
von Matthias Havemann aus Hagen.

Marburg 2021

Angenommen vom Fachbereich Humanmedizin der Philipps-Universität Marburg am
04.02.2021

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs

Dekanin: Frau Prof. Dr. D. Hilfiker-Kleiner

Referent: Herr Prof. Dr. S. Bösner

Korreferent: Herr Prof. Dr. Dr. P. H. Kann

1 Verzeichnisse

1.1 Inhaltsverzeichnis

1	Verzeichnisse	3
1.1	Inhaltsverzeichnis	3
1.2	Abkürzungsverzeichnis	5
1.3	Abbildungsverzeichnis	6
1.4	Tabellenverzeichnis	7
2	Einleitung	8
2.1	Globalisierung und Gesundheit	8
2.2	Definitionen von Global Health	12
2.3	Global Health-Lehre in Deutschland	17
3	Fragestellung	18
4	Methoden	19
4.1	Methodologie	19
4.2	Literaturrecherche	26
4.3	Sampling und Rekrutierung	27
4.4	Interviews	29
4.5	Auswertung	30
4.6	Triangularisierung und Teilnehmervalidierung	33
4.7	Datenschutz und Ethik	36
5	Ergebnisse	36
5.1	Studiencharakteristika	36
5.2	Erste Hauptfrage: Was ist Global Health?	38
5.3	Zweite Hauptfrage: Was gehört zu GH?	51
5.4	Dritte Hauptfrage: Wie kann GH unterrichtet werden?	61
5.5	Vierte Hauptfrage: Was ist für die Zukunft von GH wichtig?	71

5.6	Validierungssurvey.....	77
5.7	GH als Umbrella Term: Ein zusammenfassendes Modell	77
6	Diskussion.....	81
6.1	Methodik.....	81
6.2	Ergebnisse	88
6.3	Limitationen und Stärken.....	118
6.4	Global Health als Umbrella Term	120
7	Abstract.....	122
8	Zusammenfassung.....	124
9	Literaturverzeichnis	126
10	Anhang.....	147
	Anhang A Übersicht über Definitionen von Global Health	147
	Anhang B Zusammenschau von Global Health-Unterrichtsinhalten	150
	Anhang C Studieninfo und Einverständniserklärung.....	151
	Anhang D Interviewleitfaden.....	153
	Anhang E Transkriptionsregeln	155
	Anhang F Codebäume.....	156
	Anhang G Online-Fragebogen	160
	Anhang H Ergebnisse Online-Umfrage	170
	Anhang I Ethik-Votum	173
	Anhang J Berichterstattung zu Global Health in den Medien	175
11	Verzeichnis der akademischen Lehrer.....	179
12	Danksagung	180

1.2 Abkürzungsverzeichnis

AIDS	Acquired Immuno-Deficiency Syndrome
API	Application Programming Interface
CUGH	Consortium of Universities for Global Health
GH	Global Health
GTM	Grounded Theory Methodologie
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IH	International Health
MOOC	Massive Open Online Course
MSF	Médecins Sans Frontières (Ärzte ohne Grenzen)
NCD	Non-communicable Disease (Nichtübertragbare Krankheit)
NGO	Non-Governmental Organisation
NKLM	Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin
PH	Public Health
SDG	Sustainable Development Goals
SDH	Social Determinants of Health
TM	Tropenmedizin
WHO	World Health Organization
WTO	World Trade Organization

1.3 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Soziale Determinanten von Gesundheit.	11
Abbildung 2 Übersicht eines Frameworks zum Einfluss von Globalisierung auf Gesundheit. 11	
Abbildung 3 Pragmatistischer Problemlösungszyklus nach Dewey.	22
Abbildung 4 Übersicht über die iterative Vorgehensweise für diese Studie.	25
Abbildung 5 Zeitlicher Ablauf der einzelnen Forschungsschritte.	25
Abbildung 6 Initiales Card-Sorting der First-Level-Codes.	31
Abbildung 7 Kategorienbildung mittels Card-Sorting	32
Abbildung 8 Prinzip der multidimensionalen Triangularisierung.	34
Abbildung 9 Historischer Hintergrund und Entwicklung von Global Health.	39
Abbildung 10 Global Health als Umbrella Term mit Kern- und Halbschatten	44
Abbildung 11 Theoretisch mögliche Verhältnisse zwischen Global Health und Public Health als Venn-Diagramme.	45
Abbildung 12 Global Health im Verhältnis zu Public Health, International Health und Tropenmedizin.	51
Abbildung 13 Unterrichtsthemen nach einer ersten Kategorisierung.	53
Abbildung 14 Aufteilung der GH-Themen nach inhaltlichen Clustern und in zentrale und erweiterte Aspekte.	54
Abbildung 15 Übergeordnete Ziele des Global Health-Unterrichts und ihre Verknüpfung. ..	60
Abbildung 16 Die drei Zielgruppen für Global Health-Lehre.	61
Abbildung 17 Beispielhaftes Modell für eine Lernspirale.	70
Abbildung 18 Zusammenfassendes Modell von GH als Umbrella Term.	79
Abbildung 19 Beispielhafte thematische Ausarbeitung der Querschnittsthemen.	80
Abbildung 20 Publikationen zur Weltgesundheitsorganisation pro Jahr von 1946-2019	110
Abbildung 21 Publikationen zur Weltgesundheitsorganisation pro Jahr von 2011-2019	110
Abbildung 22 Aufteilung der bei Ärzte ohne Grenzen angestellten Mitarbeiter nach Berufsgruppe.	112
Abbildung 23 Anteil der internationalen und nationalen Mitarbeiter bei MSF-Einsätzen....	113
Abbildung 24 Anzahl der jährlichen Artikel zu "Globaler Gesundheit"	176
Abbildung 25 Anzahl der jährlichen Artikel zu "Weltgesundheitsorganisation"	176
Abbildung 26 Vergleich der jährlichen Veröffentlichungen in englischsprachigen Medien. 177	
Abbildung 27 Anzahl der jährlichen Artikel zu "Global Health" und zur "World Health Organization" in der Financial Times.	177

1.4 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Vergleich von Global, International und Public Health.....	14
Tabelle 2 Paradigmen in der qualitativen Forschung und ihre Grundannahmen	20
Tabelle 3 Charakterisierung der Interview-Teilnehmer	36
Tabelle 4 In Interviews benannte Formate des Global Health-Unterrichts.....	66
Tabelle 5 Beispiel für die Themen einer Lernspirale	71
Tabelle 6 Fünf Metaphern zu Global Health Policies.....	93
Tabelle 7 Aspekte des Verständnisses von „global“ in Global Health	96

2 Einleitung

2.1 Globalisierung und Gesundheit

Die medizinische Praxis in Deutschland wird zunehmend von Faktoren beeinflusst, die über nationale Gesundheitssysteme, klassische Ländergrenzen oder internationale Organisationen hinausgehen: Der Fluss und Austausch an Waren, Informationen, Gesundheitsfachkräften, Patienten und auch Krankheitserregern über Ländergrenzen hinweg hat deutlich zugenommen. In den letzten Jahren waren es Erreger wie Ebola (Heymann *et al.* 2015, Zacharowski *et al.* 2015), MERS (Pavli *et al.* 2014), SARS (Razum *et al.* 2003, Porten *et al.* 2006) oder auch Multi- oder Extensiv-Drug-resistente Tuberkulose (Blaas *et al.* 2008, Diel *et al.* 2014), die Versorgung von Geflüchteten (Hanewald *et al.* 2017, Bozorgmehr *et al.* 2019), die Migration von Gesundheitsfachkräften (Dussault *et al.* 2009), der Einfluss des deutschen Patentrechts auf den Zugang zu lebenswichtigen Medikamenten in Ländern des globalen Südens (Arkininstall *et al.* 2011, Shadlen *et al.* 2019) oder ganz aktuell die SARS-CoV2-Pandemie (Zhu *et al.* 2020) und die deutsche EU-Ratspräsidentschaft (Bergner & Voss 2020), die unser Gesundheitssystem beeinflusst haben.

Zusammengefasst werden diese Phänomene oft unter dem Begriff „Global Health“ (GH). Dieser Begriff hat in den letzten 30 Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Eine Suche bei Pubmed ergibt aktuell 100.846 Treffer zu „Global Health“ (Stand 19.11.2019). Held *et al.* (1999) schlagen in ihrem Buch „Global Transformations“ drei große Lager in Bezug auf das Globalisierungs-Verständnis vor. Das eine Lager seien die „Hyperglobalisierer“. Hier führe der globale Markt durch „transnationale Netzwerke“ zu einer „Denationalisierung“ mit immer weiter abnehmender politischer Autorität und die Globalisierung stelle praktisch alle Bereiche des Lebens auf den Kopf. Das zweite Lager wird als „Globalisierungs-Skeptiker“ bezeichnet. Diese sähen auf Basis von Handelsstatistiken am ehesten „erhöhte Level einer Internationalisierung“, wie es sie aber auch zuvor in der Geschichte gegeben habe. Sie sähen sogar im Gegenteil teilweise eine vermehrte „Regionalisierung“ mit rückläufiger Integration und eher verstärkter Rolle der nationalen Regierungen. Als letzte Gruppe werden die „Transformationalisten“ charakterisiert. Diese sähen in der Globalisierung „eine zentrale Kraft, die zu rapiden sozialen, politischen und ökonomischen Veränderungen führt, die die modernen Gesellschaften und Weltordnung neu formen“ wobei dies kein linearer Prozess sei und in vielen verschiedenen Faktoren begründet sei (jeweils eigene Übersetzung nach Held *et al.* (1999)).

Die verschiedenen Theorien zur Globalisierung unterscheiden sich jeweils in der Konzeptualisierung, der zeitlichen Einordnung, den Zielen sowie den potentiellen Auslösern und Einflüssen. Beispielhaft beschreibt Joseph Stiglitz Globalisierung primär als ein ökonomisches Phänomen im Sinne einer Liberalisierung der Märkte. Er definiert Globalisierung als „the removal of barriers to free trade and the closer integration of national economies” (Stiglitz 2002, S. IX) und sieht auch in seinem späteren Buch die ökonomischen Aspekte als zentral an (Stiglitz 2006).

Die vorliegende Arbeit stützt sich in ihrem Verständnis von Globalisierung vor allem auf den Soziologen Jan Aart Scholte:

„Globalization is best understood as a reconfiguration of social geography marked by the growth of transplanetary and supraterritorial connections between people” (Scholte 2005, S. 8)

Er argumentiert, dass Globalisierung sich nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ von einer Internationalisierung unterscheide (Scholte 2008). Globalisierung sei mehr als „Internationalisierung [...] Liberalisierung [...] Universalisierung [...] Westernisierung“. Es sei vielmehr die „Ausbreitung transplanetarer und in letzter Zeit vor allem supraterritorialer Verbindungen zwischen Menschen“ (Scholte 2005). Die Globalisierung habe zur Veränderung des wahrgenommenen sozialen Raums beigetragen, indem dieser immer mehr supraterritorial (also losgelöst von klassischen territorialen, das heißt nationalen oder kontinentalen Grenzen) erlebt werde. Entscheidend sei dabei, dass immer mehr Ereignisse weltweit nahezu gleichzeitig („Simultaneity“) und unverzüglich („Instantaneity“) erfolgen könnten, auch wenn sie sich weiterhin in klassischen territorialen Entitäten auswirken. Diese Ambiguität der zunehmenden Bedeutung des globalen Raums bei gleichzeitig wiedererstarkender Lokalisierungs- und Regionalisierungstendenz trage entscheidend zur inerten Komplexität der Globalisierung bei (Scholte 2008, 2014).

Mit diesem Verständnis lässt sich Globalisierung als ein gesellschaftliches Phänomen charakterisieren, das durch die Zunahme transplanetarer Konnektivität (das heißt durch den Fluss von Informationen, Technologien, Finanzmitteln, Gütern, Kulturgütern) zu einem neuen sozialen Raum mit veränderten Interaktionswegen und sozialen sowie politischen Ordnungen führt, die durch ein hohes Maß an Gleichzeitigkeit und Schnelligkeit gekennzeichnet sind. Diese transplanetare Konnektivität führt zu neuen supraterritorialen Einflüssen, die sich dann sowohl Territorien-unabhängig als auch innerhalb der klassischen Territorien auswirken. Die

Auswirkungen dieses Phänomens werden zum Beispiel in den Bereichen des „sozialen Lebens, unter anderem in der Kommunikation, Reisen, Produktion, Märkten, Geld, Finanzen, Organisationen, Militär, Ökologie, Gesundheit, Gesetzgebung und dem allgemeinen Bewusstsein“ (Scholte 2005, S. 49) deutlich.

Einfluss auf Gesundheit

In der Literatur werden eine Reihe von verschiedenen Modellen zu den Auswirkungen der Globalisierung auf die Gesundheit beschrieben. Zentrales Konzept sind hierbei die sozioökonomischen Determinanten von Gesundheit (Wilkinson & Marmot 2003, Marmot 2005, CSDH 2008). Die sozioökonomischen oder auch kurz sozialen Determinanten von Gesundheit (SDH) beschreiben dabei zunächst auf nationaler und lokaler Ebene wie sich über Biologie und Genetik hinausgehende Faktoren auf die Gesundheit auswirken und sich auch Gesundheit zurück auf die anderen Faktoren auswirkt (Feedback-Mechanismus). So wirkt sich der sozioökonomische und politische Kontext als strukturelle Determinante auf die soziale Position der Bürger, deren Ausbildung, Berufsmöglichkeiten und Einkommen aus. Zusammen mit weiteren Faktoren wie materiellen Ressourcen, sozialem Zusammenhalt und psychosozialen Faktoren wirken sich diese Determinanten auf das Gesundheitssystem und damit auf die Gesundheit und das Wohlergehen aus. Gesundheit und Wohlergehen wiederum haben sowohl Auswirkungen auf den sozioökonomischen und politischen Kontext (strukturelle Determinanten) als auch auf den sozialen und ökonomischen Status der Bevölkerung (intermedierende Determinanten). Dieses Modell der SDH (**Abbildung 1**, S.11) lässt dabei die supraterritorialen und ökologischen Einflüsse außen vor.

Woodward *et al.* (2001) haben noch vor der Publikation der SDH ein Modell entwickelt, das den Einfluss der Globalisierung auf Gesundheit beschreibt. Das Outline dazu findet sich in **Abbildung 2** (S.11). Labonte & Schrecker (2007) haben auf diesem Modell aufbauend in einer dreiteiligen Serie aufgezeigt, wie Globalisierung und die SDH zusammenwirken und wie dies Verständnis zu einem neuen methodischen Framework in den Gesundheitswissenschaften führt.

Ein weiteres Modell von Huynen *et al.* (2005) zeigt auf, wie sich die Globalisierung auf die institutionellen, ökonomischen, soziokulturellen und umweltbedingten Determinanten von Gesundheit auf verschiedenen Ebenen auswirkt: auf kontextueller / globaler, auf einer weiter entfernten (distalen, z.B. regionalen / nationalen) und auf einer nah an der Bevölkerung stehenden (proximalen, z.B. lokalen) Ebene.

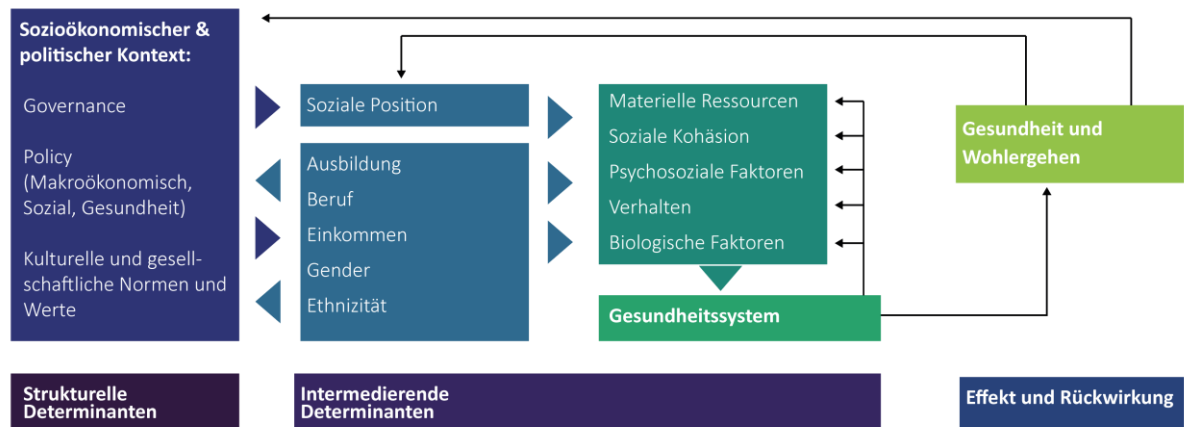


Abbildung 1 Soziale Determinanten von Gesundheit.
 Übersetzt und adaptiert nach CSDH (2008) und Solar & Irwin (2010)

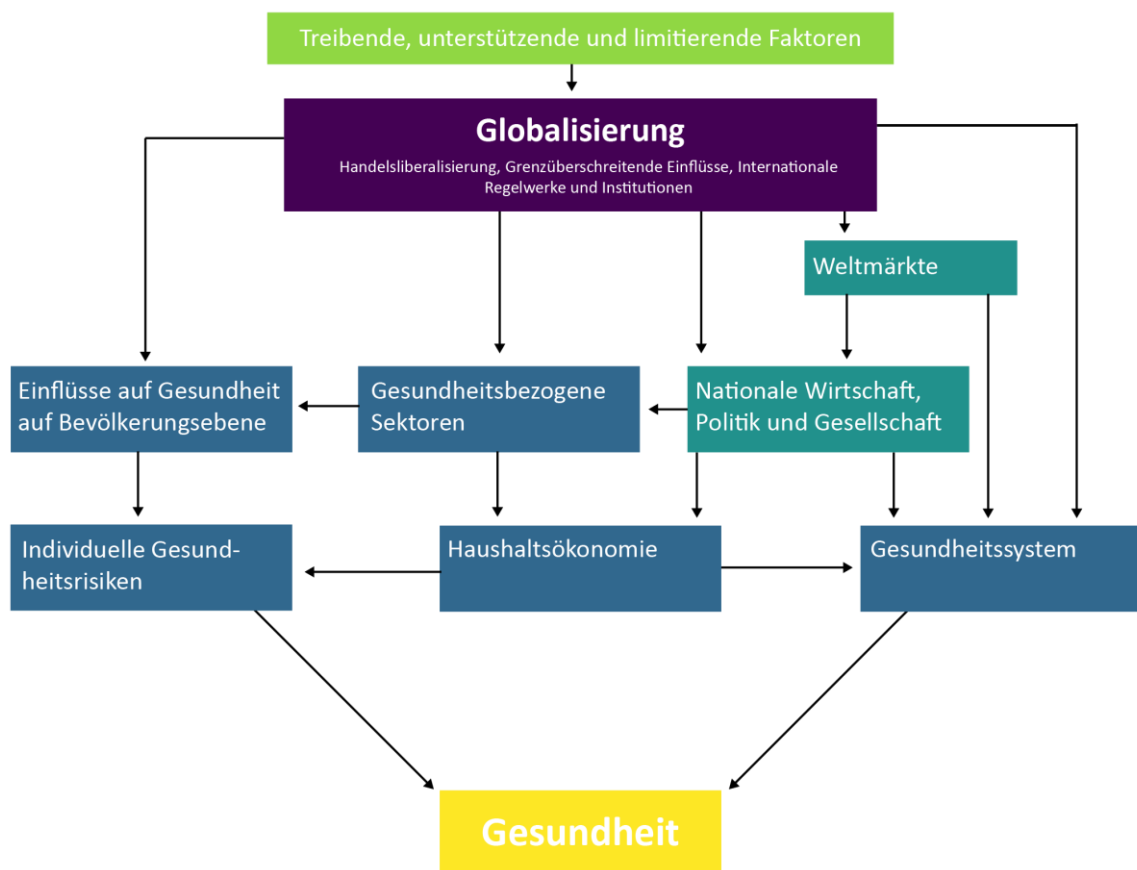


Abbildung 2 Übersicht eines Frameworks zum Einfluss von Globalisierung auf Gesundheit.
 Übersetzt und adaptiert nach Woodward et al (2001) und Woodward et al. (2002). Dort auch detaillierter Flowchart insbesondere zu den Einflüssen auf Bevölkerungsebene.

Gemein ist den Modellen zum Einfluss der Globalisierung auf die Gesundheit eine multifaktorielle Genese der Gesundheitsveränderungen, sowohl auf nationaler als auch auf lokaler Ebene. Die Modelle zeigen, dass für eine langfristige erfolgreiche Gesundheitsversorgung der Einfluss der Globalisierung mit bedacht werden muss, weil er direkte Auswirkungen auf die Gesundheit der Bürger, Patienten und des Gesundheitspersonals hat.

2.2 Definitionen von Global Health

Die geläufigste und am häufigsten zitierte Definition stammt von Koplan *et al.* (2009) für das Consortium of Universities for Global Health (CUGH):

„[G]lobal health is an area for study, research, and practice that places a priority on improving health and achieving equity in health for all people worldwide. Global health emphasises transnational health issues, determinants, and solutions; involves many disciplines within and beyond the health sciences and promotes interdisciplinary collaboration; and is a synthesis of population-based prevention with individual-level clinical care.“

Diskutiert werden in Bezug auf diese Definition vor allem vier große Fragenkomplexe: (1) die Bedeutung von „global“ in GH, (2) die Entität von GH, (3) die Abgrenzung zu Public Health (PH) und International Health (IH) und (4) der Einschluss eines normativen oder wertbasierten Zieles. Eine Übersicht über die in der Literaturrecherche identifizierten Definitionen findet sich in **Anhang A**.

Verständnis von „Global“

Das Adjektiv „global“ kann dabei zunächst im einfachsten Sinne – wie im ersten Satz der obigen Definition – als „weltweit“ verstanden werden. Global bedeute aber auch automatisch, dass es sich um komplexe Themengebiete handele (Benatar 2009, Bozorgmehr 2010, Matlin *et al.* 2015) oder eine „Assemblage aus globalen, nationalen und subnationalen Faktoren in einem bestimmten lokalen Kontext“ (Janes & Corbett 2009). In der Regel wird „global“ aber parallel zum Globalisierungsverständnis als transnational oder „die nationalen Grenzen überschreitend“ (Bunyavanich & Walkup 2001, HM Government 2008, Beaglehole & Bonita 2010) beschrieben. Bozorgmehr (2010) verwendet – unter Berufung auf Scholte den Term „supraterritorial“. Die Differenzierung zwischen global und international ist dabei insbesondere für die Abgrenzung zu anderen Entitäten wie PH und IH relevant.

Die Entität von Global Health

Uneinigkeit gibt es auch bezüglich der Entität von GH. Dabei wird GH wie in der Definition von Koplan *et al.* (2009) als „Gebiet“ oder als „Feld“ (EAGHA 2012, Holmes *et al.* 2014) beschrieben. Daneben gibt es aber auch engere Verständnisse von GH als eigenständige „Disziplin“ (Chen 2014, Adams *et al.* 2016) oder einem anderen Fach untergeordnete „Subdisziplin“ (Holmes *et al.* 2014) und deutlich weitere Verständnisse von GH primär als „Einstellung“ („mindset“ in Jain 1991), als Bewegung (Andrew 2010), als eine Sammlung von Problemen (Kleinman 2010) oder kritisch betrachtet als „Buzz word“ (Bunyavanich & Walkup 2001). Insbesondere im Feld von International Relations und Politikwissenschaften, aber zum Teil auch in den Debatten der GH-Forschenden wird GH dabei nochmal deutlich weiter gefasst: So könne GH am besten als Metapher für verschiedene Aspekte, von denen einer Public Health sei, verstanden werden. Die anderen seien „GH als Außenpolitik, GH als Sicherheit, GH als Wohltätigkeit, GH als Investment“ (Stuckler & McKee 2008). De Cock *et al.* (2013) sprechen primär von „GH Action“ und identifizieren drei Themen von GH „Entwicklung, Sicherheit und Public Health“ (ähnlich in Labonte&Gagnon 2010).

Abgrenzung zu Public Health und International Health

Koplan *et al.* grenzen in ihrer Definition GH zu PH und IH ab und verweisen dabei vor allem auf das geographische Verständnis und multidisziplinäre Ansätze (**Tabelle 1**). Es herrscht weitestgehend Einigkeit darüber, dass sich GH aus IH heraus entwickelt hat (Banta 2001, Beaglehole & Bonita 2010, Elmendorf 2010, Merson *et al.* 2012, S. xviii).^{*} Uneinigkeit herrscht darüber, wieweit GH signifikant anders als IH in Bezug auf Multidisziplinarität (Macfarlane *et al.* 2008b, Frenk & Gómez-Dantés 2017), Multilateralismus (Jain 1991, Brown *et al.* 2006, Benatar *et al.* 2009, Ooms *et al.* 2011) und Postkolonialismus (Hall 2006, Hilts 2008, Horton 2013, King 2016) ist.

Noch schwieriger gestaltet sich die Abgrenzung zu Public Health. Fried *et al.* (2010) kritisieren Koplan's Definition und argumentieren, dass GH und PH ein einziges Feld darstellen, dass nicht voneinander zu unterscheiden sei. Methodisch gäbe es keinen Unterschied, GH bringe primär eine neue Perspektive. Hierbei verhält sich die Diskussion um GH/PH versus Global Public Health ähnlich wie bei International (Public) Health, so dass beides oftmals als Subdisziplin von PH angesehen wird. Dies wird auch in der Abdeckung typischer GH-Themen

^{*} Merson *et al* veröffentlichten die dritte Auflage ihres Buches International Public Health (2006) unter dem Titel Global Health und nahmen darauf auch aktiv in ihrer Definition Bezug (2012, S. xvii).

unter PH deutlich (McKee *et al.* 2001, Beaglehole *et al.* 2004, McKee *et al.* 2005b, 2005a).[†] Vereinzelt wird GH auch als Weiterentwicklung (Holst 2019a) oder als Erweiterung (Holst 2019b) von PH betrachtet. Andere Kritiker weisen darauf hin, dass Gesundheit immer global sei (Holmes *et al.* 2014) und der Einfluss der Globalisierung vor allem in der Sozialmedizin erfasst werde (Kasper *et al.* 2016).

Auch wenn die Frage nach der Einordnung oder Zuordnung umstritten bleibt, sind sich doch die meisten Autoren einig, dass die unter GH verstandenen Themengebiete von großer Relevanz sind für Ärzte, Gesundheitswissenschaftler und darüber hinaus.

Tabelle 1 Vergleich von Global, International und Public Health.

	Global Health	International Health	Public Health
Geographische Ausdehnung	Themen, die direkt oder indirekt Gesundheit betreffen und nationale Grenzen überschreiten können	Themen, die die Gesundheit in anderen Ländern, insbesondere in Low- und Middle Income Countries beeinflussen	Themen, die die Gesundheit einer Bevölkerung oder einer einzelnen Gemeinschaft oder Gegend beeinflussen
Kooperation	Entwicklung und Implementierung von Lösungen, die oft globale Zusammenarbeit benötigen	Entwicklung und Implementierung benötigen in der Regel binationale Zusammenarbeit	Entwicklung und Implementierung benötigen in der Regel keine globale Zusammenarbeit
Individuen oder Bevölkerungen	Umfasst sowohl Prävention auf Bevölkerungsebene als auch klinische Versorgung von Individuen	Umfasst sowohl Prävention auf Bevölkerungsebene als auch klinische Versorgung von Individuen	Vor allem Präventionsprogramme auf Bevölkerungsebene
Zugang zu Gesundheit	Gerechte Gesundheitsverhältnisse zwischen Ländern und für alle Menschen als wichtiges Anliegen	Will Menschen anderer Länder helfen	Gerechte Gesundheitsverhältnisse innerhalb eines Landes oder einer Gemeinschaft als wichtiges Anliegen
Bandbreite an Disziplinen	Hohe Interdisziplinarität und Multidisziplinarität innerhalb und über die Gesundheitswissenschaften hinausgehend	Umfasst ein paar Disziplinen aber keine Betonung von Multidisziplinarität	Strebt multidisziplinäre Ansätze, vor allem in den Gesundheitswissenschaften und den Sozialwissenschaften an

Übersetzt nach Koplan *et al.* 2009.

Eine Definition mit normativem Ziel?

Koplan's Definition enthält als Ziel „die Verbesserung der Gesundheit und gerechte Gesundheitsversorgung [health equity] für alle Menschen weltweit“ (Koplan *et al.* 2009). Das

[†] Während R. Beaglehole 2004 GH noch unter PH unterordnet, weist er in 2010 darauf hin, dass GH sich von PH fundamental unterscheidet.

Einbeziehen von Health Equity in die Definition wird an verschiedenen Stellen skeptisch betrachtet. So sei „dieses Konzept wertbehaftet und trage eine signifikante Menge ideologischen Gepäcks mit sich“, stattdessen sollten akademische Felder weltanschaulich neutral sein und die Inklusion eines Ziels in die Definition sei unüblich (Rowson *et al.* 2012b). Ein normatives Ziel als Teil der Definition könne zu einer Verstrickung („entanglement“) zwischen Fakten und Werten führen (Bozorgmehr 2010).

In dieser Diskussion gibt es drei große Linien, entlang derer sich die Diskussion entfaltet und die miteinander einige Überlappungspunkte haben:

(1) Präskriptive versus deskriptive Definitionen

Hier geht es primär um die Frage, ob eine Definition von GH möglichst exakt den aktuellen Zustand wiedergeben soll (IST-Zustand, deskriptiv), oder vielmehr ein Ideal vorgeben soll, das durch GH angestrebt werden soll (SOLL-Zustand, präskriptiv). Eine unscharfe Trennung berge die Gefahr, dass Diskrepanzen zwischen Ideal und Realität verdeckt blieben oder nicht kritisch reflektiert würden (Bozorgmehr 2010, Ooms *et al.* 2011, Rowson *et al.* 2012b).

(2) Empirische versus normative akademische Disziplinen

Eine der größten Schwierigkeiten einer präskriptiven Definition ist der Unterschied zwischen empirischen (beschreibenden, oftmals naturwissenschaftlichen) Disziplinen und normativen (vorgebenden, oftmals sozialwissenschaftlichen, juristischen, philosophischen) Disziplinen (Ooms 2015). Während empirische Disziplinen von einer grob positivistischen Sichtweise möglichst neutrale wissenschaftliche Daten zur Entscheidungsfindung anstreben, operierten normative Disziplinen auf naturwissenschaftlich nicht belegbaren Grundannahmen. Sobald es – wie bei Public und Global Health – darum gehe, Empfehlungen für politisches Handeln zu geben, werde Wissenschaft automatisch präskriptiv. Und eine präskriptive Aussage basiere zwangsläufig immer auf einer anderen präskriptiven, also normativen Aussage (Ooms & Hammonds 2014). In Jura, der Philosophie oder den Sozialwissenschaften sei es selbstverständlich diese Grundannahmen transparent zu reflektieren. Empirischen Wissenschaftlern falle dies jedoch schwer, da sie den Eindruck von Subjektivität vermeiden wollten und ihnen oftmals auch der Einfluss der philosophischen Vorannahmen nicht unbedingt klar sei:

„Global Health-Forschende, die sich auf normative Themen konzentrieren, sind von der empirischen Forschung abhängig. [...] Genauso benötigen Ärzte und Epidemiologen in Global Health Juristen und Philosophen, um die Konsequenzen unterschiedlicher normativer Ausgangspunkte zu klären.“

(Ooms 2014)

GH-Forschung, die nicht die normativen Voraussetzungen reflektiert und sich als primär technokratisch betrachte, trage im Sinne von „anti-politics“ langfristig ein hohes Missbrauchspotential (McCoy & Singh 2014).

(3) Ist Global Health in sich politisch?

Die dritte Linie beschäftigt sich mit der Frage ob es überhaupt unpolitische Wissenschaft gebe oder ein „rein empirischer evidenzbasierter Ansatz Fiktion sei“ (Askheim *et al.* 2015). Dabei geht es zwar teilweise um wissenschaftliche Grundlagendebatten. Aber im Licht von GH als praxisorientiertem Feld mit häufigen Policy-Empfehlungen bekommen diese neue Relevanz (Brown 2015). Hinzu kommt, dass mit dem globalen, supraterritorialen Charakter von GH und seinen Akteuren, oftmals keine klassische demokratische Legitimation existiere, die Machtstrukturen kontrolliere, was die politische Analyse umso dringlicher mache (Rushton 2015).[‡] Als Beispiele können hier das Institute of Health Metrics and Evaluation, das hinter den Global Burden of Disease-Studien steht, das medizinische Fachjournal „The Lancet“ oder die Bill und Melinda Gates Foundation aufgeführt werden (Shiffman 2014). Einige der kritischen Aspekte dieser Sicht werden in Michael Marmots Diskussion zu seinen Erfahrungen nach der Veröffentlichung des Berichts der Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit deutlich, wobei er vor allem für einen pragmatischen Umgang wirbt (Marmot 2017).

Der Begriff der Gesundheitsgerechtigkeit (Health Equity) kommt inzwischen in den meisten Definitionen vor, auch wenn es bis heute keinen vollständigen Konsens zu dessen Definition gibt (Sen 2002, Braveman 2006, Ooms *et al.* 2019) und sämtliche Untersuchungen von Health Equity auf primär normativen Prämissen basieren (Ooms 2014). Zusammen mit dem Konzept der transnationalen Akteure außerhalb der klassischen nationalstaatlichen politischen Kontrollsysteme und dem hohen Grad an Praxisorientierung ist eine politische Komponente im Feld von GH nahezu unausweichlich:

[‡] Für eine philosophische Analyse der Macht- und Verantwortungsverhältnisse im Bereich globaler Gerechtigkeit siehe Nagel 2005: *The Problem of Global Justice*

„And whether researchers like it or not, we too are part of these political processes, generating evidence that aims to influence decision-making where such decisions are never politically neutral or without consequence.”

(Bruen & Brugha 2014)

2.3 Global Health-Lehre in Deutschland

Im Unterschied zu angelsächsischen Ländern, wo es zahlreiche Lehrangebote in Global Health auf den verschiedensten Ebenen gibt (Macfarlane *et al.* 2008b), ist das Angebot in Deutschland vergleichsweise überschaubar (Matlin *et al.* 2015). In England gibt es im Undergraduate-Bereich Kurse für Medizinstudierende als Wahlfächer (Dotchin *et al.* 2010) oder auch als Intercalated Bachelor Degree (Yudkin *et al.* 2003), und dann eine Vielzahl an Masterstudiengängen im Postgraduate-Bereich (Harmer *et al.* 2015). In den USA und Kanada haben zahlreiche Universitäten Global-Health Centres und Masterprogramme eingerichtet (Stapleton *et al.* 2006, Macfarlane *et al.* 2008a, Quinn 2008, Murdoch-Eaton *et al.* 2011, Wipfli & Kotlewski 2014). Darüber hinaus nimmt die Entwicklung von internet-basierten Distance Learning-Kursen deutlich zu (Bollinger *et al.* 2011, Goldner & Bollinger 2012, Gruner *et al.* 2015).

Weltweit (Smith R & Richards 2002, Drain *et al.* 2007, Göpfert *et al.* 2014) und auch in Deutschland (Bruchhausen & Tinnemann 2011) übersteigt die Nachfrage nach GH-Lehre insbesondere an medizinischen Fakultäten das Angebot. In einer Querschnittsstudie unter Medizinstudierenden in Deutschland sprachen sich 94.0% (861/916 befragten Studierenden) für die Einführung von GH in die medizinischen Ausbildung aus, während nur 7% der Meinung waren, es gebe ausreichend GH-Angebote (Bozorgmehr *et al.* 2010a, Bozorgmehr *et al.* 2010b). Ähnliche Ergebnisse fanden sich auch in einer Befragung aus 2016: nur 8% der Befragten befanden das bestehende Angebot als ausreichend (Kaffes *et al.* 2016). Diese Studie identifizierte insgesamt 33 GH Education Aktivitäten an 18 deutschen Universitätsstandorten. Für den deutschsprachigen Raum gibt es seit 2009 eine Empfehlung zu GH in der medizinischen Ausbildung mit Lernzielen und methodischen Empfehlungen, auf die viele Kurse Bezug nehmen (BVMD 2009).

Sowohl für den Forschungs-Sektor (Jahn *et al.* 2015, Gabrysch & Jaehn 2018) als auch für den Ausbildungssektor (Wildner *et al.* 2018) nimmt die Forderung nach GH-Angeboten deutlich zu. Entscheidende Entwicklungen der letzten Jahre parallel zu dieser Studie waren der Bericht der Nationalen Akademie der Wissenschaften zur Zukunft von Public Health in Deutschland

mit klaren Empfehlungen zur Stärkung von Forschung und Lehre in GH (Leopoldina 2015), die Strategie der Bundesregierung zu Globaler Gesundheit (Bundesregierung 2013) sowie die Eröffnung des Global Health Hub Germany (Green 2019b). Für die Überarbeitung der Strategie der Bundesregierung wurde 2018 ein Multi-Stakeholder-Prozess initiiert (BGM 2018). Für die Nachwuchsorganisationen wurde federführend vom BVMD ein Positionspapier mit deutlicher Betonung der Notwendigkeit zum Ausbau der Forschung & Lehre in Globaler Gesundheit eingereicht (BVMD 2018).

Zusammengefasst zeigt sich damit, dass Deutschland im internationalen Vergleich weiterhin zurückliegt, gleichzeitig aber durch die aktuellen Entwicklungen der Bedarf an GH-Lehre deutlich wird und auch in politischen Strategien reflektiert wird. Trotz allem gibt es bereits einige innovative und auch deutschlandweit gewürdigte Lehrprojekte zu Globaler Gesundheit (Knipper *et al.* 2015, Stifterverband 2018).

3 Fragestellung

Aus der Literaturrecherche wird deutlich, dass die Globalisierung einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit und Gesundheitsversorgung hat. Aus multiplen Gründen wird deshalb die Integration von GH-Aspekten in die medizinische Ausbildung gefordert. Hierzu gibt es weltweit einige Ansätze und Vorschläge zur konkreten Gestaltung, jedoch auch etliche Unklarheiten, insbesondere zur Definition, Inhalten und Didaktik.

Diese Arbeit geht der Frage nach, wie GH von Akteuren in der medizinischen Ausbildung in Deutschland verstanden wird und wie Lehrangebote aktuell aussehen und in der Zukunft aussehen könnten. Dabei orientiert sie sich an vier großen Themenblöcken:

1) Was ist GH?

Wie wird GH von Lehrenden in Deutschland verstanden? Wie gehen sie mit der Vielfalt an Definitionen um? Welche Rolle spielt das in ihrem Unterricht? Gibt es Unterschiede zum Beispiel zu US-amerikanischen Konzepten?

2) Welche Themen gehören zu GH?

Was decken Lehrende in Deutschland unter dem Begriff GH ab? Welche Themen sind für sie essentiell? Gibt es einen Konsensus zu bestimmten Kernthemen? Wie werden GH-Themen abgegrenzt? Wonach entscheiden sie welche Themen sie behandeln?

3) **Wie kann GH unterrichtet werden?**

Welche Unterrichtsformen verwenden die Lehrenden oder halten sie für sinnvoll? Welche didaktischen Vorgehensweisen haben sich bewährt? Gibt es spezifische Charakteristika, die GH-Unterricht ausmachen?

4) **Was ist wichtig für die Zukunft von GH?**

Wie blicken GH-Lehrende in Deutschland in die Zukunft? Was ist ihnen für GH wichtig? Wie soll sich das Feld weiterentwickeln? Welche Rolle werden künftige Mediziner aus Deutschland in GH spielen?

4 Methoden

4.1 Methodologie

Methodenwahl

Durch die initiale Literaturrecherche wurde deutlich, dass GH in sich – aber gerade auch in der medizinischen Ausbildung und Lehrforschung – bei weitem nicht so leicht abgrenzbar oder klar definierbar ist, wie es von außen erscheinen kann. Vielmehr scheint es ein multidimensionales Konstrukt zu sein, das von verschiedensten Akteuren in verschiedenen Settings unterschiedlich gefüllt wird. Um dieser Komplexität gerecht zu werden und neue, unerwartete Ansätze und Konzepte abbilden und entdecken zu können, haben wir uns für eine explorative, primär induktive Methodologie auf Basis der Grounded Theory entschieden.

Grounded Theory Methodologie

Glaser and Strauss entwickelten ihre Methodologie „um den Graben zwischen Theorie und Forschung zu überwinden“ (Glaser & Strauss 1967). Während oftmals Hypothesen / Theorien durch empirische Forschung geprüft werden (Deduktion), will die Grounded Theory Methodologie (GTM) Theorien und Hypothesen aus empirischen Daten generieren (Induktion). Der Name „Grounded Theory“ kommt dabei von der Idee, Theorien in sozialwissenschaftlichen, (vorrangig aber nicht ausschließlich) qualitativen Daten zu „gründen“. Die Erstbeschreiber, beide Soziologen, brachten dabei Ihre Erfahrungen aus der quantitativen und qualitativen Soziologie zusammen. Zentrale Merkmale der GTM sind eine systematisch iterative, kontinuierlich zwischen Erhebung und Ergebnissen abgleichende Vorgehensweise, theoretisches Sampling, ein hohes Maß an Reflexion von Seiten der Forschenden und ein primär induktives Vorgehen. Die GTM ist dabei auch in der

(medizinischen) Lehrforschung erfolgreich eingesetzt und empfohlen worden (Harris 2003, Kennedy & Lingard 2006, Watling & Lingard 2012).

Epistemologie

Nach der gemeinsamen Publikation 1967 haben die beiden Autoren die GTM in verschiedene Richtungen weiterentwickelt (Mey & Mruck 2010). Die vorliegende Arbeit folgt dabei weitestgehend dem Verständnis, das Anselm Strauss zusammen mit Juliet Corbin entwickelt hat (Corbin & Strauss 2015a). Zentrale Unterschiede liegen dabei in den zugrunde liegenden Annahmen zur Hermeneutik (Rennie 2005) und Epistemologie (Strübing 2007). Corbin und Strauss, aber auch andere (Annells 1996, Denzin & Lincoln 2017), weisen darauf hin, wie entscheidend die Reflexion über eigene epistemologische Annahmen des Forschenden ist.

Tabelle 2 stellt die Hauptunterschiede der verschiedenen Paradigmen und ihrer ontologischen und epistemologischen Grundannahmen dar.

Tabelle 2 Paradigmen in der qualitativen Forschung und ihre Grundannahmen

	Positivismus	Postpositivismus	Kritische Theorien etc.	Konstruktivismus
Ontologie	Naiver Realismus – reale und erfassbare Realität	Kritischer Realismus – reale Realität, aber nur unvollständig und probabilistisch erfassbar	Historischer Realismus – virtuelle Realität, die von sozialen, politischen, kulturellen, ökonomischen, ethnischen und geschlechtsbezogenen Werten geformt wird; kristallisiert sich im Laufe der Zeit	Relativismus – lokal und spezifisch konstruierte Realitäten
Epistemologie	Dualistisch / Objektivistisch, Ergebnis von Forschung ist Wahrheit	Angepasst dualistisch / objektivistisch, kritische Tradition, Ergebnis von Forschung ist wahrscheinlich wahr	Transaktional / subjektivistisch; Ergebnisse werden von Werten beeinflusst	Transaktional / subjektivistisch; Forschungsergebnisse werden „geschaffen“
Methodologie	Experimentell oder manipulierend, Testen von Hypothesen, primär quantitativ	Angepasst experimentell / manipulierend, kritischer Multiplismus*, Falsifizierung von Hypothesen, kann qualitative Methoden einschließen	Dialogisch / Dialektisch	Hermeneutisch / Dialektisch

Tabelle übersetzt nach Guba & Lincoln (1994). *Kritischer Multiplismus: siehe auch methodischer oder kritischer Pluralismus (Letourneau & Allen 1999, Krausz 2002)

Der Autor dieser Arbeit verortet sich selber primär in der post-positivistischen Tradition, am ehesten im kritischen Realismus (Clark 2008). Ohne ontologisch die Existenz einer Realität

abzuerkennen, spiegelt der kritische Realismus die Komplexität menschlichen Handelns und Denkens zwischen strukturellen Determinanten und individueller Handlungsfähigkeit wider und macht es so möglich soziale Phänomene in ihrer Ambiguität, interaktionistischen Dynamik und aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten. Dabei können Aspekte kritischer Theorien / des Poststrukturalismus integriert werden ohne sie zur bestimmenden Weltanschauung zu erheben oder ihre ontologischen Grundannahmen zu teilen (Cruickshank 2012).

Die klassische GTM, insbesondere nach Glaser, wird zumeist dem symbolischen Interaktionismus zugeordnet (Annells 1996), der oftmals als eng verwandt mit dem Pragmatismus angesehen wird (Timmermans & Tavory 2012). Damit wird die GTM zumeist auch als postpositivistisch eingeordnet, es gibt aber Stimmen und Aussagen, die insbesondere Glaser ein positivistisches Verständnis zuschreiben, während andere die GTM auch für sehr gut mit konstruktivistischen Paradigmen vereinbar halten (Annells 1996).

Einer der zentralen Diskussionspunkte ist dabei die Frage nach der Induktion in der Theoriebildung. Kritiker halten der Grounded Theory entgegen, dass die Ergebnisse nicht induktiv, sondern primär abduktiv entstünden (Reichert 2007). Abduktion kann vereinfacht als die „Entstehung von kreativen Geistesblitzen“ (Breuer 2010) beschrieben werden. Strübing verortet die GTM im Pragmatismus und nutzt den Problemlösungszyklus nach Dewey (1938) um die Rolle der Abduktion zu beschreiben (Strübing 2014, S. 43):

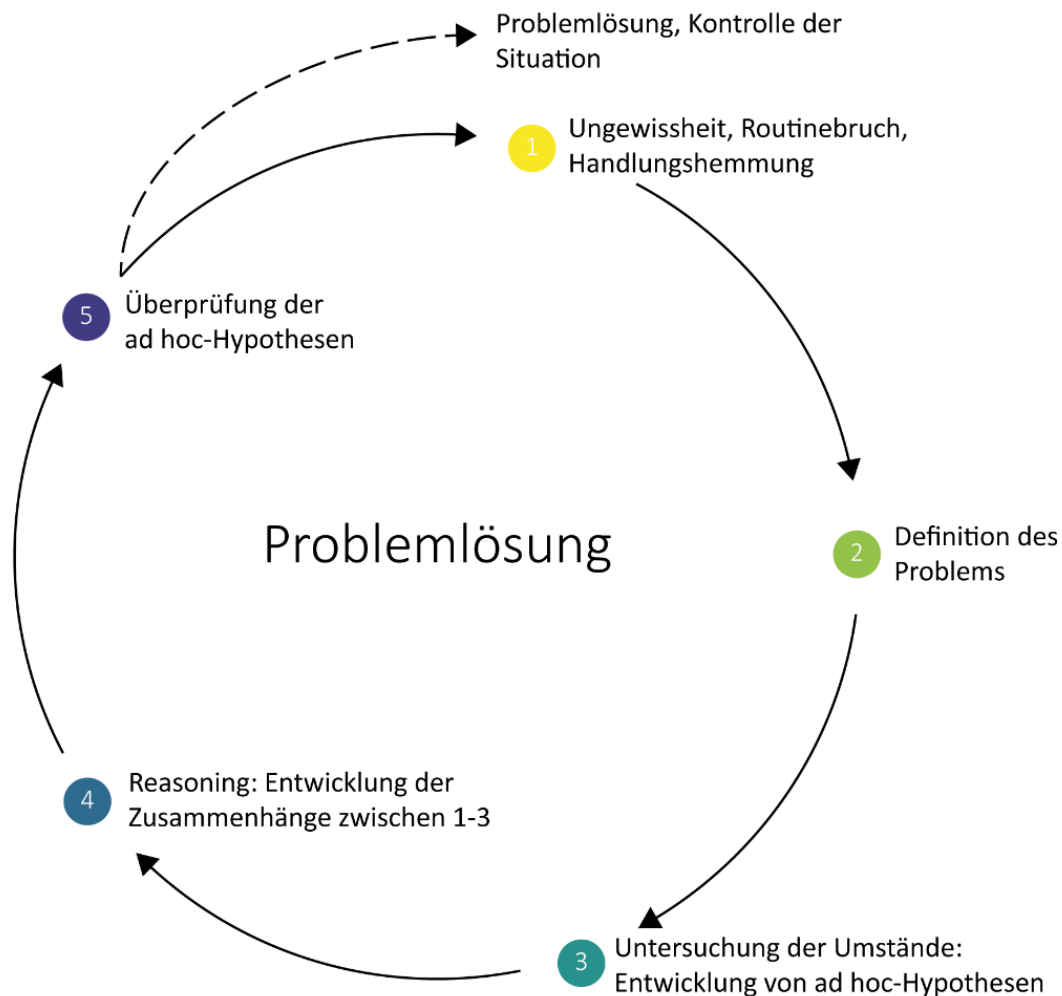


Abbildung 3 Pragmatistischer Problemlösungszyklus nach Dewey.
Adaptiert nach übersetzter Fassung in Strübing 2014.

Der in **Abbildung 3** dargestellte Zyklus wird nach Dewey bei der Problemlösung im Alltag, aber genauso im Forschungsprozess durchlaufen, bis aus der Ungewissheit Gewissheit geworden ist, oder aus der Handlungshemmung eine Kontrolle der Situation. Für den Forschungsprozess ist der *erste Schritt* der initiale Impuls, der die Suche nach einer Lösung auslöst. Dies ist in der Regel die Konfrontation mit Ungewissheit, oder das Feststellen eines Widerspruchs zwischen Theorien, oder auch zwischen Vorerfahrungen und neuen Erfahrungen oder Erkenntnissen. Im *zweiten Schritt* folgt die Bewusstmachung und Definition des Problems, ähnlich dem Ausformulieren einer Forschungsfrage. Im *dritten Schritt* kommt es zur Entwicklung von ad hoc-Hypothesen, oftmals in Form von ersten Ideen oder Vorschlägen, die dann im *vierten Schritt* zu konkreten Lösungsansätzen weiterentwickelt und dann in *Schritt fünf* getestet werden. Entscheidend ist dabei die Frage, was in Schritt drei passiert. Hier richtet sich die Kritik vor allem gegen die Idee, dieser Schritt könne rein induktiv erfolgen. So schreibt Kelle von einem „inductivist self misunderstanding“ (Kelle 2005), das

davon ausgehe, dass die Theoriebildung rein auf Basis der Daten ohne irgendein Vorwissen oder andere Theorien gelingen könne. Stattdessen zeige jedoch die Wissenschaftsgeschichte, dass Erkenntnisse oftmals viel mehr in einem kreativen Prozess, einer abduktiven Inferenz gewonnen würden, anstatt durch hypothetisch-deduktive oder induktive Inferenz. Abduktion, ursprünglich von Charles Sanders Peirce postuliert, beschreibt dabei einen „mental leap“ (Reichert 2007, S. 219-20) oder auch kreativen „Blitz“ (Reichert 2010). Es beschreibt wie im Forschungsprozess der GTM Kreativität, also neue, das heißt „geschaffene“ Gedanken notwendig sind, die nicht streng induktiv sind. Diese Gedanken können dabei durch die induktive Vorgehensweise angestoßen werden, benötigen dann aber die deduktive Hypothesenüberprüfung um ihre Richtigkeit zu testen (Strübing 2014). Das „Testen auf Richtigkeit“ oder auch der probabilistische Wahrheitsbegriff im Pragmatismus grenzen die Vorgehensweise dabei von einer konstruktivistisch geprägten Vorgehensweise, wie sie von Glaser's Studentin Kathy Charmaz (Mills *et al.* 2006, Charmaz 2016)[§] entwickelt wurde weitestgehend ab.

Diese Arbeit folgt einer pragmatistischen Herangehensweise an die GTM. Das drückt sich sowohl in der Fragenstellung in den Interviews als auch in der komparativen Analyse der Interviews aus. Die Studie legt einen größeren Schwerpunkt darauf, was Global Health „ist“, davon ausgehend, dass es ein gemeinsames Verständnis gibt, als darauf welche Faktoren und Einflüsse das Konstrukt „Global Health“ bestimmen. GH wird dabei eher als existierendes Phänomen im Gegensatz zum relativistischen Konstrukt verstanden.

Experten interviewen

Für die Vorbereitung der Interviews spielten dabei das von Meuser und Nagel entwickelte Konzept des ExpertInneninterviews (Meuser & Nagel 1991) und die sich daraus ergebenden theoretischen und praktischen Überlegungen (Meuser & Nagel 2009) eine zentrale Rolle. Experteninterviews eignen sich besonders in initial explorativen Forschungskonzepten, die neue Theorien generieren wollen (Bogner *et al.* 2014, S. 76 ff.). Auch wenn das Konzept des Experteninterviews auf ersten Blick vergleichsweise intuitiv erscheinen mag (eine Person, die sich in einem bestimmten Bereich besonders gut auskennt, wird zu diesem Bereich befragt), ergeben sich doch eine ganze Reihe von Fragen, die weiterer Klärung bedürfen (Bogner *et al.* 2014). Meuser und Nagel definieren einen Experten als eine Person, die „in irgendeiner Weise

[§] Die Idee einer konstruktivistischen GTM wurde dabei von Glaser selbst aufs schärfste kritisiert: GLASER, B. 2007. Constructivist Grounded Theory? *Historical Social Research, Supplement*, 19, 93-105.

Verantwortung trägt für den Entwurf, die Implementierung oder die Kontrolle einer Problemlösung oder [die] über einen privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen oder Entscheidungsprozesse verfügt“ (Meuser & Nagel 1991, S. 443). In ihrem ersten Artikel grenzen sie das Experteninterview noch von anderen „offenen Interviews“ ab, da der Experte nicht mit seiner „Gesamtperson den Gegenstand der Analyse [bildet]“ (ebd., S. 442). In einem später verfassten Kapitel revidieren sie ihre Position und betonen wie auch persönliche Erfahrungen und soziokulturelle Prägung Teil des Expertenseins und damit auch des Experteninterviews sein können (Meuser & Nagel 2009, S. 26). Bogner & Menz (2009) analysieren die Interaktion zwischen Experte und Interviewer und die damit verbundenen Rollenverständnisse und zeigen auf wie diese Dynamik das Interview und die Analyse entscheidend prägen können und eine Reflexion der Rollen notwendig macht.**

Für den Kontext dieser Arbeit, in dem Global Health-Lehrende zu GH in Deutschland interviewt werden, wird der Expertenstatus in zweifacher Weise verstanden. Die Interviewten sind zum einen Experten mit einem expliziten Expertenwissen zu GH,^{††} zum anderen aber gleichzeitig auch aktive Teilnehmer, die mit Studierenden und anderen Lehrenden interagieren und die Macht und Möglichkeit haben, GH aktiv zu gestalten und zu formen – an ihren eigenen Universitäten und darüber hinaus.

Iterativ-zyklische Vorgehensweise

Gemäß dem Grounded Theory-Ansatz folgt diese Arbeit einer iterativ-zyklischen Vorgehensweise. Ergebnisse der Interviews beeinflussen die Rekrutierung weiterer Interviewees und auch die Gestaltung der nächsten Interviews. So können in Interviews auch Inhalte aus vorherigen Interviews oder Hypothesen aus dem Auswertungsprozess eingebracht werden. Die zentralen Blöcke dieser Studie sind dabei die Literatur-Recherche, Sampling und Rekrutierung von Interviewees, die Durchführung, Aufnahme und Transkription der Interviews, die Auswertung und eine sich anschließende Teilnehmer-Validierung (**Abbildung 4**, nächste Seite).

** Bogner & Menz nehmen dabei in ihrem Kapitel konkret Bezug auf den Konstruktivismus nach Berger & Luckmann, die beschriebene Methodik und Relevanz für den Forschungsprozess ist dabei aber auch im Rahmen einer postpositivistischen Epistemologie relevant und realisierbar.

†† Dieses Wissen umfasst sowohl das „diskursiv bewusste“ Expertenwissen, das sich vom Alltagswissen unterscheidet (vgl. Giddens, Schütz und Sprondel in Meuser & Nagel 2009, S.29), aber eben auch im „Experten-Sein“ erworbenes implizites Wissen.

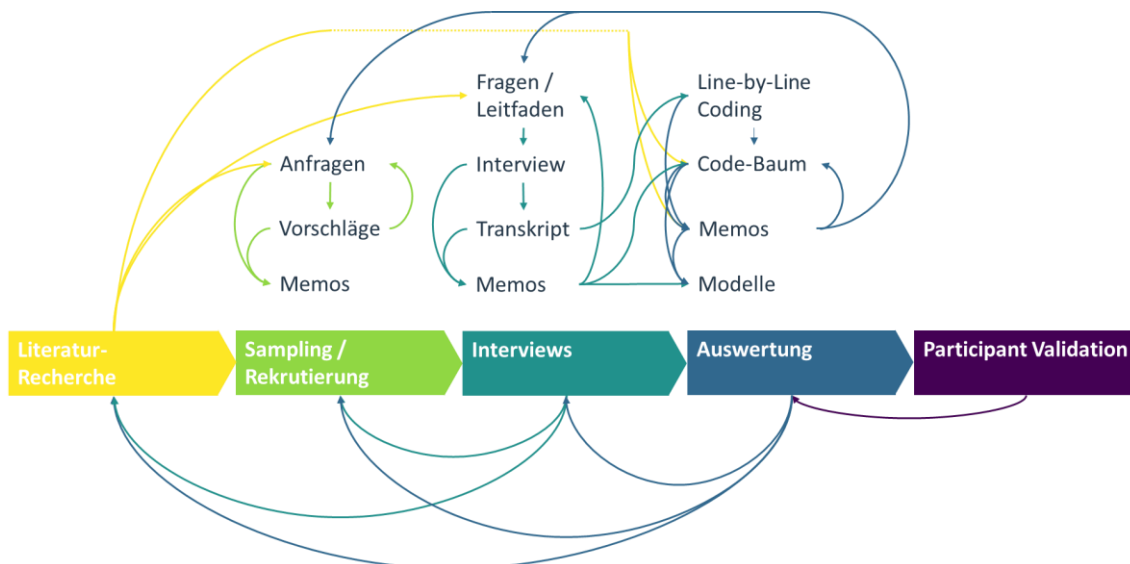


Abbildung 4 Übersicht über die iterative Vorgehensweise für diese Studie.

Durch die zyklische Abfolge finden die meisten Schritte zeitlich parallel statt (vergleiche **Abbildung 5**).

In einem klassischen, insbesondere hypothetisch-deduktivem Studiendesign würden diese Schritte streng sequentiell erfolgen. Die Abbildung verdeutlicht das zyklisch-iterative Design unserer Studie, bei dem diese Schritte zwar der Logik folgend nacheinander dargestellt werden, im Forschungsprozess aber zeitlich parallel ablaufen (**Abbildung 5**).

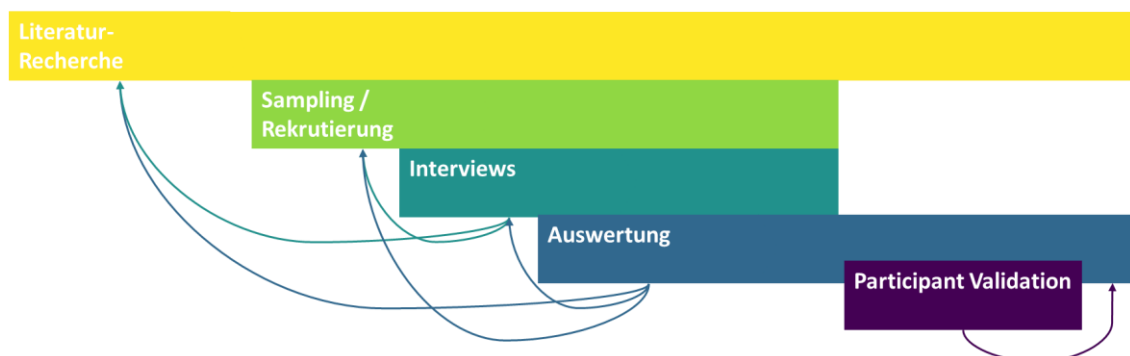


Abbildung 5 Zeitlicher Ablauf der einzelnen Forschungsschritte.

Theoretisch könnte der Prozess der Teilnehmer-Validierung ebenfalls iterativ integriert sein und auch weitere Interviews mitbestimmen. In dieser Studie wurden nur die fertigen Modelle durch die Teilnehmer validiert und bei großer Übereinstimmung auf eine weitere Iteration verzichtet.

4.2 Literaturrecherche

In der klassischen Form der Grounded Theory ist die den Interviews vorhergehende Literaturrecherche durchaus umstritten, da – so die Befürchtung – dadurch der „unvoreingenommene“ (oder nach Glaser „Theorie-sensitive“) Blick auf die Interviewdaten oder auch die Interviewführung selbst verfälscht werden (Glaser & Holton 2004). Corbin & Strauss (2015a) halten dem entgegen, dass die Literaturrecherche im Vorfeld trotzdem ihre Berechtigung haben kann und entscheidend zum Forschungsergebnis beitragen kann. Wissenschaftstheoretisch lässt sich darüber hinaus argumentieren, dass Forschung immer auf Vorwissen beruht (Kelle 2005, Reichertz 2007, Timmermans & Tavory 2012) und wie Dewey zeigt, sogar essentiell ist, um den Forschungsbedarf überhaupt festzustellen (**Abbildung 3**).

Für diese Studie ergibt sich als weiteres Argument die Gesprächsebene mit den Experten. Die meisten Interviewten sind mit der aktuellen Literatur aus der GH-(Lehr-)forschung gut vertraut. Auf Grund der eingeschränkten Interviewzeit und um dem reichhaltigen Erfahrungs- und Wissensschatz der Experten gerecht zu werden, haben wir uns für eine ausführliche Literaturrecherche vor und während des Forschungsprozesses entschieden.

Die erste Recherche fand im Oktober und November 2014 statt. Mit Hilfe von Pubmed, Google Scholar, EBSCO und ScienceDirect wurden alle durch die Rahmenverträge der Philipps-Universität Marburg zur Verfügung stehenden Journale auf die Stichwörter „Global Health Curriculum“, „Global Health Teaching“, „Global Health Education“, sowie „International Health Curriculum / Teaching / Education“ durchsucht. Sämtliche Abstracts wurden auf Relevanz überprüft und passende Artikel zu Global Health Education in eine Literatur-Datenbank übernommen und dort in erste Kategorien gegliedert. Aus den Literaturverzeichnissen wurden dann weitere relevante Veröffentlichungen identifiziert und ebenfalls in die Datenbank übernommen. Auf diese Weise konnten in einem ersten Schritt circa 120 Veröffentlichungen mit Relevanz für unsere Fragestellung ermittelt werden, die dann das weitere Vorgehen informiert haben.

Diese Datenbank wurde im Laufe der Arbeit und beim Lesen der Beiträge kontinuierlich ergänzt. Im Oktober 2015 erfolgte nochmal eine erneute Recherche unter den oben genannten Stichwörtern, um neue Treffer aus den vergangenen 12 Monaten miteinzubeziehen. Danach wurde die Datenbank in der laufenden Arbeit weiter aktualisiert.

Darüber hinaus sind parallel durch Literaturempfehlungen der Interviewpartner oder beteiligten Forscher weitere Titel und Bücher ergänzt worden.

4.3 Sampling und Rekrutierung

Theoretisches (purposive) Sampling

In der GTM ist das Ziel des Samplings nicht eine demographisch repräsentative Stichprobe, sondern ein Theorie-geleitetes Auswählen möglicher Teilnehmer, in der Regel um ein möglichst breites und diverses Spektrum an Meinungen, Erfahrungen und Perspektiven zu gewinnen. Für diese Arbeit nutzten wir das Maximum Contrast Sampling (Corbin & Strauss 2015b). Ausgangspunkt unseres Samples war dabei ein semi-formales Netzwerk von GH Lehrenden und Interessierten in Deutschland (Bruchhausen & Tinnemann 2011). Mitglieder wurden gezielt per E-Mail angefragt, das Forschungsprojekt vorgestellt und bei Bereitschaft zur Teilnahme ein Termin und Ort für ein Interview vereinbart. Waren Mitglieder nicht verfügbar oder konnten sie sich eine Teilnahme aus anderen Gründen nicht vorstellen, wurde nach Vorschlägen für alternative Interviewpartner gefragt.

Da sich nach den ersten Interviews, die am ehesten als Convenience Sample charakterisiert werden können, herausstellte, dass der professionelle, akademische und biografische Hintergrund ein entscheidender Einflussfaktor sein könnte (vgl. Ergebnisteil 4.1), wurde versucht weitere Interviewpartner mit möglichst verschiedenen Hintergründen zu gewinnen. Darüber hinaus wurden die Experten am Ende des Interviews gefragt, ob sie noch jemanden vorschlagen können, der oder die noch eine neue oder auch abweichende Perspektive einbringen könnte. Nach mehrfachem Hinweis auf die besondere Bedeutung von studentischen Initiativen haben wir dann auch gezielt eine studierende Person miteingeschlossen.

Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien für Studienteilnehmende waren Unterrichtserfahrung für GH-bezogene Aspekte und (da sich die Studie primär um GH in der medizinischen Ausbildung drehte) das Absolvieren des Medizinstudiums. Darüber hinaus haben wir neben diversen biographischen und akademischen Hintergründen gezielt nach Lehrenden gesucht, die a) als Mediziner Nicht-Mediziner unterrichten und b) aus einem nicht-europäischen oder nicht-westlichen Land kommen aber in Deutschland unterrichten und c) die GH-bezogene Themen unterrichten, aber nicht den Titel GH verwenden.

Ausschlusskriterien hätten sich primär aus formalen oder ethischen Überlegungen heraus ergeben (Zustimmungsfähigkeit, Freiwilligkeit der Teilnahme). Kein direkt am Forschungsprojekt Beteiligter wurde interviewt.

Aufklärung und Zustimmung zur Studienteilnahme

Potentielle Teilnehmer wurden per E-Mail angefragt und ihnen im Vorfeld die Studieninformationen und Einverständniserklärung (Anhang C) zugeschickt. Am Tag des Interviews brachte der Interviewer beides in ausgedruckter Form mit. Der/die Interviewte hatte die Möglichkeit das Dokument dann vor Ort noch einmal durchzulesen und mögliche Rückfragen zu stellen. Teilnehmende hatten die Möglichkeit ihr Einverständnis bis zu 28 Tage nach dem Interview zurückzuziehen. Die Aufnahmen und Transkripte wären dann unwiderruflich gelöscht worden.

Endpunkt der Datenerhebung

In der GTM wird der Endpunkt der Datenerhebung in der Regel an das Konzept der „Theoretischen Sättigung“ geknüpft. Glaser und Strauss beschreiben diese Sättigung als Punkt an dem *„keine weiteren Daten gefunden werden können, die dem Soziologen helfen die Eigenschaften einer Kategorie weiterzuentwickeln [...] Die Kriterien für die Sättigung sind daher eine Kombination aus den empirischen Grenzen der Daten, der Integration und Dichte der Theorie sowie der theoretischen Sensitivität des Forschers.“* (Glaser & Strauss 1967, S. 61-62) Dieses Konzept steht im starken Kontrast zum Sampling in der quantitativen Forschung und die Subjektivität dieses Verfahrens stellt eine der größten Herausforderungen da. Morse beschreibt, dass gesättigte Daten *„reich [im Sinne von rich / thick] und vollständig sind. Die daraus generierte Theorie macht Sinn und hat keine Lücken. Je kompletter die Sättigung, desto einfacher ist es ein umfassendes theoretisches Model zu entwickeln.“* (Morse 1995). Sie zitiert darüber hinaus Margaret Mead, die gesagt habe ein Anzeichen für Sättigung sei das gelangweilte Gefühl, dass auftrete, wenn der Forscher ‚das alles schon mal gehört habe‘ (ebd.). Dieser Eindruck, dass keine relevanten neuen Informationen hinzukommen, wird auch von Corbin und Strauss genannt (Corbin & Strauss 2015a).

Waren wir für diese Arbeit, auch angesichts des vergleichsweise kleinen Kreises an möglichen Experten, initial von sechs bis acht benötigten Interviews ausgegangen, stellte sich dies Konzept der Datensättigung dann mit dem neunten und zehnten Interview ein. Es kamen keine weiteren neuen Eigenschaften hinzu und auch Empfehlungen für weitere Interviewpartner benannten immer wieder die gleichen Personen. Die Rekrutierung und Datenerhebung erstreckte sich über insgesamt 13 Monate.

4.4 Interviews

Interview-Leitfaden

Der erste Leitfaden für die Interviews wurde als semistrukturierter Leitfaden auf Basis der Literaturrecherche und Lehrerfahrung erarbeitet. Dabei wurden anfänglich sechs Themenfelder herausgearbeitet: (1) Definition von GH, (2) Ziele von GH-Unterricht, (3) Kompetenzen und Unterrichtsinhalte, (4) Didaktische Vorgehensweise, (5) Barrieren für eine Karriere in GH, (6) Zukunft von GH. Dieser Leitfaden wurde anschließend in der AG Qualitative Forschung der Abteilung für Allgemeinmedizin an der Philipps-Universität Marburg vorgestellt und im Rahmen eines simulierten Interviews zusammen mit der Interviewtechnik auf Kohärenz, Verständlichkeit und logischen Gesprächsverlauf getestet. Aus den Erfahrungen wurde daraufhin insbesondere der Intervieweinstieg nochmal angepasst und der Leitfaden im Interview mit dem ersten Experten pilotiert. Dieser Experte mit eigener qualitativer Forschungserfahrung hat darüber hinaus in einem Nachgespräch weiteres Feedback zur methodischen Vorgehensweise gegeben.

Im Verlauf der Interviews wurde der Leitfaden dann weiterentwickelt oder auch mittels Memos für einzelne Gespräche ergänzt. Nach dem dritten Interview haben wir den Einstieg in das Gespräch nochmal überarbeitet und einen deutlich narrativeren Ansatz gewählt mit der Frage: „Wie sind Sie mit GH in Berührung gekommen?“ (eine vollständige Version des Leitfadens findet sich in Anhang D). Mit zunehmender Erfahrung und zunehmender Theorie wurde die Interviewgestaltung deutlich freier und der Leitfaden diente primär als möglicher Themenkatalog.

Interviewführung und Transkription

Zur Auswahl der Experten und zur Vorbereitung auf die Interviews wurden im Internet verfügbares oder vorher zugeschicktes Informationsmaterial zum Lebenslauf des Experten und des GH-Kursangebots genutzt. Die Interviews wurden an einem vom Experten vorgeschlagenen Ort, in der Regel einem Büro- oder Konferenzraum durchgeführt und dann mittels digitalem Diktiergerät nach Zustimmung durch den Experten aufgezeichnet.

Nach jedem Interview verfasste der Interviewer ein kurzes Memo zum Verlauf aus der Perspektive des Interviewers und notierte ihm besonders aufgefallene oder überraschende Stichpunkte (im Sinne eines Reflective Journal Entries, vgl. auch Corbin & Strauss 2015a).

Alle Interviews wurden wörtlich transkribiert (Transkriptionsregeln in Anhang E) und mit der Software F4^{††} im RTF-Format gespeichert und für den Import in MaxQDA^{§§} vorbereitet. Ein Teil der Interviews wurde von einer Mitarbeiterin der Abteilung für Allgemeinmedizin transkribiert. Unklare oder unverständliche Stellen wurden vom Autor nochmal gegengehört und wo möglich ergänzt.

4.5 Auswertung

Die Auswertung verlief gemäß den Paradigmen der GTM parallel zur Datenerhebung und hat den weiteren Verlauf der Datenerhebung informiert. Die beschriebenen Schritte sind von daher zumeist parallel abgelaufen. Die Auswertung erfolgte teils Papier-, teils Softwaregestützt. Die Kodierung und Verwaltung der Code-Bäume erfolgte mittels MAXQDA 12. Grafiken und Illustrationen wurden mit Microsoft PowerPoint (Office 365) und Adobe Illustrator (CS6) generiert.

Memos

Zentrales Merkmal der Auswertung nach GTM ist die kritische Reflexion für den Forschenden. Dies geschieht vor allem durch kontinuierliches Verfassen von Memos, über die der Forschungsprozess und auch die Gedanken und Überlegungen des Auswertenden nachvollziehbar bleiben. Die Memos sind damit nicht nur Unterstützung oder „Gedankenhilfe“, sondern zentraler Aspekt der Forschungsarbeit. Memos können dabei stichwortartig, subjektiv und kurzgehalten sein. Im Rahmen dieser Forschung wurden die Memos parallel zur Auswertung handschriftlich festgehalten, oder im Rahmen des Codierens in MAXQDA mit entsprechenden Textpassagen oder Codes verlinkt.

Sich mit den Daten vertraut machen: Immersion

Die eigentliche Auswertung begann nach der Transkription mit dem erneuten Durchlesen des Transkriptes. Dieser Schritt, oftmals als Familiarisierung, Immersion oder „Getting into the data“ bezeichnet (Green *et al.* 2007, Gale *et al.* 2013, Corbin & Strauss 2015a), dient dazu, den Gesamteindruck zu erfassen, bevor man mit der detaillierteren Analyse, dem Coding beginnt. Es geht dabei darum, die wichtigsten Themen oder neuen Aspekte zu erfassen und auch die eigene Reaktion auf die Inhalte zu reflektieren.

^{††} Software F4, Dr. Dresing & Pehl GmbH, Marburg: <https://www.audiotranskription.de/f4>

^{§§} MaxQDA Version 12, Software zur Analyse qualitativer Daten, VERBI GmbH, Berlin, <https://www.maxqda.de>

First-Level-Kodierung

Die erste Runde des Kodierens erfolgt nach dem Prinzip des zeilenweisen Kodierens, einem primär induktiven Vorgehen. Das Transkript wird Zeile für Zeile durchgegangen und je Zeile oder Sinnabschnitt ein Stichwort notiert. Dies kann entweder ein eigenes Stichwort sein, das den Inhalt beschreibt oder auch ein Stichwort, das von dem Interviewten selbst verwendet wird (Nativer Code oder ‚in vivo‘-Code). Für die ersten vier Interviews wurde dieser Schritt komplett frei durchgeführt und nur bei spontaner Übereinstimmung ein vorher verwendeter Code nochmal benutzt. Zur einfacheren Orientierung wurden Codes in semantischen Kategorien vorläufig gebündelt.

Entwicklung von Kategorien und Code-Bäumen

Nach den ersten vier Interviews hatten wir 400 Textabschnitte (Codings) über 300 verschiedene Codes zugeordnet. Mit Hilfe der Card-Sorting-Methode (Fincher & Tenenber 2005) wurden im Anschluss erste Kategorien gebildet. Dafür haben wir alle 300 Codes ausgedruckt und unsortiert ausgebreitet (**Abbildung 6**). In einem ersten Schritt wurden dann alle Codes durchgegangen und überlegt, welche Fragen diese Codes beantworten. Diese wurden dann in vier Hauptfragen zusammengefasst und dann für jede Frage einzeln alle Codes noch einmal durchgegangen und den Fragen zugeordnet. Dabei wurden mögliche weitere Fragen, Ideen und Querverbindungen in Form von Memos notiert.



Abbildung 6 Initiales Card-Sorting der First-Level-Codes
Ausschnitt der noch unsortierten 300 First-Level-Codes aus den Interviews 1-4

In einem zweiten Schritt wurde dieser Prozess dann für die vier Hauptfragen wiederholt, um Kategorien und Unterkategorien zu entwickeln (**Abbildung 7**). Dabei wurden zu jedem Code folgende Fragen gestellt und Codes wurden gegebenenfalls korrigiert:

- Ist dieser Code eine Doppelung eines anderen Codes?
- Passt der Code in mehrere Kategorien?
- Entspricht der Code den Codings denen er zugeordnet wurde?
(Prüfung mittels Code-Übersicht in MaxQDA)

Der daraus resultierende Code-Baum wurde dann in MaxQDA übertragen und in der interdisziplinären AG Qualitative Forschung vorgestellt und diskutiert, insbesondere mit der Frage nach Unklarheiten oder Unverständlichkeiten (Anhang F).

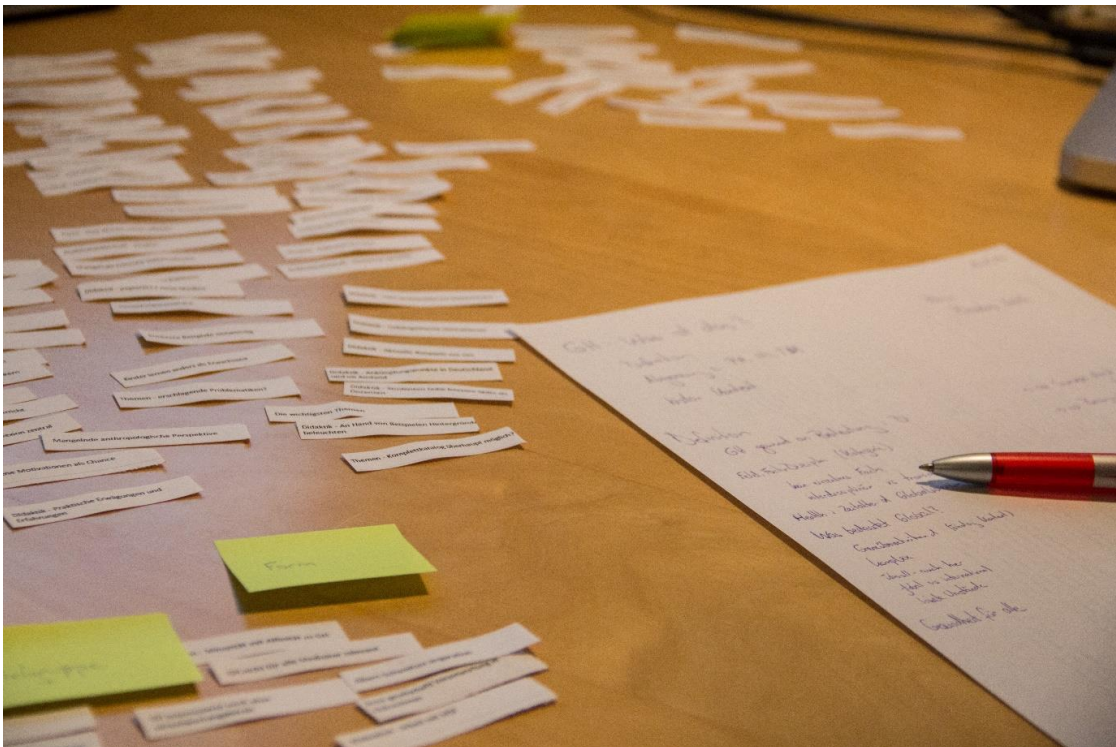


Abbildung 7 Kategorienbildung mittels Card-Sorting

Innerhalb der vier Hauptfragen wurde der Prozess wiederholt, um Kategorien und Unterkategorien zu entwickeln.

Für die nachfolgenden Interviews wurde dann der erstellte Code-Baum als Grundlage verwendet. Neue Aspekte wurden als Codes ergänzt und Kategorien und Unterkategorien weiter geschärft und überarbeitet.

Matrix Analyse

Um Inhalte aus den Interviews zu vergleichen und die Methode des „Constant Comparisons“ zu vereinfachen, haben wir auf die Matrix Analyse aus der Framework-Methodik (Gale *et al.* 2013) zurückgegriffen, dabei werden Inhalte aus Kategorien oder Unterkategorien

tabellarisch zusammengefasst um sie zwischen verschiedenen Interviews zu vergleichen und mögliche Muster oder Assoziationen zu erkennen.

Abstraktion und Theoriegenerierung

Die Theoriegenerierung basiert auf dem unter Methodologie beschriebenen Konglomerat aus induktiver, abduktiver und deduktiver Inferenz. Corbin & Strauss (2015a) beschreiben eine Reihe von Werkzeugen, die bei der Theoriegenerierung helfen können: (1) Mikroanalysen – wie wird ein bestimmtes Wort verwendet, was wird damit ausgesagt? (2) Analyse von Sonderfällen – wo gibt es Abweichungen oder Aussagen, die sich deutlich von den andern unterscheiden? (3) Warnzeichen (engl. „waving the red flag“) – sprachliche Indikatoren die Schlüssel zu impliziten Konzepten sein können wie zum Beispiel Generalisierungen (Immer, Jeder, Sowieso...) oder Absolutheitsansprüche (Wie allgemein bekannt / wie ja jeder weiß, völlig unbestritten,...) und (4) die Verwendung von Metaphern, die in ihrer Bildhaftigkeit oftmals sprachlich nicht leicht auszudrückende Bezüge beschreiben.

Diese Werkzeuge können Trigger für abduktive Blitze, aber auch für weitere Nachfragen und Analysen sein. Solche Einfälle oder Ideen wurden in der Regel in Form von Memos festgehalten und es wurde versucht sie in Form von Skizzen oder Grafiken darzustellen.

Entstehende Konzepte oder Modelle, sowie neu auftretende Fragen wurden jeweils in die folgenden Interviews miteingebracht und weiter getestet und verbessert.

4.6 Triangularisierung und Teilnehmervalidierung

In der Methodendiskussion der qualitativen Sozialforschung gibt es große Debatten über die Qualitätsmerkmale qualitativer Forschung und insbesondere die Frage der Reliabilität und Validität^{***} möglicher Ergebnisse (Creswell & Miller 2000, Giacomini & Cook 2000, Mays & Pope 2000, Morse *et al.* 2002, Golafshani 2003, Tobin & Begley 2004, Tong *et al.* 2007). Eine Möglichkeit zur Erhöhung der Rigorosität der Ergebnisse ist dabei das Kombinieren verschiedener Perspektiven um das Forschungsobjekt möglichst umfassend zu betrachten. Diese Triangularisierung kann auf vier verschiedenen Wegen erreicht werden (Patton 1999): (1) Methoden-Triangularisierung: verschiedene Methoden werden verwendet und deren Ergebnisse verglichen, (2) Quellen-Triangularisierung: verschiedene Quellen werden

^{***} Ein Großteil der wissenschaftsphilosophischen Debatte dreht sich dabei um die Frage, ob die aus der quantitativen Forschung und oftmals positivistischen Epistemologie stammenden Konzepte der Reliabilität und Validität überhaupt relevant sind, oder es primär um „Vertrauenswürdigkeit“ (Trustworthiness) oder Rigorosität und Werte wie Transparenz und Reflexivität geht.

verwendet, (3) Analytens-Triangularisierung: verschiedene Forscher / Analysten führen die Auswertung durch und (4) Theorie/Perspektiven-Triangularisierung: verschiedene Perspektiven oder Theorien werden für die Interpretation der Ergebnisse verwendet. Wichtig ist dabei, dass die Triangularisierung nicht nur der Bestätigung (Validierung) der Ergebnisse dient, sondern selbst ein entscheidender Teil des Forschungsprozesses sein kann, da oftmals Divergenzen entscheidende Einblicke liefern (ebd.).

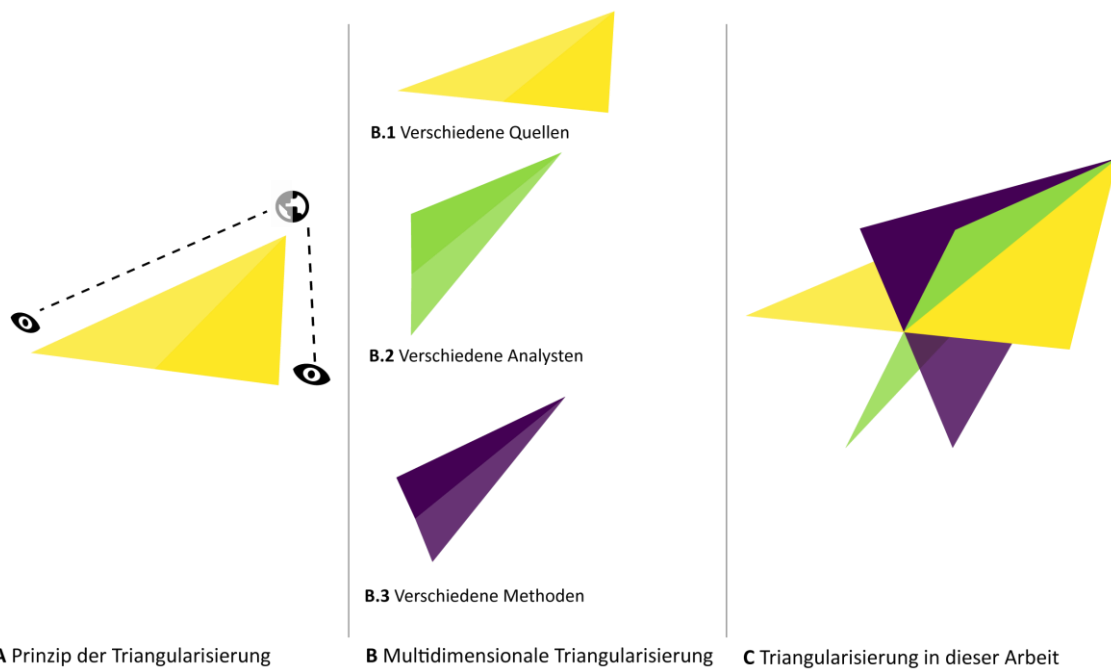


Abbildung 8 Prinzip der multidimensionalen Triangularisierung.

Die Integration und der Vergleich von verschiedenen Perspektiven (Quellen, Analytens, Methoden) ermöglicht es ein vollständigeres Abbild des zu untersuchenden Objektes zu gewinnen.

Der Aspekte der Quellen-Triangularisierung ist dabei (zumindest in einem gewissen Maß) bereits in das Maximum Contrast Sampling der GTM integriert. Darüber hinaus haben wir versucht, die Methoden- und die Analytens-Triangularisierung mit in unsere Forschungsarbeit zu integrieren, um ein möglichst akkurates und detailliertes Abbild des GH Verständnisses zu erhalten (**Abbildung 8**). Die Methoden-Triangularisierung haben wir dabei mit dem Konzept der Teilnehmervalidierung (oder Member Check) kombiniert (Hoffart 1991, Buchbinder 2010, Carlson 2010, Birt *et al.* 2016).

Triangularisierung: Analyse aus der Perspektive verschiedener Forscher

Um eine zweite Perspektive einzubringen wurden einige der Interviews von einer zweiten Person (SB) unabhängig parallel kodiert und dann die Ergebnisse diskutiert. Diese Methode des konsensuellen Kodierens (Kuckartz 2014, S. 46) soll helfen den Einfluss von bewussten oder unbewussten Biases in der Auswertung zu reduzieren. Gerade Unterschiede in der

Kodierung können Aufschlüsse über mögliche relevante Theoriefade aufzeigen. In unserem Fall kamen auf diese Weise die Auswertung durch einen Lehrforschungs-Novizen und durch einen erfahrenen Hochschul-Lehrer zusammen, was sich vor allem in der Gewichtung von theoretischen und praktischen Fragestellungen für die GH-Lehre zeigte. Bei den ersten Interviews ging es beim konsensuellen Kodieren primär darum, die grobe Auswertungsrichtung zu bestimmen und erste Ergebnisse zu gewichten. Spätere Interviews wurden meist vor allem auf Nachvollziehbarkeit und übersehene wichtige Aspekte vom zweiten Auswerter geprüft. Eines der letzten Interviews wurde nochmal vollständig unabhängig parallel kodiert, um ein sich möglicherweise im Zeitverlauf eingeschliches deduktives Vorgehen zu vermeiden.

Die Vorstellung der Code-Bäume in der AG Qualitative Forschung diente ebenfalls diesem Zweck, vor allem vor dem Hintergrund, dass die AG-Mitglieder anders als die beiden Auswerter nicht mit Global Health an sich vertraut waren.

Triangularisierung und Validierung: Member Check mittels Online-Survey

Um die Ergebnisse der Theoriegenerierung zu validieren und zu verbessern, wurden zentrale Aspekte in einem Online-Survey zusammengefasst und den Studienteilnehmern vorgelegt mit der Bitte um Angabe der Zustimmung (in Form einer Likert-Skala) und mögliche Kommentaren als Freitext (s. 0). Der Link zu dem Survey wurde jedem Teilnehmer in einer persönlichen E-Mail mit der Bitte um Teilnahme zugesandt. Den Fragebogen haben wir auch genutzt, um die Frage nach dem Verhältnis von Public Health und Global Health nochmal grafisch in Form von Venn-Diagrammen darzulegen und nach dem Verständnis der Experten zu fragen und haben dies dann nochmal mit den Interviews verglichen. Das Feedback aus dem Fragebogen und vor allem die Freitext-Kommentare sind dann in die Überarbeitung der Modelle eingeflossen.

Die Methode des „Synthetisierten Memberchecks“ (Birt *et al.* 2016) haben wir vor allem verwendet, da die Interviewees selber Experten auf dem Gebiet sind und über ein hohes Reflexionsvermögen verfügen. Dies hat geholfen, sowohl mögliche Missverständnisse oder Missrepräsentationen aus den Interviews aufzudecken als auch die entwickelten Modelle noch einmal weiterzudenken.

4.7 Datenschutz und Ethik

Die Durchführung der Studie wurde von der Ethik-Kommission des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg im Vorfeld begutachtet und mit einem positiven Votum beschieden (AZ 23/15 vom 12.03.15, Anhang I). Alle Audio-Aufnahmen wurden verschlüsselt gespeichert und nur für die Transkription verwendet. In den Transkripten wurden alle identifizierenden Informationen entfernt und nur die so anonymisierten Transkripte in der weiteren Analyse verwendet. Da die Anzahl der Experten zu GH in Deutschland relativ gering ist, wurden biographische Informationen nur zusammenfassend angegeben (Obelene 2009).

5 Ergebnisse

5.1 Studiencharakteristika

Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt haben wir 10 Interviews mit 11 Teilnehmern durchgeführt. Die Interviews dauerten zwischen 45 und 120 Minuten. Den Online-Survey der Teilnehmer-Validierung haben 7 der 11 befragten Teilnehmer beantwortet. Um Anonymität zu wahren und trotzdem die Breite an Hintergründen aufzuzeigen, sind die akademischen und biografischen Hintergründe nur aggregiert aufgeführt (**Tabelle 3**).

Tabelle 3 Charakterisierung der Interview-Teilnehmer

Geschlecht (f/m)	4/7
Alter (Jahre)	25-71
Akademischer Hintergrund	<i>Alle:</i> Medizin; <i>Zusätzlich:</i> Tropenmedizin, Epidemiologie, Public Health, Theologie, Anthropologie, Medizinische Anthropologie, Ethnologie, Geschichte und Ethik der Medizin, International Health
Biografischer und beruflicher Hintergrund	<i>Alle:</i> Außereuropäische Auslandserfahrung <i>Zusätzlich:</i> Staatliche Entwicklungszusammenarbeit, Führungsrollen in NGOs, Medizinische Arbeit in Faith-Based Organisations, Ethnologische Forschung in Entwicklungsländern, Medizinische Dienste für Migranten in Deutschland, Beratungspositionen für Entwicklungszusammenarbeit, Politische Arbeit, Unterstützung von Studierenden-Initiativen, Forschungsprogramme, Lehrforschung interkulturelle Konstellationen in der eigenen Familie, in Entwicklungsland geboren
Universitäre Lehrerfahrung	GH oder PH Unterricht für Nichtmediziner, Wahlfach für Medizinstudierende, Schwerpunkt-Angebot für Medizinstudierende in traditionellem oder Modell-Studiengang, Unterricht als Teil von anderen universitären medizinischen Fächern
Interviewdauer	45-120 min
Online-Survey	7 von 11 der Interviewteilnehmer haben geantwortet

Ergebnis des theoretischen Samplings: Auswahlkriterien

Gemäß dem iterativen Verständnis der Grounded Theory Methode leitet die Analyse der bisherigen Interviews die Auswahl der nächsten Interviewpartner. Damit sind die Auswahlkriterien gleichzeitig ein Teil des Ergebnisses der Arbeit. In dieser Studie richtet sich das verwendete Maximum Contrast Sampling nach dem akademischen, biografischen und professionellen Hintergrund. Schon in den initialen Interviews ist die Verbindung zwischen eigener Biografie und Schwerpunkten im GH-Verständnis erkennbar, in Interview 5 wird sie explizit erwähnt: „Also da [in GH] gehört für mich, von meiner eigenen Biografie her eben Gesundheitsarbeit, ...“ (I5:11).^{†††} Ein anderer Experte beschreibt:

„Und als ich da dann angefangen habe, über Global Health nachzudenken, habe ich gemerkt, dass sich das irgendwie, Pharmaindustrie, wie so ein roter Faden durch mein Leben gezogen hat. Und diese Themen, die damit verbunden sind.“ (I4:16)

Daraufhin konnten ähnliche Verbindungen auch in den davor liegenden Interviews aufgezeigt werden:

Auch, also, wenn man, wenn wir mal ernst überlegen, was sollte Global Health vermitteln, dann würde ich sagen[...]wir müssen wieder und das ist – ich bin ja auch [Fachbezeichnung anonymisiert] – eine ganz klassische Frage – das ist für mich wirklich der Basics-Ansatz, ja, dass wir wissen müssen, wir haben es mit Leuten zu tun, mit Menschen, und die haben ihre Hintergründe...“ (I1:30)

Unter Berücksichtigung des biographischen und akademischen Hintergrundes der Interviewpartner ist dann das weitere Sampling gestaltet worden.

Formierung der zentralen inhaltlichen Ergebnisse

Im Rahmen der Interviews und der Analyse haben sich vier zentrale Fragen herausgebildet, an denen sich auch die weitere Präsentation der Ergebnisse orientieren wird:

- (1) Was ist GH?
- (2) Was gehört zu GH?

^{†††} Zitate aus den Interviews werden mit der Interviewnummer (I1-10) und Absatznummer im Transkript referenziert.

- (3) Wie kann GH unterrichtet werden?
- (4) Was ist für die Zukunft von GH wichtig?

Das Verhältnis zwischen den Fragen ist dabei nicht linear, auch wenn sie im Folgenden in dieser Reihenfolge präsentiert werden. So kann Frage 1 den Rahmen für Frage 2 festlegen und damit auch entscheidend Frage 3 prägen. Andersherum könnte auch aus den Informationen zu Frage 2, Frage 1 beschrieben werden. Die zentrale Metapher, die sich im Laufe der Interviews herauskristallisiert hat, wird dabei am Ende von Frage 1 beschrieben und prägt die weitere Analyse der Fragen 2-4. Die Codebäume zu allen vier Hauptfragen finden sich in Anhang F.

5.2 Erste Hauptfrage: Was ist Global Health?

Ursprünge von Global Health

Um sich dem Konzept von GH zu nähern, nehmen ein Teil der interviewten Experten Bezug auf die geschichtliche Entwicklung und die Ursprünge in anderen Feldern, allen voran „International Health“ (IH), „Public Health“ (PH) und Tropenmedizin (TM) (z.B. I4:6). Aber auch weiteren Feldern wird eine Bedeutung beigemessen: der Anthropologie (I1:52), der Sozialhygiene (I4:6), der Kolonialmedizin (I4:39, I5:47), Sanitary Health (I4:6) und dem Primary Care Movement der 1970er Jahre (I1:52, I2:7). Darüber hinaus werden Entwicklungen wie die Millennium Development Goals und Sustainable Development Goals (I9:12), die WHO Kommission zu Soziökonomischen Determinanten unter der Leitung von Sir Michael Marmot (I4:6) oder der Klimawandel (I8:51) beschrieben. In einer ersten Skizze zeigen sich die groben Verbindungen zwischen Sanitary Health, Tropenmedizin, International Health, Global Health, Public Health und Planetary Health sowie einigen der geschichtlichen Landmarken (Rudolf Virchow, Alma ata, MDGs). Ergänzt mit Ergebnissen der Literaturrecherche ergibt sich damit das folgende Bild (**Abbildung 9**):

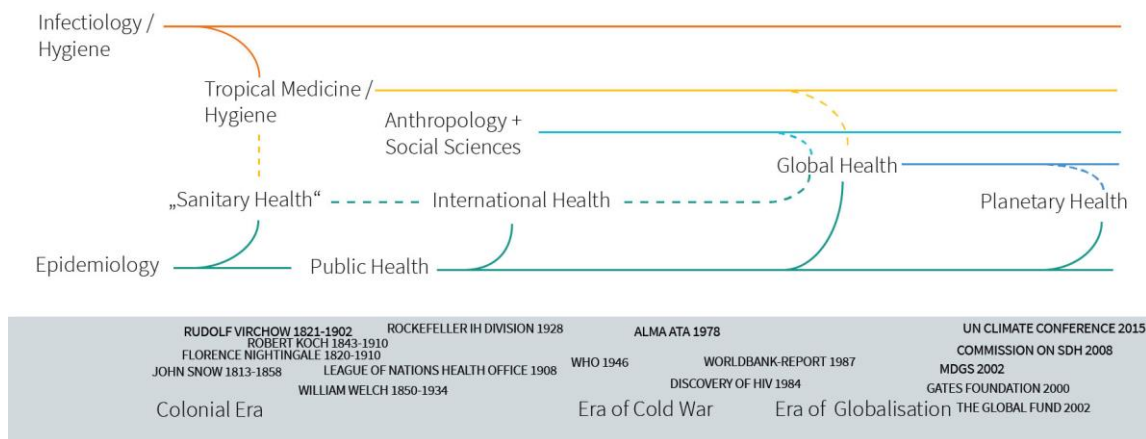


Abbildung 9 Historischer Hintergrund und Entwicklung von Global Health.

Daten basieren auf Interviews und Literaturrecherche.

Unterschiede werden vor allem in der Bewertung der Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Feldern deutlich. So wird GH – wenn ideal unterrichtet – von den meisten Interviewees als Bruch mit der „kolonialmedizinischen Tradition“ von TM, Hygiene und PH verstanden (I1:45, I4:6). Andere halten einen radikalen Bruch mit den vorbestehenden Fächern dagegen für unrealistisch und zeigen die Parallelen zwischen der heutigen Zeit und der Kolonialzeit auf. Sie sehen gerade die Reflexion dieser Zusammenhänge als zentral an:

„[D]ass es da unglaublich viele Dinge gibt, die wir heute überhaupt nicht mehr, die auch schon damals falsch waren und die wir heute nicht mehr akzeptieren können an Gewalt, an Entfremdung, an Unterdrückung und so weiter gab, ist keine Frage, aber das ist quasi die Einbindung in eine globale Welt gewesen. [...] aber da sich völlig von abzugrenzen, geht einfach nicht.“
(I5:47)

Einigkeit herrscht in der Bedeutung der Globalisierung für die weltweite Gesundheit:

„Und das ist heute komplizierter als noch vor 150 Jahren. Auch da gab es schon Migration und auch da gab es schon internationale Zusammenarbeit und sowas, aber heute ist es deutlich komplexer durch Globalisierung, durch Transportmöglichkeiten und durch das, was unsere Gesellschaft verändert hat an Möglichkeiten.“ (I1:26)

Dabei wird vor allem die veränderte Rolle des Nationalstaates und die Bedeutung von transnationalen Akteuren betont (I1:45, I3:13, I5:47, I6:84, I8:25) und wie diese die Erforschung und Lösung von gesundheitsbezogenen Herausforderungen verändern.

Aufschlussreich ist auch der Vergleich mit neueren Bewegungen wie „Planetary Health“, „Universal Health“ und „One Health“:

„Ich habe mit Aufmerksamkeit die Diskussion verfolgt, die von International Public Health über Global Health zu Planetary Health geht. Ich glaube nicht, dass sich an den Inhalten tatsächlich etwas geändert hat, sondern dass neue Begriffe verwendet werden, um wichtige Themen politisch wieder neu einbringen zu können. Wenn ich schaue, was jetzt bei Planetary Health mit dazu gehört, dass man Gesundheit nicht nur im medizinischen Bereich anschaut, dann muss ich sagen, das war auch in Public Health schon immer so, oder hätte jedenfalls immer so sein sollen. Insofern - Gesundheit im Kontext anderer Determinanten wie Umwelt, wie Wirtschaft und ähnliches gehört für mich zu Global Health dazu. Da hat sich aber nicht grundlegend etwas geändert im Vergleich zu dem, was wir als Public Health oder International Public Health sehen.“ (I3:3)

Ähnliche Äußerungen (I6:91, I8:55, I9:58) weisen auf die Gefahr kurzfristiger Trends hin und die Notwendigkeit echte Unterschiede zwischen den Feldern benennen zu können. Daraus haben sich zwei Fragen ergeben: Was sind die Unterschiede von GH zu PH und zu IH? Und braucht es für GH eine eigene, klar umrissene Definition?

Braucht es eine Definition von Global Health?

Die meisten Experten sehen den Bedarf für eine Beschreibung des GH-Verständnisses, sehen aber auch die Schwierigkeiten beim Erreichen einer Definition. Als Gründe für eine Definition wird zum einen das Vorbeugen von „Missbrauch“ des Begriffes benannt („Um vorzubeugen, dass es so ein ‚sexy term‘ ist.“, I6:91) und zum anderen ein gemeinsames Verständnis der eigentlichen Inhalte von GH („sondern es geht um die Inhalte, die darüber transportiert werden sollen“, I6:92; „Es gibt ja Master in Global Health in verschiedenen Ländern. Mir ist dann aber unklar, also, was können die Leute, wenn sie dann da rauskommen?“, I9:22; „Und es gibt sehr viele verschiedene Motivationen, da rein zu gehen, aber dann muss man so einen gemeinsamen Stand haben und das ist eben, da braucht man auch, finde ich, für die Lehre eine vernünftige Definition von Global Health für ein Curriculum.“, I1:30). Dem gegenüber steht die Angst einer rein akademischen – als nicht zielführend wahrgenommenen – Debatte um die Definition: „Ich persönlich finde das immer so ein bisschen Definitions-Hickhack.“ (I10:79) oder auch: „Also ich persönlich kann nur betonen, ich finde das sehr, sehr spannend darüber zu diskutieren, aber ich

denke es ist wichtig, in der Lehre diese Diskussion etwas auszuklammern.“ (I8:57) Andere stellen die verschiedenen existierenden Definitionsversuche auch im Unterricht vor, betonen aber: *„man sollte sich nicht zu lange damit aufhalten, zu sagen, es gibt jetzt diese drei Sätze und da steht alles drin“* (I6:93) Die Frage, wie relevant die Abgrenzung von GH zu anderen Feldern ist, fasst einer der Interviewten zusammen als:

„Ja, ich glaub, [...] generell natürlich, ist fehlende Trennschärfe generell ein bisschen schwierig (lacht). [...] Und ich glaube, jegliche Bestrebung sowas auch tiefergehend zu verankern, müsste das halt klar stricken“ (I9:59ff.)

Entgegen der Meinung der übrigen Experten wird in einem der Interviews generelle Kritik am Global Health Begriff geübt und argumentiert, dass GH eigentlich nicht notwendig sei und International Health deutlich besser verständlich sei:

„Und das Internationale sollte eben auf jeden Fall mit rein. Und ich glaube, das ist auch das, was bei den Studierenden hier, was also eher so im Kopf klickert, und was viele von unseren Studierenden, die eben also auch anstreben, irgendwie international irgendwas zu machen, ob jetzt vom Pflegepraktikum angefangen über Famulatur und PJ oder einen Teil ihrer Assistenzzeit später im Ausland. Und das wird also mit so einem Begriff wie ‚Global Health‘ nicht abgedeckt. Es ist nicht vordergründig genug, was er aussagt.“ (I7:59)

Dies wird aber primär sprachlich und weniger inhaltlich begründet und der Experte beschreibt in Bezug auf die Namensfrage, dass sich diese Verständnisfrage im Laufe der Zeit wandeln könnte:

„Und, ich habe schon den Eindruck, dass bei uns etwas gelesen wird und sofort irgendwie so Augen-Hirn-gängig sein muss, ohne Erklärungen zu bedürfen. Deswegen keine Kultur drin und deswegen auch kein Global Health drin. Mag sein, dass sich das in fünf Jahren eingeschliffen hat.“ (I7:63)

Die Entität des Begriffes „Global Health“

Diese Arbeit beschränkt sich weitestgehend auf das GH-Verständnis in der medizinischen Lehre. Dennoch sind auch hier große Unterschiede im Umgang mit dem Begriff GH zu beobachten. Weitestgehende Einigkeit herrscht, dass es zwar Wahlfächer zu GH gibt, GH an sich aber kein eigenständiges Fach ist (*„Auch, also, wenn man, wenn wir mal ernst überlegen,*

was sollte Global Health vermitteln, dann würde ich sagen, so ein Wahlfach ist eine Krücke, ne, oder so, aber es ist kein spezifisches Fach“ (I1:25 oder auch „ich finde, Global Health ist eben kein einzelnes Fach an für sich, das bringt nichts, finde ich.“ (I5:25). Stattdessen wird vorgeschlagen GH als „Perspektive“ (I5:43 und I3:33) zu verstehen, als „Bewegung“, als „Denkstil“, aber „nicht als Expertenherrschaft“ (alles I5:43). Es wird auch von der GH-Szene (I4:114) gesprochen. Auch der Begriff „area“, bzw. „Feld“ oder „Bereich“ (in Anlehnung an Koplan et al.) wird mehrfach verwendet (I3:11, I5:45, I6:35 oder I9:22).

In den Interviews zeigen sich zunächst zwei argumentative Linien, die gegen GH als eigenständiges Fach sprechen. Erstens: Inter- oder Transdisziplinarität wird als entscheidendes Merkmal von GH angesehen. Das stünde dann aber im Widerspruch zum Verständnis von GH als eigenem Fach (*„Denn es ist ja auch ein Widerspruch 'interdisziplinäres Fach': entweder ist es interdisziplinär, dann trifft es verschiedene Disziplinen oder Fächer, oder es ist ein Fach, dann ist es nur eine Sache.“*, I5:43). Die zweite Linie: Wäre GH ein eigenständiges Fach, bestünde die Gefahr, dass es nicht als grundlegende Perspektive für die medizinische Arbeit und Ausbildung, sondern als Fach für Spezialisten wahrgenommen würde. Zur Erläuterung werden Parallelen mit der Einführung des Faches „Medizinische Ethik“ in den 1980er Jahren gezogen (I5:43), mit dem die Notwendigkeit zum ethischen Denken in der Medizin an den Spezialisten ausgelagert werde, anstatt es als essentiellen Anteil des medizinischen Handelns aller Beteiligten zu verstehen.

Eine weitere Linie im Verständnis von GH ist erst auf den zweiten Blick deutlich geworden. Den Anstoß hat eine Aussage im fünften Interview gegeben, die nicht in die erwarteten Schemata gepasst hat. Auf die Frage, was für den Experten das Entscheidende an GH sei oder was GH für ihn ausmache, antwortet er:

„Ja, also für mich persönlich ist es eine Möglichkeit, die Themen, die mir in der universitären Lehre wichtig wären, und die bisher völlig zu kurz gekommen sind, unter diesem neuen Schlagwort zu versammeln“ (I5:11)

Eine erneute Analyse der bisherigen Interviews zeigt wie dieses Motiv des „Schlagworts“ und auch die bewusste Weite oder Unschärfe um verschiedene Themen einzubringen, auch an anderer Stelle vorkommt. So wird in den vorherigen Interviews die für GH notwendige inhaltliche und strukturelle Flexibilität betont (I1:30 und auch I3:31). In Interview 4 wird GH bereits als *„overarching topic“* (I4:92) bezeichnet.

In den folgenden Interviews haben wir diesen Gedanken dann weiter exploriert und oftmals ähnliche Positionen gefunden. So wird die Auswahl von Inhalten für GH so beschrieben: *„Ich versuche dann schon, die wichtigsten-, ja, das ist schwer, weil, also, das was mir am wichtigsten ist, irgendwie unterzubringen.“* (I6:101). Auf diese Beobachtung angesprochen, beschreibt es ein weiterer Experte so:

„Letzten Endes kommt man glaube ich nicht darum herum, zu sagen, Global Health ist natürlich ein Dach, was so schwer es dann eben den anderen Fachbereichen fallen möge, Public Health und International Health und tropenmedizinische Aspekte, eben doch irgendwie umschließt, also eine Art ‚Umbrella Term‘, was dann aber sozusagen nochmal dieses, einen Baustein hat, was durch diese, nennen wir es einfach globale, oder supraterritoriale Dimension, ja, also doch auch noch ein Alleinstellungsmerkmal hat.“ (I9:48)

GH unterscheidet sich damit in seiner Entität von klar definierten Fächern oder Disziplinen wie Tropenmedizin und Public Health. Als Dach, Schlagwort oder Sammelbegriff reflektiert es die Flexibilität und Offenheit für eine Vielzahl von Themen, die aber bestimmte verbindende Elemente gemeinsam haben.

Global Health als Umbrella Term

Der Interviewee in Interview 9 verwendete als erster den Term „Umbrella Term“ als Synonym zu Schlagwort, Sammelbegriff oder Dach. Das Englisch-Wörterbuch Merriam-Webster beschreibt einen Umbrella sowohl als Regenschirm, als auch als „etwas, das eine Reihe von Elementen oder Faktoren abdeckt oder umfasst“ (Merriam-Webster). Vom lateinischen Ursprung her ist ein Umbrella ein „Schattengeber“. Diese Metapher hat sich als hilfreich für das Verständnis von Global Health herausgestellt: Hält man einen Schattengeber zwischen eine Lichtquelle und eine Projektionsfläche, so sieht man zwei Anteile im so geworfenen Schatten: Den Kernschatten (*Umbra*) und den ihn umgebenden, diffuseren Halbschatten (*Penumbra*). Das Verhältnis zwischen *Umbra* und *Penumbra* hängt dabei von den Entfernungen zwischen Lichtquelle, Umbrella und Projektionsfläche ab (**Abbildung 10**, nächste Seite).

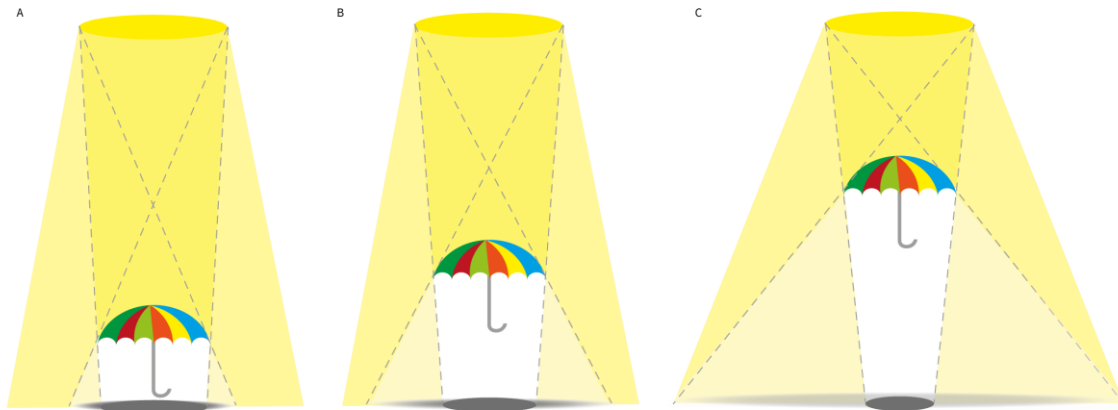


Abbildung 10 Global Health als Umbrella Term mit Kern- und Halbschatten

Schematische Darstellung, wie der Abstand zwischen Lichtquelle, „Umbrella“ und Projektionsfläche das Verhältnis von Kernschatten und Halbschatten bestimmt. Ist der Schirm nah an der Projektionsfläche (A) ist fast nur der klar begrenzte Kernschatten sichtbar. Ist der Schirm weit von der Projektionsfläche entfernt (C), ergibt sich ein großer Halbschatten mit einem (verschwindend) kleinen Kernschatten.

Dieses Verhältnis zwischen Kern- und Halbschatten lässt sich dabei auf das GH-Verständnis übertragen: Nutzt man ein sehr enges GH-Verständnis (der Umbrella ist nah an der Projektionsfläche), gibt es einen harten, scharfen Kernschatten und einen kleinen aber dafür klar abgrenzbaren Halbschatten. Das Feld ist relativ klein und gut abgrenzbar. Dafür bleiben viele Themen außen vor (**Abbildung 10A**). Im anderen Extremfall, einer möglichst weiten Distanz zwischen dem Umbrella und der Projektionsfläche (**Abbildung 10C**) wird der Kernschatten so verschwindend klein und unscharf, dass er im Extremfall mit dem Halbschatten verschwimmt und auch dieser nicht klar von der Umgebung abzugrenzen ist. In beiden Fällen wird der Schirm seiner ursprünglichen Aufgabe nicht gerecht.

Übertragen auf GH ergibt sich damit die Aufgabe ein Verständnis zu entwickeln, das einen klar definierten Kern enthält (Was macht GH aus? Was sollten alle GH-bezogenen Angebote gemeinsam haben?) und einen umgebenden Halbschatten in dem weitere Aspekte liegen können, die nicht zwingend zu GH dazu gehören müssen, aber können.

Im Weiteren wird dieses Verständnis von GH genutzt, um das Verhältnis zu TM, IH und PH zu beschreiben, um es mit konkreten Themen zu füllen und die Integration verschiedener Disziplinen zu verdeutlichen.

Verhältnis von Global Health und Public Health

Viele Experten nehmen in ihren Interviews Bezug auf die Abgrenzung zwischen PH und GH. Wir haben in der Auswertung modifizierte Venn-Diagramme genutzt, um die beschriebenen Verhältnisse grafisch darstellen zu können. Dabei werden PH und GH jeweils als ein eigener

Kreis gezeichnet, die dann in Beziehung zueinander gesetzt werden (**Abbildung 11**). Dies bleiben zunächst theoretische Möglichkeiten, die aber die Unterschiede in den Äußerungen verdeutlichen können, in der Realität allerdings immer zu simplistisch bleiben. Dies wird auch daran deutlich, dass Experten innerhalb eines Interviews GH in einer Weise verstehen, die mehreren Optionen zugeordnet werden kann.

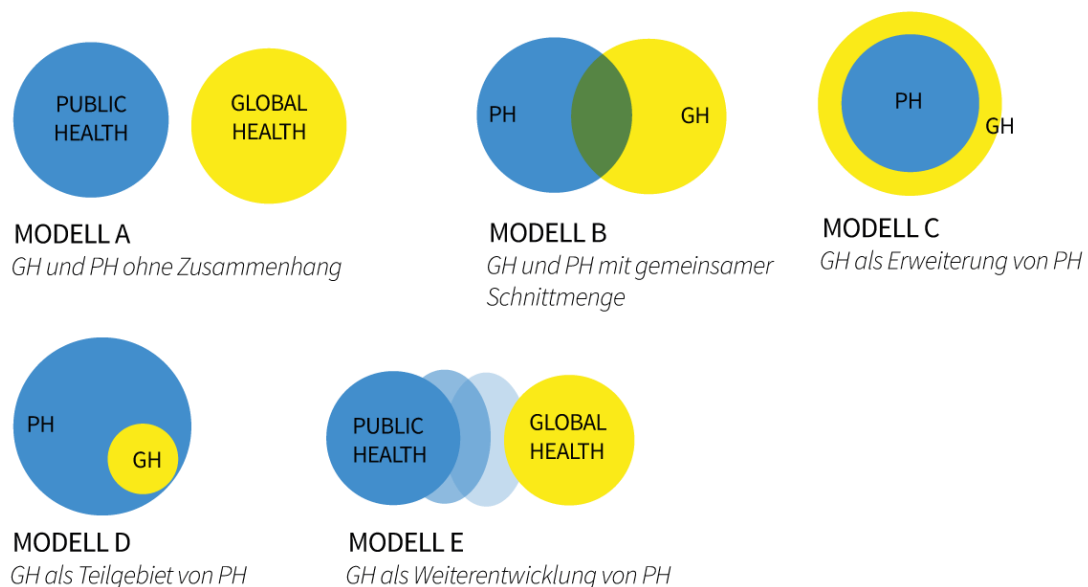


Abbildung 11 Theoretisch mögliche Verhältnisse zwischen Global Health und Public Health als Venn-Diagramme.

Modell A beschreibt PH und GH als komplett unabhängig voneinander. Damit gäbe es keine Schnittmenge, die beiden Felder hätten jeweils eigene Inhalte, Methoden und Ziele. Wir haben dieses Modell primär der logischen Vollständigkeit halber aufgeführt. In den Interviews finden wir keine unterstützenden Hinweise für dieses Verständnis von GH und PH. Im Gegenteil, der Zusammenhang von PH und GH wird von praktisch allen Experten als gegeben angenommen, und eine vollständige Unabhängigkeit als unmöglich angesehen:

„Man kann ja Global Health auch nicht denken und verstehen, wenn man Public Health nicht kennt und verstanden hat als Konzept und als Element oder als Ansatz.“ (I9:48)

Modell B beschreibt PH und GH als jeweils eigenständige und gleichwertige Felder, die jedoch eine gemeinsame Schnittmenge haben. Dieses Modell finden wir am ehesten hier:

„Ich würde nicht das eine über das andere stellen, oder das eine gegen das andere ausspielen, sondern sie sind für mich beide gleich wichtig auf jeden Fall.“ (18:25)

„Und so war immer wieder dieser Aspekt, dass ja eigentlich globale Gesundheit nicht nur Medizin ist, auch nicht nur Public Health.“ (14:18)

Modell C geht im Kern von PH aus, und beschreibt GH als Erweiterung von PH. GH deckt sich im Kern mit PH, bzw. entspricht ihm, und erweitert dann PH um GH-spezifische Aspekte oder eine GH-spezifische Perspektive. Diese Sicht finden wir in einer ganzen Reihe von Interviews, wobei verschiedene Aspekte der Erweiterung genannt werden:

„Global Health ist denke ich weiter gefasst [als Public Health] und umfasst nicht nur einzelne Bevölkerungsgruppen, sondern eben alle Menschen, quasi, aber auch den Einzelnen. [...] in jedem Bereich von Public Health ist Global Health drin.“ (18:21-25)

„Also erstmal ist für mich selber wirklich das Reizvolle an Global Health gewesen, dass es eben eine allzu starre Trennung zwischen präventiven und kurativen Ansätzen zu überwinden versucht.“ (15:43)

„Man hat als Public Health-Mensch sowieso einen Kontext oder ein Thema, was man nur interdisziplinär behandeln kann, aber man muss dann ja sozusagen noch weitere Perspektiven mit dazu nehmen.“ (13:19)

„Und so war immer wieder dieser Aspekt, dass ja eigentlich globale Gesundheit nicht nur Medizin ist, auch nicht nur Public Health.“ (14:18)

Die Abgrenzung zu PH, bzw. der erweiternde Aspekt von GH wird hier in der Integration von präventiven und kurativen Ansätzen, von individual- und populationsbezogener und Staatsgrenzen überschreitender Gesundheitsversorgung, und in der Betrachtung supraterritorialer Determinanten gesehen.

Modell D beschreibt GH als Feld innerhalb von PH. Damit gehört GH vollständig zu PH, beschreibt jedoch einen spezifischen Focus oder eine spezielle Perspektive innerhalb des Fachs.

Unterstützung für diese Position finden wir am ehesten in folgenden Aussagen:

„Insofern - Gesundheit im Kontext anderer Determinanten wie Umwelt, wie Wirtschaft und ähnliches gehört für mich zu Global Health dazu. Da hat sich aber nicht grundlegend etwas geändert im Vergleich zu dem, was wir als Public Health oder International Public Health sehen.“ (I3:3)

„Ich glaube nicht, dass man grundsätzlich für den Bereich Global Health andere Kompetenzen braucht, als für Public Health in Deutschland. Ich glaube, dass man lernen muss, das zu übertragen, was man an Kompetenzen hier erwirbt, auf andere Kontexte und sich halt immer fragen muss, was ist jetzt sozusagen lokal angemessen und was ist etwas, was im Grundsatz immer da sein muss mit einer entsprechenden Anpassung vor Ort.“ (I3:11)

Benannt, aber kritisch gesehen, wird dieses Modell auch in folgenden Absätzen:

„Es gibt gewisse Kollegen, die halt selber Public Health vom Fach her vertreten, denen das nicht gefällt, die das also sehr stark eingrenzen wollen, also sagen, Global Health ist Global Public Health, aber das sehe ich tatsächlich nicht so, sondern für mich geht es wirklich darum, dass auch die Fragen einer angemessenen kurativen Versorgung mitbedacht werden.“ (I5:43)

„Und das ist eigentlich mein Problem mit vielen Global Health-Ansätzen, die dann eben das Alleinstellungsmerkmal, dass was dann aus meiner Sicht eigentlich das Alleinstellungsmerkmal wäre, hinten runterfallen lassen und es somit ausschließlich bei ja, internationalen Public Health-Dingen oder Gesundheit in anderen Ländern oder - noch enger - Gesundheitsversorgung in anderen Ländern belassen.“ (I9:48)

An der Gegenüberstellung der Aussagen zu Modell D wird deutlich, dass hier die Frage nach einem Alleinstellungsmerkmal (in den beiden Zitaten wäre das entweder kurative Aspekt oder die supraterritorialen Determinanten) von GH entscheidend ist. Es wird aber auch deutlich, dass im Alltag GH des Öfteren ohne rechtfertigendes Alleinstellungsmerkmal verwendet wird und damit durchaus auch durch Modell D beschrieben werden könnte.

Modell E ist wiederum primär aus theoretischen Überlegungen heraus entstanden, und ist im Grunde die Schlussfolgerung aus einem radikal verstandenen Modell C. Dahinter steckt die

Überlegung, dass GH Aspekte umfasst, die nicht durch PH abgedeckt sind, die aber alle PH-Aspekte betreffen, und ohne die PH nicht weitergedacht werden kann. Damit wäre es sozusagen Modell C, bei dem dann der PH-Kern in GH aufgeht. Für diese Sichtweise, die im Grunde eine Auflösung von PH bedeutet, finden wir keine direkte Unterstützung in den Interviews.

In einer gewissen Weise findet es sich aber in dem Verständnis von GH als Trendbegriff, der in einer Linie mit Planetary Health oder Universal Health steht. Wenn mit dem Begriff GH nicht nur ein neuer Schwerpunkt innerhalb von PH verstanden wird (Modell D) oder eine neue Perspektive (Modell C), sondern die Vertreter für sich beanspruchen, das vorherige PH-Verständnis zu ersetzen, kämen wir zu Modell E. Anklänge daran finden sich in Interview 10:

„Global Health für mich bedeutet quasi die Globalisierung von Public Health mit politischen Aspekten. Also, ja, die Weltgesundheit eben. Ja, mit ganz vielen Facetten natürlich, die das alles beinhaltet.“ (I10:9)

In dem Online-Survey zur Teilnehmervalidierung haben wir danach gefragt, welches Modell der Vorstellung der Teilnehmer am ehesten entspricht, woraufhin drei Personen Modell B (gemeinsame Schnittmenge) und vier Personen Modell C (GH als Erweiterung von PH) gewählt haben. Sie haben in den Kommentaren aber auch deutlich gemacht, dass keines der abgebildeten Modelle ihrem Verständnis vollständig gerecht wird.

Verhältnis von Global Health zu International Health

Einer der Experten verordnet GH explizit als Weiterentwicklung von IH, welches er als Verschmelzung von Tropenmedizin mit Public Health sieht:

„Es ist auch für mich eine Weiterentwicklung der Idee von der International Public Health, die ich sozusagen sehe, dass die Tropenmediziner angefangen haben, Public Health-Gedanken mit ins Ausland zu nehmen.“ (I4:6)

Woanders wird betont wie es bei GH vor allem um transnationale Phänomene außerhalb des Konzepts des traditionellen Nationalstaats geht:

„Für mich ist das viel größere Problem am Begriff International Health zum Beispiel, dass er noch immer diesen Nationenstaat so stark macht [...] und von daher finde ich halt Global Health einfach den angemesseneren Begriff

und die angemessenere Denkweise, dass eben alles, was sich global abspielt [...] aufgenommen werden muss.“ (15:47)

Andere sehen den Unterschied im Focus auf Entwicklungsländer bei IH, während GH sich um alles weltweit drehen sollte:

„Und ich finde, das ist auch ein ganz wesentlicher, zentraler inhaltlicher Bestandteil von dem, was ich zumindest versuche den Studierenden rüberzubringen. Dass es eben nicht diese Dichotomie gibt zwischen erster Welt - dritter Welt [...], sondern, also health disparities innerhalb von Städten, innerhalb von Ländern sind größer als zwischen Ländern. Also, das finde ich so einen ganz, ganz wichtigen Bestandteil von, von Global Health Education.“ (16:35)

„Und dann natürlich auch erstmal ein bisschen ein Umdenken erfolgt, wenn man dann herausarbeitet, dass eigentlich viele Probleme, die in sogenannten Entwicklungsländern Probleme sind, hier vielleicht auch zu Tage treten, oder vielleicht auch in Europa ihre Ursachen haben, oder vielleicht nicht ausschließlich sich dadurch lösen lassen, dass man sich ja, für sechs Monate einer Organisation anschließt und wieder zurückkommt.“ (19:20)

Am deutlichsten wird es in dem Ausdruck: Global = Überall = Auch hier.

„Es sind nicht nur die, und das ist auch ein Punkt, wo ich auch glaube ich, deutlich Stellung beziehen würde gegenüber anderen Ansätzen aus Tropenmedizin oder konventioneller International Health, es geht wirklich nicht nur um Medizin woanders. Global Health, heißt, wenn wir vom Begriff her gehen „Global“ „Überall“ und das ist hier ganz genauso. Es geht auch darum, sichtbar zu machen, (..) dass wir auch bei uns vor der Haustür Situationen haben, wo eben auch sowas bei allen Standards von Gesundheitsversorgung und Recht auf Gesundheit und so nicht gelten.“ (11:35)

Global Health als Umbrella Term: Verhältnis zu Public Health, International Health und Tropenmedizin

Mit Hilfe des Verständnisses von GH als Umbrella Term lässt sich nun auch das Verhältnis zu PH, IH und TM besser beschreiben. Global Health wird dafür mittels Kern- und Halbschatten dargestellt, und PH, IH und TM wieder in Form eines Venn-Diagrammes als Kreise eingezeichnet (**Abbildung 12**). Die Größenverhältnisse orientieren sich dabei primär an der Darstellbarkeit und sind nicht im quantitativen Sinne proportional oder repräsentativ.

Im Kern und im Halbschatten des Modells sind genuine, das heißt nur GH vorbehaltene Aspekte, die sich auch so klassischerweise nicht mit PH, IH oder TM überschneiden, zu finden. Darüber hinaus gibt es auch im Kern Schnittmengen mit den anderen Fächern (ähnlich **Abbildung 11B**). Der Schwerpunkt der anderen Gebiete ist aber jeweils außerhalb des GH-Kerns. Je nachdem, wie weit man die Penumbra zeichnet, sind die anderen Fächer unter dem Umbrella von GH eingeschlossen (im Sinne von **Abbildung 11C**), oder überschreiten die Penumbra und haben damit eigenständige Anteile, die nicht durch ein GH-Verständnis abgedeckt sind. Die Fächer PH, IH und TM überlappen sich dabei auch untereinander, aber haben aber jeweils auch ihre eigenen, unabhängigen Aspekte. Im Unterschied zu dem im Online-Survey präsentierten Modell haben wir nach den Rückmeldungen die Schwerpunkte verschoben, so dass auch eine Schnittmenge von Tropenmedizin und Public Health unabhängig von International Health deutlich wird.

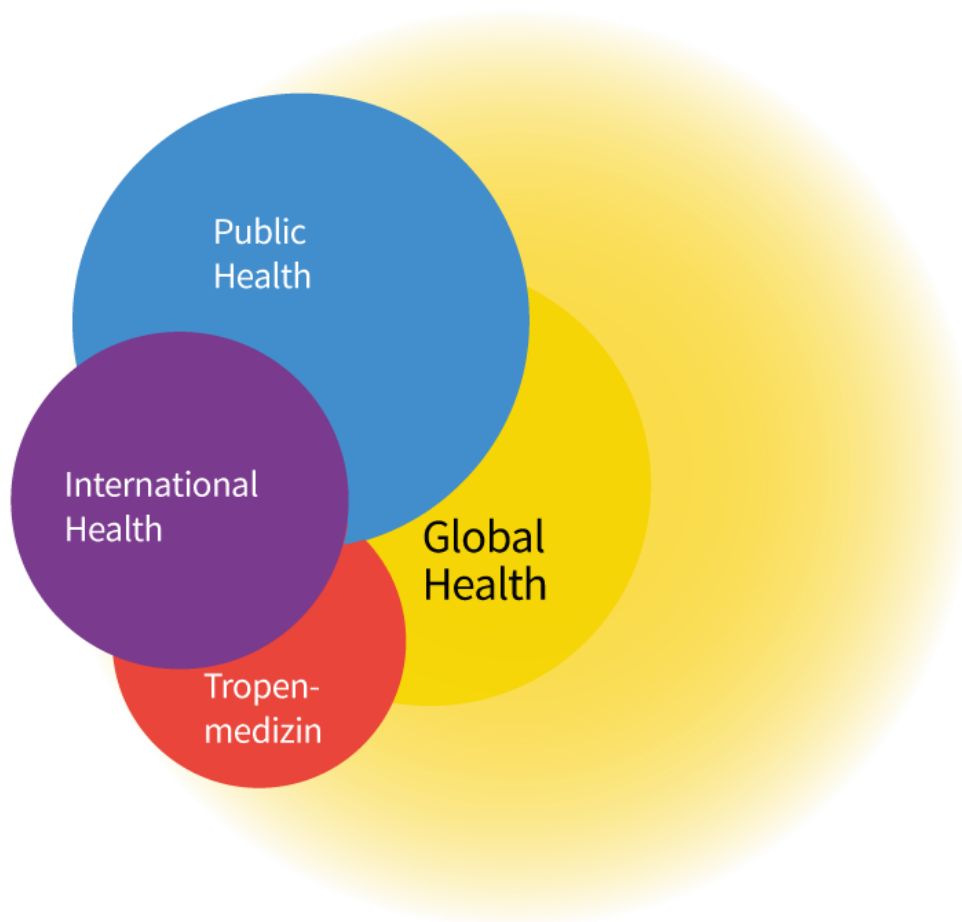


Abbildung 12 Global Health im Verhältnis zu Public Health, International Health und Tropenmedizin.

5.3 Zweite Hauptfrage: Was gehört zu GH?

Themen im Global-Health Unterricht

Grundlage für die Auswertung von Inhalten in GH-Unterrichtsangeboten waren die Interviews und verfügbares Material (Stundenpläne, Lernzielkataloge) von Lehrangeboten. In den Interviews wurde dabei deutlich, dass die meisten Experten Inhalte benennen, die möglichst jeder Medizinstudierende lernen sollte, und Aspekte, die sie entweder als „Lieblingsthemen“ (I7:81) oder „Steckenpferd[e]“ (I6:101) benennen, oder die sie als über den Bedarf für durchschnittliche Medizinstudierende hinausgehend einordnen.

Die Themen, mit denen sich jeder Student auseinandersetzen sollte, werden zum Beispiel so benannt:

„Das ist eben Equity, Menschenrechte, aber eben verstehen, nicht nur deklarieren und Voraussetzung von Gesundheitsversorgung, das sind einfach Systeme der Finanzierung und diese interkulturelle Dimension, ne? Ich glaube, das sind die drei wichtigsten Sachen, weil die kann man überall anwenden.“ (11:53)

„Genauso müssen wir Aspekte, von dem, was wir glauben, was wichtig ist, Equality, Social Determinants, Human Rights, da sollte jeder Student mal was drüber gehört haben, aber nicht jeder Augenarzt wird hinterher mit Human Rights hinterher zu tun haben.“ (14:82)

„Was glaube ich, ganz gut wäre für alle, ist dass es klar wird, dass es jenseits von Public Health und International Health was anderes gibt, dass es eben noch andere Dimensionen gibt, andere Einflüsse auf Gesundheit; dass es auch andere Bereiche gibt, die sich wissenschaftlich und praktisch damit auseinandersetzen und das schon mal mitgenommen zu haben, so.“ (19:66)

Darüber hinaus werden eine ganze Reihe weiterer Themen genannt, die insbesondere in Wahlfächern abgedeckt werden. Eine initiale Sortierung findet sich in **Abbildung 13** (nächste Seite) und zeigt die Breite an möglichen Themen auf.

Im Verlauf haben wir die Themen um Inhalte aus dem zusätzlichen Material (Stundenpläne, Lernziele, etc.) ergänzt und in zentrale und erweiterte Themen eingeteilt. Diese Themen haben wir dann in drei Clustern zusammengefasst:

- (1) Gesundheit und Krankheit
- (2) Gesellschaft und Umwelt
- (3) Politik und Gesundheitssysteme

Einige Themen lassen sich nicht ganz eindeutig zuordnen, beziehungsweise können je nach Schwerpunktlegung mehreren Clustern, und sowohl dem Kern- als auch dem erweiterten Bereich zugeordnet werden. **Abbildung 14** (S. 54) zeigt die Zuordnung der Themen zu Clustern und den beiden Bereichen. Die Ergebnisse unserer Studie erlauben es deskriptiv die Themen Clustern zuzuordnen und als Kern- oder erweiterte Aspekte einzuordnen, sie können aber nicht als präskriptiver Unterrichtsentwurf verstanden werden.

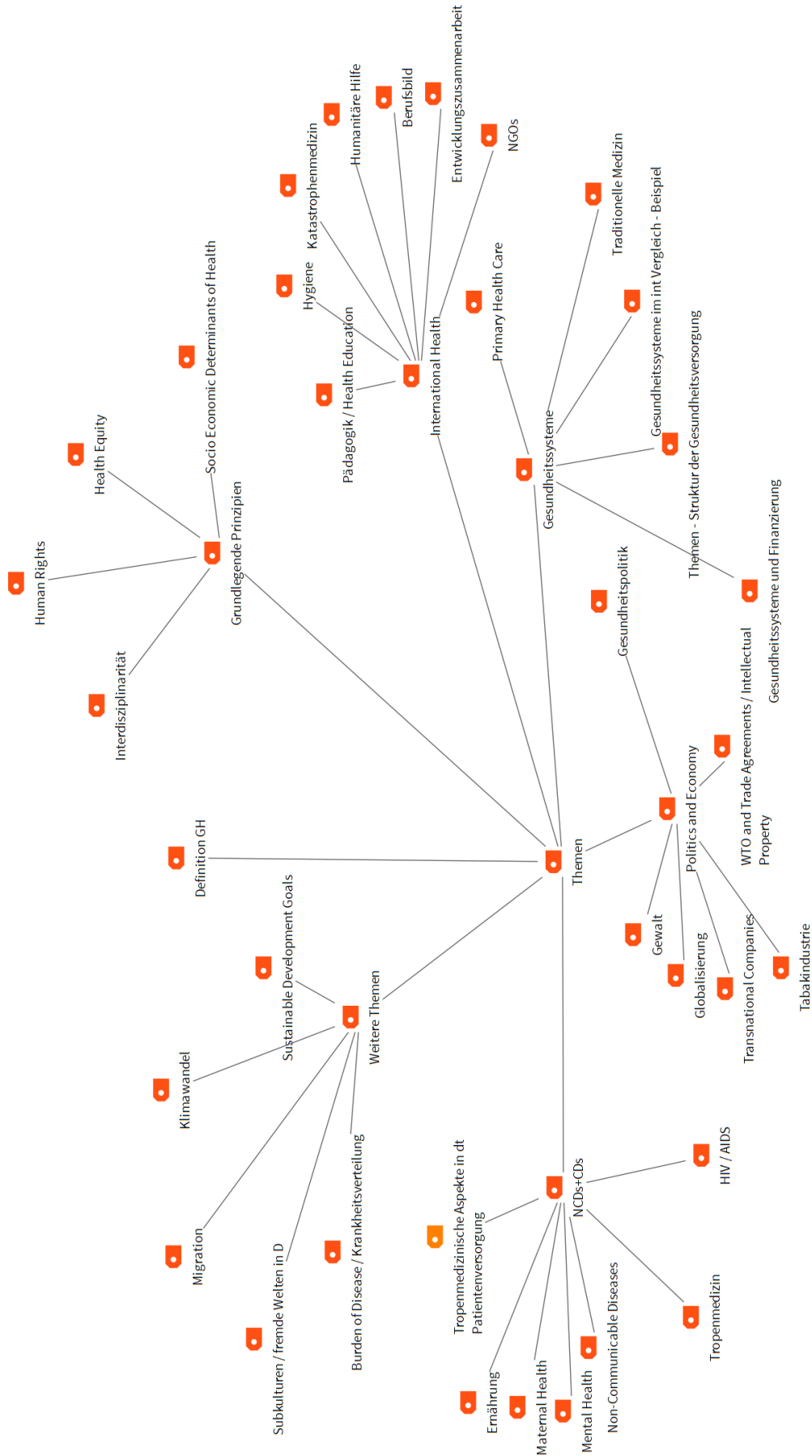


Abbildung 13 Unterrichtsthemen nach einer ersten Kategorisierung.

Dies wurde auch in dem Validierungssurvey deutlich, woraufhin wir einige Aspekte noch einmal angepasst haben (vergleiche 0 für Ursprungsfassung). Während 5 Leute weitgehend mit dem Modell übereinstimmten, gaben zwei Personen nur eine eingeschränkte Zustimmung an und bemerkten vor allem an, dass die Aufteilung zwischen Kern und erweiterten Aspekten nicht immer klar sei. So kann zum Beispiel diskutiert werden, warum Maternal Health und nicht Global Surgery dem Kern zugeordnet ist. Unsere Methodik ist nicht geeignet eine quantitative Wichtung zu erlauben und richtet sich daher nach der qualitativen Auswertung der Interviews und Unterrichtsmaterialien und dem Kontext, der den Themen darin gegeben wurde.

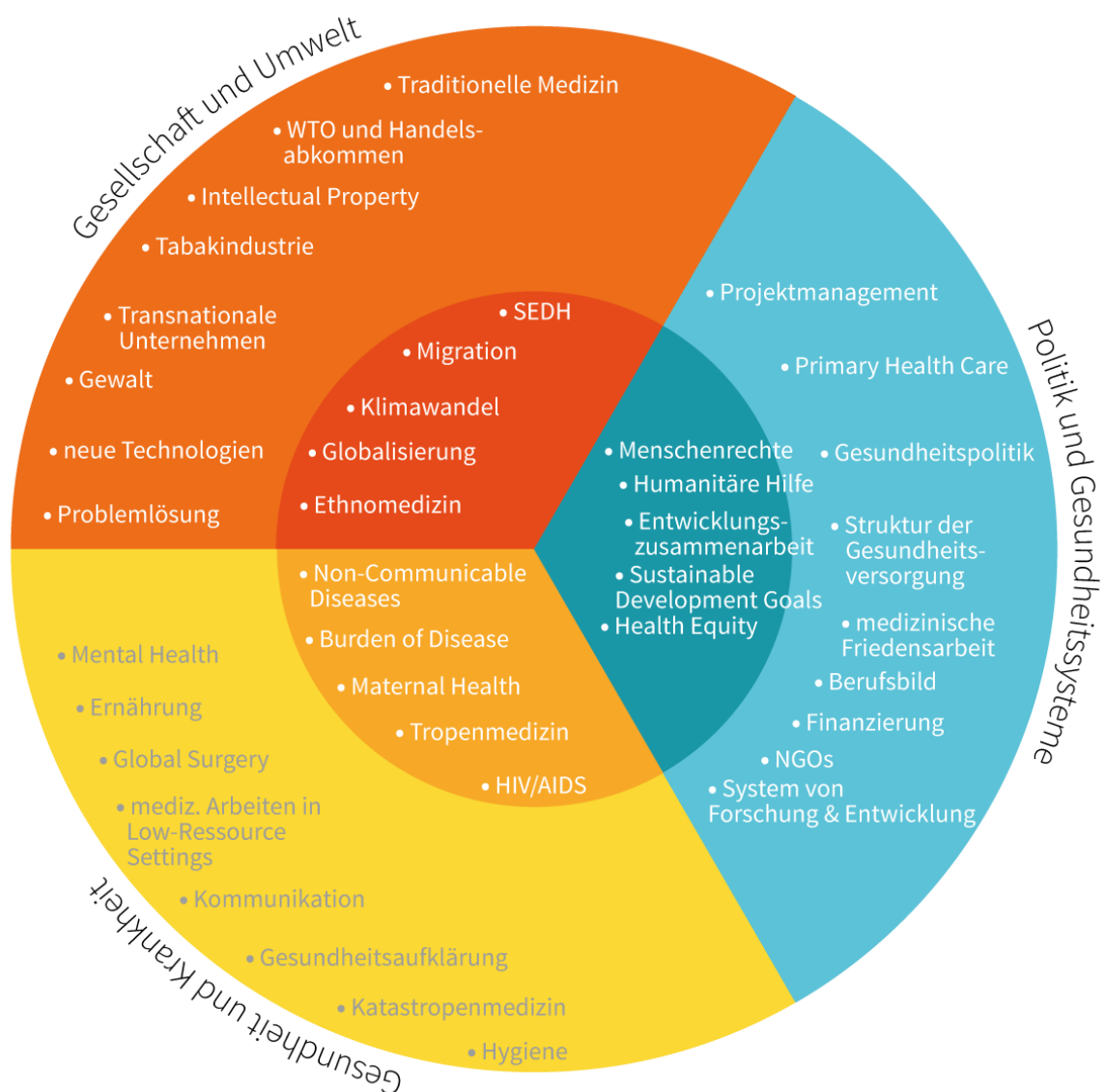


Abbildung 14 Aufteilung der GH-Themen nach inhaltlichen Clustern und in zentrale und erweiterte Aspekte. Die Darstellung ist dabei deskriptiv für die Unterrichtsinhalte, erlaubt aber keine präskriptive Anwendung. SEDH: Socio-Economic Determinants of Health, HIV: Human Immunodeficiency Virus, AIDS: Acquired Immuno-Deficiency Syndrome, WTO: World Trade Organization, NGOs: Non-Governmental Organisations)

Themen versus Kompetenzen

Bei der Erstellung des Interviewleitfadens und dessen Testung haben wir länger diskutiert, ob wir nach Themen, Unterrichtsinhalten oder Kompetenzen fragen. Im Leitfaden (Anhang D) haben wir die Fragen auf der Basis von Kompetenzen formuliert. In den meisten Interviews ist die Frage gar nicht explizit gestellt worden, sondern die Experten kamen oftmals von selbst auf die Unterrichtsinhalte zu sprechen. Einige sprachen dabei auch von sich aus die Ambivalenz in der Formulierung von Unterrichtszielen / -inhalten an. So sagt ein Experte in der Mitte eines Redeblocks zu der Rolle europäischer Ärzte in der Entwicklungszusammenarbeit: „...*wir haben eben von den Themen gesprochen, jetzt von den Qualifikationen, von den Kompetenzen, ist diese ethnographische Kompetenz, ist, unabdingbar.*“ (I1:60) Ein anderer Experte beschreibt auf die Frage nach der Integration von GH-Inhalten in das Curriculum:

„Also, diese-, wir sind ja noch bei Lernzielen in Deutschland, und die Engländer sind schon bei Competency-based Leveln angekommen. Und da, finde ich, wird es klarer, was man eigentlich-, warum wenn man sich damit auseinandersetzt, was Ärzte können müssen, was erwarte ich davon, wenn ich zum Arzt gehe? Dann finde ich, ist es spannender, auch wiederum darüber nachzudenken, was sozusagen dazu gehören sollte. Ich finde, diesen Prozess haben wir in Deutschland noch gar nicht gemacht.“ (I4:68)

In einem Interview wird die Formulierung von Kompetenzen der von Themen explizit vorgezogen („*Weil ich denke, es geht auch weniger um Themen als um ja, generelle Kompetenzen.*“, I8:59), trotzdem werden auch dort die meisten Inhalte eher als Themen statt als Kompetenzen formuliert.

Eine Mikroanalyse zur Verwendung des Begriffes „Kompetenz“ in den Interviews zeigt, wie der Begriff hauptsächlich im Zusammenhang mit „Interkultureller Kompetenz“ verwendet wird, oder allgemein im Sinne von „Fähigkeit“ genutzt wird. An einer Stelle wird auch bewusst das Konzept von „*Knowledge, Skills and Attitudes*“ (I6:65) genutzt, aber auch nicht systematisch beibehalten. Daher beschränkt sich diese Arbeit auf die Nennung von Themen, um dem Ductus der Interviews zu entsprechen.

Übergeordnete Ziele

Neben den konkreten Unterrichtsinhalten ging es in den Interviews auch um die größeren, übergeordneten Ziele, die die Experten mit ihrem GH-Unterricht verfolgen. Dabei wird immer wieder aufgezeigt, wie diese Ziele nicht nur für GH relevant sind, sondern insgesamt zur ärztlichen Kompetenz beitragen.

Zentrale Argumentationslinie in den meisten Interviews ist die veränderte Bedeutung des Nationalstaates im Rahmen der Globalisierung und wie dem in der Ausbildung Rechnung getragen werden muss:

„Die medizinische Ausbildung muss ernsthaft berücksichtigen, dass wir nicht mehr in einem Nationalstaat leben und für eine homogen kulturelle soziale homogene nationale Bevölkerung Medizin machen.“ (11:25)

„Grundsätzlich gilt sowohl für den Bereich Public Health als auch für den Bereich der Mediziner Ausbildung, dass man natürlich wenigstens Grundzüge dieses Verständnisses von Gesundheit, eingebettet in einen größeren ökonomischen und ökologischen Kontext haben muss, und dass man hier offensichtlich über Grenzen hinwegschauen muss. Das gilt für die Mediziner Ausbildung natürlich genauso.“ (13:5)

„Also im Wesentlichen geht es darum, ja, Aspekte der Globalisierung zu kennen, zu wissen, welche, ja die Breite des Gebiets kennenzulernen, eben für vulnerable Populationen sensibel zu sein.“ (19:10)

Die dahinterstehende Grundannahme ist, dass das ärztliche Verständnis von Gesundheit sich nicht nur auf die biomedizinische oder bio-reduktionistische Pathophysiologie von Erkrankungen beschränken darf, sondern auch andere Einflussfaktoren einschließen muss:

„Das ist so ein bisschen das, was ich glaube, wo die große Gefahr darin liegt, dieses rein biomedizinisch ausgerichtete, und diese kleinen wenigen Elemente, die da irgendwie im Bereich medizinische Soziologie etc. drin sind, sind ja eigentlich so, ja (..), rudimentär und prüfungsorientiert, dass sie eigentlich schon gar nicht mehr wirklich prägend wirken können.“ (19:40)

Global Health setzt hier an, indem es die durch die Globalisierung erwachsenen supraterritorialen Determinanten aufnimmt. Auf der anderen Seite lassen sich anhand der

globalen Determinanten auch die lokal wirksamen Determinanten veranschaulichen, was wiederum der praktischen Tätigkeit der Ärzte auch in ihrem eigenen Land dient.

Geisteswissenschaftliche Perspektive

Um die Determinanten von Gesundheit erfassen zu können, bedarf es Blickwinkel und Disziplinen, die über die klassische medizinische Ausbildung hinausgehen:

„Und wir sehen einen Ausschnitt davon im Labor und in den üblichen Verfahren der Medizin, aber vieles sehen wir eben nicht und das muss man sichtbar machen. Und das kriegen wir eben nicht sichtbar nur durch konventionelles medizinisches Denken. [...] aber man kann Global Health finde ich nicht (.), nicht lehren, nicht denken und nicht machen, ohne Kulturwissenschaftlich und historisch, wirtschaftsökonomisch und politisch zu denken und zu arbeiten.“ (I1:32)

In der Beschäftigung mit diesen Themen werden neue Kompetenzen aus Medizin-fremden Disziplinen notwendig. Hier kann GH als Aufhänger dienen, diese Kompetenzen auch in die allgemeine ärztliche Ausbildung zu integrieren:

„Genau, also ich finde, das ist natürlich auch ein Bereich, wo man sozusagen die sozialwissenschaftlichen Aspekte im Medizinstudium stärken kann zu einem Thema, was eigentlich grundsätzlich sehr interessant ist, und wo man die Leute bei ihrem vielleicht Albert-Schweitzer-Motiv abholen kann.“ (I9:34)

Politisierung

Mit dem Bewusstsein für supraterritoriale Determinanten für Gesundheit taucht ein für die medizinische Lehrforschung eher unüblicher Aspekt auf. Auf die Frage, was die Ziele des Unterrichts seien, nannte ein Interviewee als ersten Punkt:

„Dass die Studierenden auch etwas politischer werden dabei und nicht nur für ihren Job später, sondern auch im Studium.“ (I7:69)

Ein anderer Experte formuliert es so:

„Ich will, dass meine Studierenden danach politisiert sind. Ich will sie nicht beeinflussen, was sie denken sollen, aber ich will sie beeinflussen, dass sie anfangen zu denken.“ (I4:42)

Ein weiterer Interviewee beschrieb als Ziel „sozusagen auch den mündigen Staatsbürger im weißen Kittel, so, ja mitzubilden“ (15:23). Dabei wird die politische Komponente zumeist als unvermeidbare Konsequenz der Auseinandersetzung mit den sozioökonomischen Determinanten von Gesundheit verstanden:

„Also schon alleine, wenn man darüber spricht, ja, dass Armut schlechte Gesundheit beeinflusst, schon alleine, wenn man darüber, das ist ja eigentlich schon ein politischer Fakt oder ein politisches Themengebiet, in das man dann automatisch reinrutscht.“ (110:71)

„Das, finde ich, ist auch ein Teil von Global Health Education, weil das Gut Gesundheit ist immer eins, was mit Politik verbunden ist, also was mit politischer-, was einen politischen Kontext hat. Gesundheit existiert nicht außerhalb eines politischen Kontextes.“ (14:42)

In einem anderen Interview wird der Zusammenhang ohne die Verwendung des Wortes „politisch“ benannt und primär im Sinne einer gesellschaftlichen Verantwortung betrachtet:

„Aber ich glaube, dass da halt auch die Pflicht da ist, sich an der gesellschaftlichen Diskussion zu diesem Thema zu beteiligen. Und das kann man halt dann besser, wenn man sich über die Zusammenhänge Gedanken gemacht hat, die zur Situation gesundheitlicher Krisen führen.“ (13:25)

Das Verständnis der Determinanten von Gesundheit führt zu einem Bewusstsein für die Notwendigkeit politischer Lösungsansätze. Essentieller Bestandteil ist deshalb das Bilden einer eigenen Meinung.

Verantwortung übernehmen

Parallel zur Politisierung und oftmals mit ihr verknüpft, geht es den Experten auch um die Förderung der Verantwortungsbereitschaft der Studierenden:

„Wir müssen heute Studierende dazu hinbringen, wieder Verantwortung zu übernehmen.“ (14:22)

Dabei geht es sowohl um ein gesellschaftliches Verantwortungs-, bzw. erstmal Problem-Bewusstsein („Dass man sich also nicht wird aus der Affäre ziehen können, indem man sagt: Was hat das mit uns zu tun?“ 13:25) als auch um persönliches Engagement:

Interviewer: „Was war dann für Sie so das Hauptziel von diesem Unterricht?“

Experte E: (überlegt) „Also, am Anfang stand diese Idee, dass des Predeparture-Trainings doch sehr stark im Vordergrund, also sprich Vorbereitung auf die allgegenwärtigen Famulaturen, PJ-Tertiale und so weiter in Low-Income-Countries und -Settings. Im Lauf der Zeit ist dann aber zunehmend doch auch die Idee gekommen, über die Frage von Interkulturalität eben in auch der hiesigen Gesundheitsversorgung mit hineinzuwirken und dann eben auch ja quasi das gesellschaftspolitische Engagement, was damit verbunden ist.“ (15:22-23)

Die Beschäftigung mit den Determinanten von Gesundheit soll dabei nicht bei einer reinen Fakten-Vermittlung bleiben, sondern die Verantwortungsbereitschaft und -übernahme fördern:

„Und die müssten wir wieder, sage ich mal, fördern, ganz vorsichtig massieren, so ein bisschen und dann denen Ideen geben, dass sie auch wieder sich trauen, Verantwortung zu übernehmen, und das nicht nur über einen einzelnen Patienten, sondern vielleicht sogar über Populationen oder vielleicht sogar über Prozesse, die eine weltweite Komponente haben, so.“ (14:48)

Auch hier wird der Aspekt der Verantwortungsübernahme auf zwei Ebenen verortet: (1) Die Verantwortungsübernahme und das Engagement für supraterritoriale Determinanten von Gesundheit und (2) die Verantwortungsübernahme in der individuellen ärztlichen Tätigkeit. Zusammenfassend beschreibt ein Experte es so:

„Ich glaube, unser Potential ist ein viel größeres, wenn wir aus dieser, aus der begrenzten Denkweise "Global Health ist nur weltweit" rausgehen. Wenn wir Verantwortung wieder da mit reinnehmen. Das ist das Global Health-Konzept, wo ich gerne würde, dass es sich hin entwickelt.“ (14:76)

Verantwortung zu übernehmen bezieht sich damit auf die Teilnahme am gesellschaftlichen Diskurs, auf das eigene Arbeitsumfeld (ob mit lokalen oder globalen Aspekten), und auf das eigene soziale Engagement.

Problemlösung

In mehreren Interviews geht es darum, wie Mediziner nicht nur das klassische Lehrbuchwissen benötigen, sondern problemorientiert denken und handeln können müssen. Dazu gehört die

Fähigkeit Situationen kritisch analysieren zu können, kreative Lösungen zu entwickeln und diese dann auch zu evaluieren. Exemplarisch beschreibt ein Experte:

„Was wir brauchen, sind heute Leute, die zusammenarbeiten können, die neu denken können, die kreativ sind und immer wieder auf Lösungen reagieren können, die ganze Zeit.“ (14:62)

Supraterritoriale Determinanten von Gesundheit verstehen

Die oben beschriebenen Ziele lassen sich um das zentrale Ziel der „supraterritorialen Determinanten“ anordnen und es lässt sich zeigen, wie sie sich gegenseitig bestärken: Im Zentrum steht das Verständnis der supraterritorialen Determinanten. Dies führt zur Politisierung in dem es das Bewusstsein für die politischen Dimensionen schärft und zur Meinungsbildung beiträgt. Dies kann zum einen die Verantwortungsbereitschaft fördern, zum anderen aber auch das Interesse an einer geisteswissenschaftlichen Perspektive stärken und problem-orientiertes Denken fördern. Zusammengefasst lässt sich das wie folgt darstellen

(Abbildung 15):

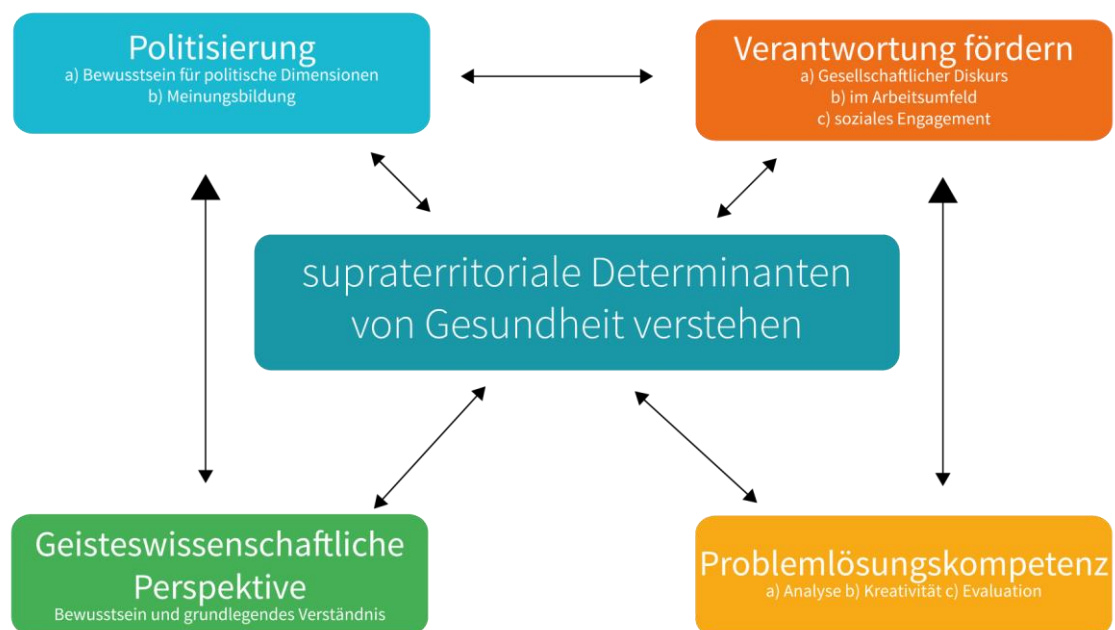


Abbildung 15 Übergeordnete Ziele des Global Health-Unterrichts und ihre Verknüpfung.

Diese Komponenten dienen dabei nicht nur dem Verständnis supraterritorialer Determinanten, sondern dienen auch der allgemeinen ärztlichen Ausbildung und Berufsfähigkeit:

„Global Health eben didaktisch es drauf hat, man es nutzen kann, man kann es eben nutzen, für eine, finde ich, allgemein bessere medizinische Ausbildung und für mich geht es eher darum, ja, Global Health als Thema zu entwickeln und in die Gesundheitsversorgung grundsätzlich in die Ausbildung hereinzukriegen, und nicht so sehr darum, ein spannendes, schönes Wahlfach zu machen für Leute, die auch mal in den Süden wollen, ne?“ (I1:35)

5.4 Dritte Hauptfrage: Wie kann GH unterrichtet werden?

Zielgruppen

Aus der Präsentation der Inhalte von GH wird deutlich wie breit das potentielle Spektrum an Themen ist. In mehreren Interviews geht es darum, wie die Breite an Themen, aber auch die Tiefe in der Auseinandersetzung mit einzelnen Themen von der Zielgruppe abhängt. Dabei kristallisieren sich drei große Zielgruppen heraus. Ein Interview-Teilnehmer beschreibt es so:

„Und es sind, finde ich, drei verschiedene Zielgruppen, die auch Überlappungen haben, die drei verschiedene Arten von Lehre brauchen.“ (I6:35)

Wir haben diese drei Gruppen in Form eines Trichters oder einer umgekehrten Pyramide dargestellt (**Abbildung 16**). Dabei spiegelt die Breite (X-Achse) die Größe der Gruppen wider, die Y-Achse spiegelt die Eindringtiefe oder Spezifität der Themen wider.



Abbildung 16 Die drei Zielgruppen für Global Health-Lehre.

Die große Mehrheit

Die erste Gruppe wurde in den Interviews als „überwiegende Mehrzahl der Medizinstudierenden“ (13:25), als „die großen Desinteressierten“, als „jeder Medizinstudent, der [die] nie einen Fuß ins Ausland setzten werden“ (16:35) bezeichnet. Es geht darum, dieser Gruppe Grundlagen von Global Health zu vermitteln und wo möglich Interesse zu wecken:

„Was glaube ich, ganz gut wäre für alle, ist dass es klar wird, dass es jenseits von Public Health und International Health was anderes gibt, dass es eben noch andere Dimensionen gibt, andere Einflüsse auf Gesundheit; dass es auch andere Bereiche gibt, die sich wissenschaftlich und praktisch damit auseinandersetzen und das schon mal mitgenommen zu haben, so. Also das wäre, da wäre schon mal was dran.“ (19:66)

Die konkreten Lernziele werden so beschrieben:

„Jeder muss was übers Herz lernen, wie es funktioniert, dass es da elektrische Impulse hat und sowas, ohne kannst du kein Arzt sein. Aber du kannst hinterher auch Kardiologe werden. Und als Augenarzt ist wichtig zu wissen: Da gibt es ein Herz, das macht das mit dem Blut, aber du musst dich nicht mehr tagtäglich damit auseinandersetzen. Genauso müssen wir Aspekte, von dem, was wir glauben, was wichtig ist, Equality, Social Determinants, Human Rights, da sollte jeder Student mal was drüber gehört haben, aber nicht jeder Augenarzt wird hinterher mit Human Rights hinterher zu tun haben.“ (14:82)

Bei dieser Gruppe geht es um die Vermittlung von Basics zu Global Health, und dann vor allem um die Vermittlung von Kompetenzen, die ihnen auch in der alltäglichen, lokalen ärztlichen Tätigkeit dienen (Verständnis für soziale Determinanten von Gesundheit, Interkulturelle Kompetenzen, Bewusstsein für politische Aspekte der Salutogenese etc.).

Die Global Health-Affinen

Die „große Mehrheit“ lässt sich von den „Global Health-Affinen“, einer „Minorität mit Affinität zum Thema“ (14:76), den „besonders Interessierten“ (15:29) abgrenzen. Ein Interviewee fasst unter dieser Gruppe vor allem diejenigen zusammen, die für Famulaturen oder Praktika ins Ausland gehen (16:35). Die Ziele für diese Gruppe werden zum Beispiel so beschrieben:

„Und da ist es, glaube ich, eine wichtige Kompetenz, die eigenen Grenzen zu kennen und in der Lage zu sein, diese so zu kommunizieren, dass man weder dem Patienten noch sich selbst schadet. [...] Und das Zweite ist dann sozusagen das politische Bewusstsein: Ich gehe nicht an ein Krankenhaus nach Tansania, weil ich da Sachen machen darf, die ich hier nicht machen darf. Das ist für mich keine akzeptable Begründung oder Argumentationslinie. Des Weiteren muss man aber auch in der Lage sein, zu realisieren, dass sich die Gesundheitssituation in einem ärmeren Land nicht allein nur durch ärztliche Hilfe verbessern lässt, sondern eben dann anfangen zu hinterfragen, warum ist denn die Situation, wie sie ist? [...] Was sind Determinanten von Gesundheit? Insbesondere soziale und ökonomische Determinanten.“ (I3:27)

Dieser Gruppe sollte vor allem in Wahlpflichtfächern oder Wochenendseminaren (I5:28, I8:39, I9:22) begegnet werden, in denen sie sich tiefergehend mit einigen der Themen auseinandersetzen und auch konkret auf Praktika und Arbeit im Ausland vorbereitet werden.

The One Percent

Die dritte Gruppe wird von einem der Experten als „*The One Percent*“ (I4:76) bezeichnet. Gemeint ist damit die Gruppe von Studenten, „*die das tatsächlich auch als Beruf erwägt*“ (I5:35) oder „*diejenigen, wozu wir jetzt tatsächlich ja auch irgendwo geworden sind, die ihre Profession in dem Bereich haben. Also, die dann wahrscheinlich später einen Master machen und irgendwie im Bereich Public oder Global Health arbeiten wollen.*“ (I10:91). Weitgehende Einigkeit herrscht darüber, dass dieser Ausbildungsbedarf nicht durch das klassische Medizinstudium abgedeckt werden kann. Im Rahmen des Medizinstudiums könne jedoch dieses Berufsfeld zumindest vorgestellt werden:

„Da ist es, finde ich, wichtig, im Medizinstudium schon früh überhaupt mal von diesem Feld kennenzulernen. [...] Also, dass man sozusagen früh sensibilisiert wird und früh die Möglichkeit hat-, und das ist wahrscheinlich nur ein Prozent, die diesen Weg einschlägt, aber das, das ist sozusagen eine Zielgruppe, die dann daraus eine Profession machen.“ (I6:35)

Es wird aber auch die Schwierigkeit betont, für interessierte Mediziner passende Weiterbildungsangebote zu finden, oder die Arbeit im Feld von GH überhaupt mit einem Medizinstudium zu verknüpfen:

„Also ich denke aber, dass halt in dieser, sagen wir mal, in dem Extrem von denen, die sich auf die Spezialisierung in dem Bereich zu bewegen, sind halt ganz ganz viele, die sehr, sehr interessiert sind, aber es ist halt trotzdem - es wird vielleicht einfacher, aber es ist trotzdem auch immer schwer, die richtigen Angebote für sich dann zu finden, um dann in dem Bereich da sich weiterzubilden. Und ganz oft schwer, dass eben dann damit zu verbinden, was man gelernt hat, oder was man studiert, nämlich die Medizin selber.“
(I10:91)

Wie weit es für diese Gruppe des „Einen Prozentes“ eigene Unterrichtsangebote bedarf, wird durchaus kritisch diskutiert:

„...ob das ein Berufsfeld wäre, aber das ist dann eher individuell, also so viele werden dann da ja auch nicht gebraucht, also es ist ja auch nicht so, dass man da jede oder jeden oder eine ganze Kohorte von zwanzig Leuten jedes Jahr ausspucken sollte, das (lacht), so ist es nicht.“ (I5:35)

Ein anderer Interviewee hält die hohen Hürden sogar für eine sinnvollen Selektionsfaktor:

„Ich glaube, dass die ihren Weg finden müssen und finden werden. Ich weiß nicht, ob man das tatsächlich sozusagen bahnen kann, soll oder muss. Mein Eindruck ist, dass wer entschlossen ist, das zu machen, der wird sich, der oder die wird sich einen Weg suchen. [...] Und ich weiß gar nicht, ob das sozusagen zielführend ist, da, vielleicht sagt sich das so ein bisschen provokativ, ob das zielführend ist, Hürden abzubauen? Oder ob man die Hürden nicht so lassen sollte, wie sie ist-, wie sie sind, und dann gucken: Na ja, wer das in diesem Kontext schafft, sich irgendwo anzudocken, der meint es ernst. Und der oder die hat auch wirklich ein Interesse dran. Ich hätt-, würde mich halt scheuen, da Tür und Tor für Mitnahme-Effekte zu öffnen [...]. Also insofern glaube ich, die kleine, die kleine Gruppe, die schafft das auch so.“ (I3:29)

Als Wege auf diesem Feld weiterzukommen werden vor allem Praktika (I5:35) und dann separate Master-Studiengänge (I6:35) benannt. Viele dieser besonders interessierten Studierenden würden auf die Wahlfächer, extracurriculären Angebote oder auch bestehende Summer Schools zurückgreifen (I10:91). Es werden aber auch andere Perspektiven geäußert, insbesondere von jüngeren Interviewpartnern. So wird gesagt:

„OK, ich hab jetzt Medizin studiert, aber ich möchte jetzt einen Master machen in Global Health und dann nach dem Master doch keine guten Berufschancen haben und doch auch in dem Bereich dann einfach nichts finden, weil sie vielleicht, also, es wird ja auch oft dem nachgesagt, dass jetzt zum Beispiel bei der WHO oder, dass man eben im Bereich dieses internationalen Sektors zum Beispiel eher über Kontakte einen Job findet, als jetzt rein über den Master, den man dann gemacht hat.“ (I10:93)

Speziell im akademischen Bereich seien die Entwicklungsmöglichkeiten sehr begrenzt:

„Aber die zwei Bereiche Universitäten und der Lehre und Forschung auf der einen Seite, und auf der anderen Seite interessante Jobs im Bereich öffentliche Gesundheit sind total rar gesät. Das ist halt im anglo-amerikanischen Raum deutlich, deutlich ausgeprägter. Und das sehe ich als ein großes Manko, eigentlich in Deutschland. Nicht nur, um die Leute in Jobs zu bekommen, sondern auch, um sinnvolle Arbeit zu machen und das Themenfeld voran zu bringen.“ (I6:172)

Während für die ersten beiden Gruppen, „die große Mehrheit“ und die „Global Health-Affinen“ weitgehend Einigkeit in Bezug auf den Bedarf von Lehrangeboten herrscht, sieht die Situation für die „One Percent“ anders aus. Hier wird auf der einen Seite der Bedarf an guter Ausbildung und die Schwierigkeit einer planbaren Karriere hervorgehoben, auf der anderen Seite aber auch betont, dass gewisse Hürden sinnvoll sein können.

Formate des GH-Unterrichts

Im Rahmen der Interviews werden eine ganze Reihe an verschiedenen Formaten des GH-Unterrichts benannt. Einige davon werden bereits von Experten so umgesetzt, andere werden von Experten als Beispiele aus anderen Standorten benannt, und einige sind noch Zukunftsmodelle (**Tabelle 4**, nächste Seite).

Table 4 In Interviews benannte Formate des Global Health-Unterrichts

	Beschreibung	Zitate
Im Curriculum	Als Teil von anderen Fächern (z.B. Gynäkologie, Pädiatrie, Sozialmedizin oder Querschnittsbereichen)	I1:32, I3:13, I4:82, I5:73, I6:138, I7:47, I8:95, I9:22, I10:37
Wahlpflichtfach	Umfang von 1-3 Semesterwochenstunden, anerkannt als Wahlfach im vorklinischen oder klinischen Studienabschnitt	I1:35, I5:19, I6:117, I7:25 I8:39, I9:35, I10:13
Schwerpunkt-Curriculum/ Profil / Track	Kombination von Wahlpflichtfächern, zusätzlichen Seminaren, Prüfung über mehrere Semester. Abschluss mit Zertifikat.	I1:35, I6:137, I7:95, I8:31, I9:34
Eigener Studiengang (Bachelor / Master)	Studiums begleitend, interkaliert oder nach Studiumsabschluss (postgraduate)	I1:35, I6:138
Online-Kurs	Teilnahme an Massive Open Online Courses, teilweise begleitet von Seminaren vor Ort	I6:158, I8:39
Ringvorlesung	GH-Experten aus verschiedenen Fächern bieten eine gemeinsame Vorlesungsreihe an, über mehrere Wochen verteilt oder gebündelt als Thementag	I5:33, I6:7-9, I7:103
Predeparture-Training	Vorbereitungskurse für Studierende, die für Famulaturen oder PJ-Tertiale ins Ausland gehen zu interkultureller Kompetenz, Ethik und Global Health-Themen	I1:53, I5:33, I6:35, I10:107
Summer School	Blockunterricht, der sich an interessierte Studierende richtet, in der Regel extracurriculär, oftmals zusammen mit nicht-universitären Organisationen	I4:42, I5:19, I6:5, I8:39, I10:115
Studentisch organisiert	Als einzelne Seminare, Lesezirkel oder Blockseminare organisierte Veranstaltungen zu GH-Themen, oft zusammen mit Partnerorganisationen.	I5:19, I6:162, I7:25

Bei all der Vielfalt an Formaten zeigen sich zusammengefasst oftmals ähnliche Herausforderungen in der Konzeption und Umsetzung der Kurse:

- a) fast alle Angebote leben vom hohen (meist ehrenamtlichen) Engagement der Lehrenden und Organisierenden. Es fehlt oft an finanziellen, personellen und fachlichen Ressourcen für die Umsetzung (I5:33, I6:49, I10:83)
- b) es gibt bislang keine einheitlichen Vorgaben zu Kompetenzen und Unterrichtszielen für GH, so dass es an einer Standardisierung oder Vergleichbarkeit mangelt (I1:30, I5:45, I9:62, I4:114; I10:113).

Didaktische Ansätze

In mehreren Interviews betonen die Experten, wie GH-Unterrichtsveranstaltungen ihnen als Labor gedient haben, um verschiedene didaktische Konzepte auszuprobieren (I1:41, I6:117). GH als Themenfeld bietet dabei mit seiner globalen und interdisziplinären Ausrichtung eine besondere Chance neue Methoden zu testen und neue Lehrformen in das Studium zu integrieren.

Dabei stehen vor allem fünf Aspekte als spezifisch oder zumindest besonders geeignet für Global Health im Vordergrund:

- 1) Transformativer Unterricht
- 2) Problembasiertes Lernen
- 3) Neue Technologien
- 4) Reflexionsvermögen
- 5) Authentizität

Transformativer Unterricht

Eng verbunden mit den Zielen des GH-Unterrichts (vgl. „Übergeordnete Ziele“, S.56) geht es den Lehrenden darum mehr als „nur Faktenwissen“ zu vermitteln. Es geht um „mündige[n] Staatsbürger im weißen Kittel“ (I5:23), darum, dass Ärzte ihrer „soziale[n] Verantwortung“ (I8:17) gerecht werden und Werte reflektiert und vermittelt werden (I4:40).

Einer der Experten fasst dies unter dem Stichwort der „Transformative Education“ ^{†††} zusammen und bezieht sich dabei insbesondere auf die Theorien von Ken Robinson^{§§§}:

„Ich glaube, wir müssen auf jeden Fall entwickeln, dass ‚Transformative Education‘ – Also, wie können wir junge Menschen dazu bewegen, dass sie etwas bewegen werden? [...] Wie kriegen wir das hin, dass wir unsere Edukation dahinkriegen, dass wir Leute darauf vorbereiten, auf Sachen, von denen wir noch gar nicht wissen, wie sie in der Zukunft sein werden.“ (I4:114)

^{†††} Zu „Transformative Education“ siehe zum Beispiel die Zusammenfassung hier: KITCHENHAM, A. 2008. The Evolution of John Mezirow's Transformative Learning Theory. *Journal of Transformative Education*, 6, 104-123.

^{§§§} Ken Robinson ist ein englischer Professor für Bildungswissenschaften und war unter anderem an verschiedenen Report des britischen Bildungssystems beteiligt: ROBINSON, K. 1999. *All Our Futures: Creativity, Culture and Education*. NACCCE. National Advisory Committee on Creative and Cultural Education, ROBINSON, K. 2001. *Unlocking Creativity: A Strategy for Development*.

Problembasiertes Lernen

Auch wenn der Aspekt des transformativen Unterrichts explizit nicht so oft erwähnt wird, kommt problembasiertes Lernen als eine der Kernstrategien mit seinen verschiedenen Methoden in verschiedenen Interviews vor (I2:31, I6:117, I7:135, I10:25). Besonders oft werden Kasuistiken (Case Studies) und Planspiele verwendet und damit gute Erfahrungen gemacht.

Neue Technologien

GH eigne sich mit seinem globalen Ansatz und der Breite der Themen besonders für den Einsatz neuer Medien. Mehrere Interviewees verweisen auf die hohe Medienkompetenz der Studierenden und den Umgang mit Internetrecherchen, Datenanalysen und mobiler Kommunikation (I4:54, I5:63, I7:137).

Reflexionsvermögen

Als weitere wesentliche Komponente wird die Förderung des Reflexionsvermögens benannt:

„Die-, ein wesentlicher Schritt, scheint mir zu sein, zu lernen, eigene Ängste und Befürchtungen wahrzunehmen und die zu reflektieren. Also dieses, was uns ja nahezu angeboren ist, am liebsten alles immer so haben, wie man es kennt. Und alles, was man nicht kennt, erstmal als fremd und ungewollt oder vielleicht sogar bedrohlich wahrzunehmen. Und, das ist, glaube ich, was, was man sehr reflektiert tun muss, also, sich selbst sozusagen dabei zu beobachten.“ (I3:25)

Möglichkeiten zur Reflexion werden vor allem durch hohe interaktive Anteile erreicht (I6:117, I10:14) und durch die Vermittlung in Arbeitsgruppen:

„Und bei, bei den Teilen, wo es halt sehr stark auch um die eigenen Einstellungen geht, da dienen dann natürlich die Arbeitsgruppen wirklich auch dazu, dass jeder zu Wort kommt im geschützteren Rahmen einfach auch mal das, was er zu bestimmten sehr fremden Medizinform, geistige Heilung oder was auch immer, eben denkt, ja sagen zu können.“ (I5:31)

Authentizität

Ein weiterer Aspekt, der mehrmals in den Interviews erwähnt wird, ist der Bedarf an und das Potential von authentischen Lehrenden:

„Weil, man muss nicht immer alles mit anderen Ländern vergleichen und ich mag das nicht, wenn man sagt, euch geht's doch hier so gut und so, aber wenn man das halt wirklich so gelebt mit einbringt, und wenn die Dozentin das so lebendig erzählen kann, dann begeistert das auch jeden.“ (I8:97)

Die Bedeutung von authentischen Dozenten, gerade auch im medizinischen Kontext wird auch hier sehr deutlich:

„Ja, das finde ich wirklich wichtig, diese Möglichkeiten, auch der Auseinandersetzung mit den authentischen Vertretern einer Tätigkeit, weil das im Medizinstudium halt, tja, halt einfach gar nicht ermöglicht ist.“ (I5:69)

Ein Dozent berichtet davon, wie ein erfolgreich umgesetzter Ansatz bei den Studierenden ankommt:

„Und wo eben eine entsprechende Expertise auch reinkommt, wo nichts Angelesenes ist. Sondern das ist alles authentisch. Und das ist auch das, was in den Evaluationen eben rüberkommt, [...] Was die unterrichten, ist authentisch.“ (I7:127)

Über diese fünf Aspekte hinaus gab es weitere Diskussionen zu Prüfungsmethoden (I7:153, I8:59), Frontalunterricht (I4:42, I6:117, I10:25), Referaten und Peer Education (I4:74, I5:37, I6:119) und zu Fragen, wie man Themen am besten einführt, und welche Anknüpfungspunkte sich eignen.

Global Health als Lernspirale unterrichten

Über die letzten Kapitel konnte festgestellt werden, dass a) GH dem gesamten Medizinstudium und der Ausbildung zum Arzt dienen kann, b) es verschiedene Zielgruppen gibt, die unterschiedliche Eindringtiefen in GH benötigen und es c) bereits eine Vielzahl an verschiedenen Formaten und Konzepten gibt, um GH zu unterrichten. Es wird deutlich, dass ein Teil der GH-Aspekte im normalen Curriculum für alle Medizinstudierende verankert sein sollte und es große Schnittmengen mit vielen bereits existierenden Fächern gibt. Es zeigt sich aber auch, dass einige Themenfelder deutlich spezieller sind und nicht im curriculären Bereich abgedeckt werden können und sollten. Für diese Felder, die sich eher an die besonders interessierten Studierenden richten, bieten Wahlfächer, Summer Schools, etc. eine geeignete Form. Die dritte Gruppe („Die 1%“) benötigt gegebenenfalls Angebote, die ein separates Studium notwendig machen und auch über den Rahmen dieser Arbeit hinausgehen.

Um ein solches Modell erfolgreich umzusetzen, bietet sich die Idee einer „Lernspirale“ (I7:129) an. Bei einer Lernspirale geht es darum, dass sich GH-Aspekte wie ein roter Faden durch das gesamte Studium ziehen und aufeinander aufbauen. Dabei legen bereits vorklinische Fächer die Grundlagen (z.B. in der medizinischen Soziologie), auf denen dann später in anderen Fächern aufgebaut werden kann. Manche Themen werden so in Wahlfächern oder Summer Schools ausgelagert. Andere Themen können in klinischen Fächern und Querschnittsbereichen wieder aufgegriffen werden. Ziel ist es, dass am Ende der durchschnittliche Student die Aspekte mitbekommen hat, die jeden Arzt in seiner Ausbildung prägen sollten, und darüber hinaus besonders interessierte Studierende die Möglichkeit hatten, sich auf den Grundlagen aufbauend noch tiefer mit der Materie auseinanderzusetzen.

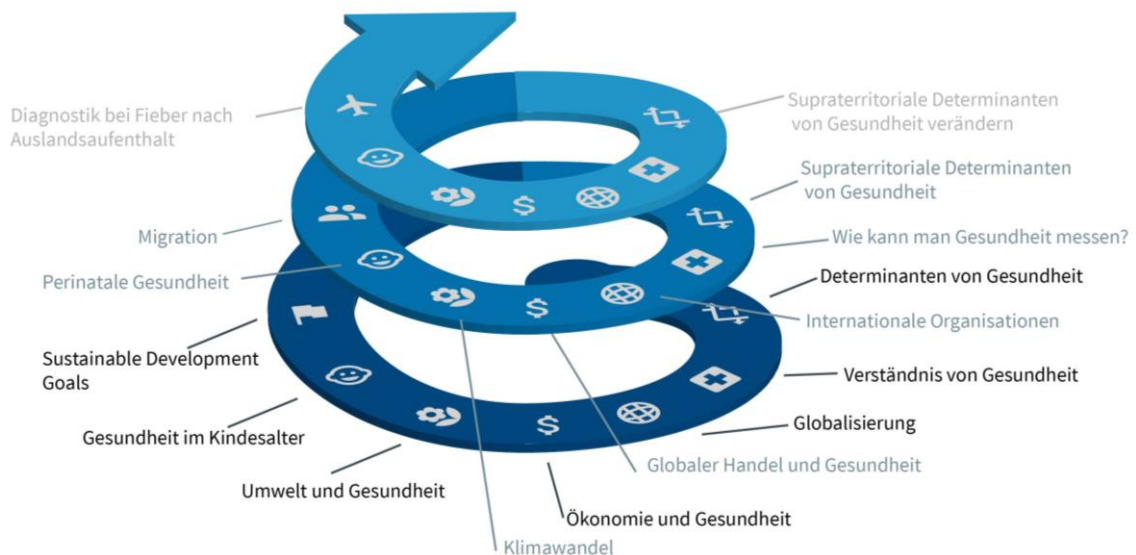


Abbildung 17 Beispielhaftes Modell für eine Lernspirale.

Der dunkelblaue Ring (Zyklus 1, schwarze Schrift) sollte für alle im Studium abgedeckt sein. Der mittelblaue Ring (Zyklus 2, mittelgraue Schrift) kann darauf aufbauen, während der hellblaue Ring (Zyklus 3, hellgraue Schrift) dann Themen abdeckt, die ggf. Wahlfächern oder Summer Schools vorbehalten sind. Beispiele dafür finden sich in **Tabelle 5**.

Ein beispielhaftes Modell findet sich dafür in **Abbildung 17**. Der untere Ring zeigt die Grundlagen, die für alle gelegt werden sollten, und auf die dann im zweiten Ring weiter aufgebaut werden kann. Der dritte Ring richtet sich dann an Studierende mit besonderem Interesse und würde dann z.B. in Wahlfächern etc. behandelt werden. Gut denkbar ist ein weiterer Ring, der dann Themen im Rahmen der Postgraduierten-Ausbildung abdeckt.

Tabelle 5 verdeutlicht wie diese Themen inhaltlich gefüllt werden könnten.

Table 5 Beispiel für die Themen einer Lernspirale

	Zyklus 1	Zyklus 2	Zyklus 3
Determinanten von Gesundheit	Was beeinflusst Gesundheit? Sozioökonomische Determinanten	Supraterritoriale Determinanten von Gesundheit	Interventionen zur Verbesserung von (supraterritorialen) Determinanten
Verständnis von Gesundheit	Was heißt es krank oder gesund zu sein?	Wie kann man Gesundheit messen?	Wie gehen wir mit verschiedenen Gesundheitsverständnissen um? (z.B. Interkulturell)
Globalisierung	Was ist Globalisierung und was hat das mit Gesundheit zu tun?	Internationale Organisationen	Brain Drain and the Global Health Workforce
Ökonomie	Basics der Gesundheitsökonomie	Verschiedene Finanzierungssysteme / Krankenversicherungen	Universal Health Coverage
Ökologie	Umwelt und Gesundheit	Klimawandel und Gesundheit	Ausbreitung von tropischen Erregern in Europa
	Zyklus 1	Zyklus 2	Zyklus 3
Gesundheit im Kindesalter	Gesundheit und geistige und körperliche Entwicklung	Perinatale Gesundheit	Interventionen zur Reduktion der perinatalen Mortalität und Morbidität
Zusätzliche Themen	Sustainable Development Goals, insbesondere SDG3 Interkulturelle Kommunikation	Migration und Gesundheit / Versorgung von Migranten in Deutschland Pandemien	Epidemiologie der Tuberkulose in Europa, MDR/XDR-TB Differentialdiagnosen des Fiebers nach Auslandsaufenthalt

5.5 Vierte Hauptfrage: Was ist für die Zukunft von GH wichtig?

Im letzten Teil der Interviews geht es oftmals um die Frage, wie die Zukunft von GH aussehen könnte, und auf welche Zukunft die Studierenden eigentlich vorbereitet werden sollen. In den ersten Iterationen der Analyse haben wir diese vierte Hauptfrage als komplett selbstständig bearbeitet. Im Verlauf der Analyse wurde aber deutlich, dass diese Frage über unsere Kernforschungsfrage hinausgeht und darüber hinaus in unserem Sampling nur unzureichend abgebildet werden kann (unter unseren Interviewees befindet sich nur ein Dozent, der nicht in Deutschland geboren wurde). Dies wurde auch im Feedback auf ein erstes vorläufiges Modell im Validierungs-Survey deutlich. Daraufhin haben wir in einer weiteren Iteration vor allem geschaut, wie die Antworten das Profil der anderen drei Hauptfragen schärfen. Dennoch gibt es einige Aspekte, die hier separat präsentiert werden.

Global Health in der allgemeinen Wahrnehmung

Ein gemeinsames Thema in zahlreichen Interviews ist die zunehmende Bedeutung von Global Health-Aspekten. Dies wird für Deutschland zum Beispiel so begründet:

„Im Moment haben, hat, glaube ich, an den verschiedenen Fakultäten gibt es so einzelne Stimmen in der Wüste, die predigen, und jeder entwickelt seine eigene Möglichkeit aufgrund der lokalen Umstände, aber das trägt alles dazu bei, sage ich mal, die Welle anschwellen zu lassen. Und irgendwann wird das Thema so groß werden, zum Beispiel ja, jetzt Anfang des Jahres: Ebola, jetzt Flüchtlinge. Und Du hörst irgendwie Global Health zunehmend, auch in der Breite. Und das wird irgendwann dazu hinkommen, dass wir da einen Diskurs drüber haben. Und dann werden wir das, glaube ich, lösen.“

(I4:68)

Die besondere Rolle der weltweiten Ereignisse und auch der medialen Berichterstattung werden auch andernorts erwähnt:

„Ich glaube allerdings auch, dass durch so die Allgemeinbildung gerade, also, was jetzt dieses Jahr oder 2015 gezeigt hat, also mit der Flüchtlingssituation, dass da sehr viele Leute sehr helle geworden sind, auch von den Studierenden und so ein Thema nachfragen. Und mehr davon machen möchten. Auch wenn die von vornherein wissen, dass sie Kardiologie werden, und damit vielleicht herzlich zu tun haben wollen, oder damit wenig zu tun haben werden.“ (I7:79)

Das Erleben der weltweiten Ereignisse als Bedrohungen führe insbesondere den Studierenden vor Augen, wie wichtig diese Fragen seien:

„Ich denke, die Sichtbarkeit ist schwer wegzudiskutieren. Es ist sichtbar. Durch die ganzen globalen Bedrohungen setzen sich die Leute mit den Themen auseinander und stellen auch fest, da gibts ja was, was wir noch nicht im Studium gelernt haben und das müsste dann im Studium aufgegriffen werden. Aber die Frage ist, wie.“ (I8:91)

Konsequenz des gesteigerten Interesses kann dabei eine rein intellektuelle Auseinandersetzung mit der Thematik sein, möglicherweise mit einem gesteigerten

Verantwortungsbewusstsein für das ärztliche Handeln in Deutschland (vergleiche Zielgruppe 1 in **Abbildung 16**, S. 61).

*Die Rolle von Mediziner*innen aus Deutschland in Global Health*

Das gesteigerte Interesse kann aber auch zu einem gesteigerten persönlichen Engagement, möglicherweise auch im Ausland (vergleiche Zielgruppe 2 und 3 in **Abbildung 16**, S. 61) führen. Im Setting von Global Health geht es dabei darum, wie sinnvoll dies sowohl für die Mediziner*innen als auch für die Kollegen und Bevölkerung vor Ort ist. Dies wird durchaus ambivalent beurteilt.

International Electives – Als Medizinstudierender im Ausland

Im Rahmen der Unterrichtsinhalte wird die Rolle von International Electives und die Notwendigkeit zu Predeparture Trainings bereits erwähnt (**Tabelle 4**, S. 66). Während International Electives (PJ Tertiale oder Famulaturen im Ausland) einen hohen didaktischen Wert haben können, bergen sie auch eine Reihe von Risiken:

„Ich finde, so ein Auslandsaufenthalt ist überhaupt kein Selbstzweck. Es muss niemand ins Ausland gehen. Und bei Manchen wäre es auch besser, wenn sie nicht gingen. Und es geht auch nicht, also, ich sehe meine Aufgabe als Dozent nicht darum, die Leute irgendwie unbedingt ins Ausland zu bringen, oder dass sie damit klarkommen, sondern, wenn schon, will ich den Aufenthalt auch didaktisch nutzen für irgendwas.“ (I1:39)

So wird in den Interviews unter anderem die verpflichtende Durchführung von Predeparture-Trainings gefordert:

„Was für ein Bild und was für einen Schaden können eigentlich diese Horden an Auslandsfamulanten und -studenten anrichten? Deswegen finde ich es auch wichtig, eigentlich, dass es verpflichtend wäre, dass man eine Art von Vorbereitung, nicht nur medizinisch, sondern auch "interkulturell" vorweist, bevor man sowas anerkannt bekommt. Das ist ein dickes Brett, was man da bohren muss, aber, also, vom Prinzip her finde ich das, ist also so dieses pre-Departure-Training ist eigentlich was total Wichtiges!“ (I6:35)

„Ich glaube auch, dass es wichtig ist, zum Beispiel Medizinstudenten, die ins Ausland gehen wollen, darauf vorzubereiten. Ich glaube, ich finde, dass es noch viel zu unorganisiert, vor allem wenn man, also, wenn man guckt, was

da manchmal auch bei rauskommt, also es ist, das finde ich problematisch - für die, die eben ins Ausland gehen wollen.“ (I10:37)

Andernorts wird aber auch betont, dass dies nicht die alleinige oder primäre Aufgabe von GH-Unterrichtsangeboten sein sollte:

„Ich finde nicht, dass Global Health die Funktion hat, Leute fürs Ausland vorzubereiten. Sondern das Ausland hat eine Funktion für die Erfüllung unserer Lernziele in Global Health. Ich finde, nur so rum wird da ein Schuh daraus. Und wenn man jetzt allein so ein Auslandsaufenthaltvorbereitungsseminar macht, das finde ich, kann man sich auch sparen. Da können die Leute auch zu Hause bleiben. Der Punkt ist halt..., ja, man muss natürlich dafür sorgen, dass sie da keinen Unsinn machen und so, aber ich finde, man kann mit Auslands- und Internationalisierungserfahrung viel, viel mehr erreichen und da ist noch unglaublich viel auch möglich.“ (I1:39)

Über die Rolle von Medizinern in der Ausbildung oder am Anfang ihrer ärztlichen Tätigkeit sagt ein Interviewee aus nicht-westlicher Perspektive:

„Teams aus jungen weißen Ärzten, die zu uns kommen sind nicht sehr nützlich, denn aktuell, gerade jetzt in Afrika – Tansania zum Beispiel hat aus ursprünglich fünf Universitäten inzwischen fünfzig aufgebaut – bilden wir genügend Ärzte aus. Aber trotzdem können Ärzte aus anderen Ländern einen Beitrag leisten, ich würde sagen, vielleicht später, wenn sie spezialisierter sind, wenn sie mehr Erfahrung haben in Medizin und in Public Health. Dann ist das weiterhin ein wichtiger Beitrag. Und dann werden sie zusammen mit denen, die hier in unseren Ländern arbeiten, zusammenarbeiten.“ (I2:45, übersetzt aus dem Englischen)

Die Rolle von deutschen Ärzten im Global Health-Kontext

In dem obigen Interview wird bereits angedeutet, dass es für Ärzte mit mehr Erfahrung eine sinnvolle Rolle in der Entwicklungszusammenarbeit geben kann. An anderer Stelle berichtet der Experte:

„Heute wird keines dieser Länder die primäre Gesundheitsversorgung von ausländischen Ärzten abhängig machen. Vor 40-50 Jahren waren sie noch

auf sie angewiesen, aber das ist nun nicht mehr. Dennoch soll das nicht heißen, dass ausländische Ärzte nicht weiterhin gesucht werden.“ (I2:13, übersetzt aus dem Englischen)

Er sieht die Vorteile vor allem in dem „frischen Wind“ (I2:39), in der Expertise (I2:47) und als Vorbild oder Ermutigung (I2:49). Ähnliche Einschätzungen finden sich auch in den anderen Interviews:

„Ja, also, was es, es gibt ja im Prinzip den klassischen Entwicklungshelfer als Arzt kaum noch. Und das finde ich auch in Ordnung, eigentlich. Weil, es braucht es, glaube ich, auch gar nicht mehr, dass jetzt jemand für drei Jahre in ein Missionskrankenhaus geht um da was aufzubauen, sondern generell sollte es in die Richtung gehen, dass man die Strukturen in den Ländern fördert. Und es gibt ja ganz tolle afrikanische, asiatische, südamerikanische Kollegen, die sozusagen innerhalb ihres Kontextes die Jobs übernehmen, die früher klassische Entwicklungshilfe-Jobs waren.“ (I6:180)

Die benötigten Kompetenzen werden eher im Bereich von Public Health und Epidemiologie gesehen:

„Und ich glaube, also, ich würde auch niemandem dazu raten, als Arzt oder Ärztin, den Weg einzuschlagen. Da werden unter anderem noch ganz andere Kompetenzen erwartet, sowohl von der Verwaltung her, als auch im Umgang mit Statistik et cetera, die man also in der Medizin eigentlich kaum lernt. Und da sind sicherlich also Leute, die entsprechende Qualifizierung in Public Health oder international Public Health haben, oder auch Politikwissenschaften und, und und, sehr viel besser aufgestellt.“ (I7:73)

Dennoch gibt es auch Stimmen, die noch Platz für klassische Arztrollen in der Entwicklungszusammenarbeit sehen:

„Dass die Länder nicht mehr so viele therapeutische Ärzte, tätige Ärzte haben wollen, stimmt glaube ich schon, hört man sehr häufig. Andererseits ist das auch wieder so ein politisches (.) oder so ein Statement, dass mir ein bisschen zu pauschal ist. Ich würd es eher so sagen: Es gibt weltweit, auch wieder ein Thema, dass es Regionen gibt, wo es zu wenig Ärzte gibt. Das haben wir in Mecklenburg-Vorpommern, und genauso wie in manchen Regionen Afrikas,

Lateinamerikas, Asiens und ich würde sagen, jeder der dahin will, und qualifiziert ist als Arzt, herzlich willkommen da hinzugehen, ja?“ (I1:60)

Trotzdem benötige es auf jeden Fall eine politische / gesellschaftliche Perspektive:

„Des Weiteren muss man aber auch in der Lage sein, zu realisieren, dass sich die Gesundheitssituation in einem ärmeren Land nicht allein nur durch ärztliche Hilfe verbessern lässt, sondern eben dann anfangen zu hinterfragen, warum ist denn die Situation, wie sie ist?“ (I3:27)

Und es benötige eine realistische Reflexion der eigenen Rolle, erst recht vor dem Hintergrund eines oftmals postkolonialistischen Settings:

„Und daran ist ja auch schon an vielen Stellen in der Umsetzung gescheitert, dass die Ärzte sagten, ja, wir wollen jetzt hier Lehre tätigen. Wir erklären das jetzt mal. Ihr seid uns wichtig, und wir wollen euch jetzt empowern, aber eben auf die Art und Weise, wie wir das für richtig halten, ne, da ist ja zum Teil auch unheimlich viel Paternalismus immer noch dabei.“ (I1:60)

„Und vor allem mit dem Bewusstsein, dass ich jedem, dem ich irgendwas erkläre, was meine Meinung ist, wenn ich ein Weißer in einem andern Land bin, ja, dass das mit Dominanz und Auf-Obstruierung in Verbindung steht.“ (I10:103)

In der praktischen Umsetzung wird auf die zahlreichen Barrieren, die einer beruflichen Entwicklung als Arzt im GH-Setting im Wege stehen, hingewiesen: die passende Ausbildung (I7:73), der Zugang zum Arbeitsmarkt (I6:170-172, I10:93), die Vereinbarkeit von Familie und Beruf (I1:56, I5:67, I6:182), die finanziellen Aspekte (I5:69, I7:73) oder auch die Unklarheit, wie eine ärztliche Tätigkeit in der Entwicklungszusammenarbeit aussehen kann (I1:56, I5:69, I5:81, I10:93).

Global Health in Deutschland

„Der europäische Arzt im Ausland, oder der Arzt in Deutschland in einer globalen Welt? Ich glaube, die heutige Flüchtlingssituation zeigt ja, dass wir nicht mehr nur als sozusagen als deutscher Mediziner im weißen Kittel nach Afrika gehen, sondern dass die globale Welt zu uns kommt, ja?“ (I4:116)

Um Deutschlands Rolle als Global Health-Akteur zu stärken, bedarf es neben den vermehrten Anstrengungen in der Lehre weiterer Aspekte, die über unsere ursprüngliche Fragestellung hinausgehen, aber für deren nachhaltige Lösung notwendig erscheinen: die Beteiligung an international beachteten Forschungsprojekten und die bessere Repräsentation innerhalb und außerhalb Deutschlands in Fragen der globalen Gesundheit:

„Wir brauchen nicht nur Lehre und Forschung zur Lehre, sondern wir müssen tatsächlich auch uns beteiligen an Studien, die das ganze Feld auch als wirklich wissenschaftliches Arbeitsgebiet der Forschung qualifizieren. Im Moment sieht das sehr stark so aus, dass wir in Deutschland eigentlich nur das rezipieren, was internationale Konsortien im Lancet publizieren und das ist auf Dauer zu wenig, um das nötige Ansehen an medizinischen Fakultäten zu erreichen, was man einfach auch braucht. [...] Denn so als reines Lehrfach, würde man nicht, auf Dauer nicht genügend wahrgenommen.“ (I5:85)

„Und da ist ja Deutschland insgesamt noch wenig vertreten, oder zu wenig vertreten, in internationalen Organisationen. Das kann man dann ähnlich auch argumentieren für den Bereich der globalen Gesundheitspolitik hier in Deutschland.“ (I3:11)

5.6 Validierungssurvey

Nach Abschluss der Interviews wurden vorläufige Modelle als Online-Survey an die Teilnehmer verschickt. Die ausführliche Auswertung des Online-Surveys findet sich in Anhang H. Die überwiegende Mehrheit stimmte den meisten Modellen weitgehend oder in vollem Umfang zu. Auf eine quantitative Auswertung wurde auf Grund der geringen Zahlen verzichtet (7 von 11 Interviewees haben den Survey beantwortet). Auf Grund des Feedbacks wurde zur vierten Forschungsfrage (Was ist wichtig für die Zukunft von GH?) deutlich, dass hier die Eindringtiefe unserer Interviews zu gering war, um ein vollständiges Modell zu entwickeln. Die Kommentare können im Einzelnen in Anhang H nachgelesen werden.

5.7 GH als Umbrella Term: Ein zusammenfassendes Modell

Unter der ersten Hauptfrage wurde das Verhältnis von GH zu Public Health, International Health und Tropenmedizin beschrieben. Es wurden die Ursprünge von GH beschrieben und wie es Überlappungen mit den anderen Disziplinen gibt, wie GH aber auch eigene, genuine Anteile hat. Die Metapher eines Umbrellas, eines Sonnenschirms, wurde eingeführt, um das

Verhältnis zwischen den genuinen GH-Aspekten und den bestehenden Disziplinen zu verdeutlichen. Die daraus resultierende Herausforderung ist im Bild gesprochen das Finden der passenden Distanz zwischen dem Umbrella und der Projektionsfläche. In der Realität geht es um das Definieren von Kernaspekten, die GH ausmachen und darum die zu GH gehörenden Themenbereiche zu beschreiben (zweite Hauptfrage). Hier zeigte sich ein großer Reichtum an möglichen Themenbereichen und der Aspekt der supraterritorialen Determinanten von Gesundheit als gemeinsamem Nenner und als genuinem Kern von GH. Die Analyse der übergeordneten Ziele von GH zeigte, wie GH auch der allgemeinen medizinischen Ausbildung dient. Unter der dritten Hauptfrage zeigten sich die drei verschiedenen Zielgruppen des GH-Unterrichts an medizinischen Fakultäten vom allgemeinen Medizinstudierenden ohne besonders großes Interesse an GH-Unterricht, über die Global Health-Affinen bis hin zu den „One Percent“, die eine Karriere im Feld von GH anstreben. Verschiedene didaktische Ansätze und Formen wurden erkundet und abschließend das Modell der Lernspirale mit sich wiederholenden und vertiefenden Themen im curriculären Verlauf vorgestellt. Die vierte Hauptfrage gab einen kleinen Einblick in die Zukunft von GH, auch über das Medizinstudium hinaus und stellte mögliche Perspektiven für die weitere Entwicklung vor.

Um die inhaltlichen Zusammenhänge zwischen GH, den anderen Disziplinen, möglichen Themen und Unterrichtsansätzen zu verdeutlichen, haben wir folgendes Modell entwickelt:



Abbildung 18 Zusammenfassendes Modell von GH als Umbrella Term.

Die thematischen Zuordnungen dienen dabei primär der Verdeutlichung und sind nicht erschöpfend.

Dieses Modell verdeutlicht zum einen den interdisziplinären Charakter von GH und zeigt zum anderen wie diese Themen praktisch integriert werden können. Dabei gibt es weiterhin Themen, die schwerpunktmäßig einem bestimmten Feld zugeordnet werden, die aber immer auch durch die anderen Disziplinen mitgedacht werden können. Besonders deutlich wird das an den exemplarisch aufgeführten Querschnittsthemen, die zusätzlich sehr nahe am genuine Kern von GH stehen. Wie so ein Querschnittsthema gefüllt werden kann, verdeutlicht **Abbildung 19**. Hier wird auch deutlich, wie neben dem interdisziplinären Ansatz auch die genuine GH-Aspekte (in der Spalte „global“) zum Gesamtbild beitragen.

	Global	Public Health	International Health	Medizinische Aspekte	Weitere Disziplinen
Migration	Supraterritoriale Aspekte wie Klimawandel, Flüchtlingskonventionen, Ressourcenverteilung	Epidemiologische Überwachung, Zugang zu Gesundheitsversorgung, Erreger-Spektrum	Aufbau / Unterhalt von Flüchtlingscamps, Impfkampagnen, Rolle des UNHCR	MDR-TB, Scabies, Unterkühlung, Schussverletzungen, Masern, Arbeit mit Dolmetschern	Jura: Flüchtlingsrecht Ökonomie: Push- and Pullfaktoren für Migration Sozialwissenschaften: Integration
Health Equity	Einfluss von Globalisierung, Patentrechte für Medikamente, Kommunikationstechnologie zur Unterstützung von Benachteiligten, Medizintourismus	Krankheitsverteilung in Abhängigkeit von der sozialen Schicht, gezielte Präventionsmaßnahmen	Rolle von humanitärer Hilfe oder Entwicklungszusammenarbeit, Sustainable Development Goals	Vorurteile oder Barrieren in der medizinischen Praxis, Versorgung von Illegalisiererten oder Obdachlosen	Ökonomie: Wirtschaftsförderung, Arbeitslosigkeit Sozialwissenschaften: Verständnis von Armut, Empowerment
Sozioökonomische Determinanten von Gesundheit	Supraterritoriale Determinanten wie Transnationale Unternehmen, Handelsabkommen, internationaler Arbeitsmarkt	Analyse der Determinanten für spezifische Bevölkerungsgruppen oder Staaten	Identifikation von negativen Determinanten in bestimmten Länder(-gruppen) und Implementation von Interventionen	Risikoprofile erkennen, pathogenetisches Verständnis, medizinische Interventionen	Politikwissenschaften: Rolle von Gewalt und Konflikten Anthropologie: Verständnis für kulturelle Einflüsse / Perspektiven

Abbildung 19 Beispielhafte thematische Ausarbeitung der Querschnittsthemen.

Aufgeteilt auf die einzelnen Felder / Disziplinen. Diese Tabelle „klappt“ die kreisrund dargestellten Themen aus **Abbildung 18** auf.

Die im Modell präsentierten Themen und Zuordnungen haben dabei exemplarischen Charakter und dienen der Verdeutlichung der Grundidee. Auch wenn das Datenmaterial nicht zu einer definitiven oder quantitativen Auswertung und damit Bestimmung möglicher Themen ausreicht, kann dieses Modell die konkrete Umsetzung von GH als Umbrella Term in der medizinischen Lehre und Forschung veranschaulichen. GH als Umbrella Term ermöglicht es, die Stärken und Schwerpunkte der einzelnen Felder und Disziplinen zu integrieren, neue Ansätze in der Lehre, Forschung und Praxis zu entwickeln und zu einem ganzheitlicheren Verständnis von Gesundheit und Krankheit im medizinischen Kontext beizutragen.

6 Diskussion

6.1 Methodik

Qualitative Forschung

Zum Zeitpunkt des Verfassens dieser Dissertation ist es unseres Wissens nach die einzige deutsche Studie, die ausführliche (in-depth) Interviews nutzt, um Experten zu ihrem Verständnis von GH zu befragen. Diese Arbeit nutzt die Grounded Theory Methodologie (GTM) mit theoretischem Sampling und iterativ-zyklischer Vorgehensweise. Dieser Ansatz ist in der klassischen medizinischen Forschung mit ihrem typischerweise streng quantitativen Vorgehen eher ungewohnt, bietet aber das Potential zu Ergebnissen zu kommen, die mit einem rein quantitativen oder deduktiven Vorgehen nicht hätten entdeckt werden können. Qualitative Forschung im Allgemeinen und die GTM im Speziellen findet dabei nicht im luftleeren Raum der Beliebigkeit statt, sondern wird von einer intensiven Diskussion von Qualitätsmerkmalen in der Methodenforschung begleitet. Je nach Epistemologie reichen die Standpunkte von der Unmöglichkeit einer qualitativen Beurteilung auf Grund eines rein subjektiven Weltbildes bis hin zu einer quasi-quantitativen Vorgehensweise entlang Kriterien wie Reproduzierbarkeit, Generalisierbarkeit und Validität (Mays & Pope 2000). Mays und Pope schlagen in ihrem Buch eine Reihe an Fragen zum Messen der Qualität qualitativer Forschung vor (u.a. Relevanz, Klarheit, passendes Forschungsdesign, Kontext, Sampling, systematische Analyse und Reflexivität; Pope & Mays (2006)). Tong *et al.* (2007) haben eine 32-Item-Checkliste zur Bewertung qualitativer Forschung entworfen, die als Ansatzpunkt zur Bewertung qualitativer Forschung herangezogen werden kann. Dabei zeichnen sich zusammenfassend folgende zentrale Kriterien ab: Transparenz, Rigorosität und Reflexivität.

Glaser und Strauss haben vier Kriterien für gute GTM beschrieben (zitiert nach Glaser & Strauss 1967, in Holton 2008): „fit“ (kommen die Ergebnisse wirklich aus den Daten?), „work“ (erklärt die Theorie und lässt sie sich für Vorhersagen nutzen?), „relevance“ (beschreibt die Theorie den Kern eines Problems?) und „modifiability“ (erlaubt die Theorie, dass neue Daten weitere Dimensionen oder Eigenschaften ergänzen?). Strübing hebt in seiner Diskussion möglicher Qualitäts- und Gütekriterien der Grounded Theory vor allem die „[p]raktische Relevanz, konzeptuelle Dichte, Reichweite und empirische Verankerung“ hervor (Strübing 2014, S. 91).

Die praktische Relevanz dieser Arbeit wird sich daran messen lassen müssen, wieweit das Konzept des Umbrella Terms zur Weiterentwicklung von GH-Lehre im Medizinstudium beiträgt, oder auch darüber hinaus. Die konzeptuelle Dichte schwankt in den einzelnen

Hauptfragen und wird in der Diskussion der Ergebnisse deutlicher werden. Die Reichweite und empirische Verankerung werden wahrscheinlich am ehesten der Verlauf in der Zukunft, mögliche quantitative Folgestudien und die Diskussion der aktuellen Literatur zeigen.

Methodik und Epistemologie

Diese Arbeit hat einen primär explorativen Charakter. Um neue, bislang unbekannte Antworten zu finden und der Komplexität gerecht zu werden, wäre eine rein quantitative Vorgehensweise, oder auch eine stärker strukturierte Fragebogen- oder Interviewform nicht zielführend gewesen. Die GTM hat es dabei ermöglicht, sich an das Thema heranzutasten und von den initialen Ergebnissen aus im konstanten Vergleich und mit der iterativen Vorgehensweise das Verständnis von GH weiter zu erkunden und konzeptuell füllen zu können. Der größte Kritikpunkt an der GTM ist neben der Frage wie eng die GTM eine spezifische Methodik vorschreibt (Mey & Mruck 2010, Peters 2014) vor allem die Frage nach der epistemologischen Grundlage (Mills *et al.* 2006, Holton 2008, Charmaz 2016): Der Autor verordnet sich selbst im postpositivistischen Spektrum, am ehesten im kritischen Realismus. Das Ausgehen von der ontologischen Existenz einer Realität bei gleichzeitigem Wissen um das Fehlen einer Möglichkeit zum vollständigen Begreifen dieser, prägt dabei auch den Forschungsansatz dieser Arbeit. Es bleibt zu spekulieren, wie groß die Unterschiede in der epistemologischen Herangehensweise bei diesem Thema tatsächlich wären, da Unterrichtsfächer / Themengebiete auch unter einer positivistischen Brille letzten Endes ein soziales Konstrukt darstellen würden. In den klassischen Studien der GTM geht es oftmals um das Verstehen von primär natürlichen / sozialen Prozessen (z.B. Trauer, Sterben, Umgang mit schweren Erkrankungen), die einer klassisch positivistischen Denkweise von einem „realen“, das heißt objektivierbaren, messbaren, in dem Fall pathophysiologischem Korrelat ausgehen. Ein zu unterrichtendes Fach hingegen hat kein direktes physikalisches Korrelat, sondern wird durch soziale Konventionen (z.B. in Form von Lehrplänen, Unterrichtsformen, Definitionen eines Faches) geprägt. Diese entstehen und entwickeln sich immer jeweils im gesellschaftlichen Diskurs.

Eine poststrukturalistische oder konstruktivistische Epistemologie würde in der Untersuchung von Trauer oder dem Umgang mit schweren Erkrankungen zu einem deutlich anderen Ergebnis als eine positivistische Epistemologie kommen, da es hier losgelöst vom pathophysiologischen Korrelat um das soziale Konstrukt „schwere Erkrankung“ oder „Trauer“ ginge (gegebenenfalls inklusive der Interaktion mit einem medikalisiertem,

pathophysiologischem / molekularem Weltbild). Da die ontologischen Differenzen im Bereich der Lehrforschung wie oben gezeigt deutlich kleiner sind, würden sich die Unterschiede wahrscheinlich vor allem in verschiedenen analytischen Schwerpunkten zeigen. Eine klassisch positivistische Betrachtungsweise könnte einen stärkeren Focus auf die Auswahl und Nennung der konkreten Themen oder Unterrichtsweisen legen. Eine typische konstruktivistische Sicht hätte vermutlich einen größeren Focus auf das Framing des Begriffs GH gelegt und mit einer marxistischen oder poststrukturellen Perspektive stärker die Machtverhältnisse, expliziten und impliziten politischen Konzepte und möglicherweise auch noch mehr die postkolonialistischen Aspekte hervorgehoben.

Die postpositivistische Linse dieser Arbeit beschreitet dabei in gewisser Weise einen Mittelweg. Deutlich wird dies am zentralen Aspekt von GH als Umbrella Term. Hier ist nicht zuerst der *Inhalt* des Faches sondern die *Verwendung* des Faches der initiale Schlüssel zum Verständnis, was dann auch hilft die inhaltlichen Aspekte besser zu verstehen. Würde man die Ergebnisse jedoch nicht nur auf den Bereich der GH-Lehre beschränken, sondern auf die Praxis und die Verwendung in der globalen Gesundheits- und Entwicklungspolitik ausweiten, wäre vermutlich eine stärkere politische und poststrukturalistische Perspektive notwendig.

Sampling

Diese Arbeit basiert entsprechend der GTM auf einem theoretischen Sampling und beginnt dazu initial mit einem Convenience Sample als Startpunkt. Auf Grund der geringen Gesamtgröße spielt das initiale Sample eine ungefähr genauso große Rolle wie die dann durch theoretisches Sampling gewonnenen Teilnehmer, wobei hierbei angemerkt werden muss, dass ein Teil des theoretischen Samplings auf die bereits im Convenience Sample enthaltenen Teilnehmer verwies.

Alle Teilnehmer studierten zum Interviewzeitpunkt Medizin oder hatten das Studium in der Vergangenheit bereits abgeschlossen. Im Sinne eines *Maximum Contrasts* und insbesondere in der Suche nach *Negative Cases* hätte man diesbezüglich andere Personen einschließen können. Möglicherweise relevant hätten Patienten in einem deutschen Krankenhaus (z.B. „Wie relevant ist es, ob ein Arzt auch die globalen Zusammenhänge versteht?“), oder GH-Praktizierende ohne medizinischen Hintergrund (z.B. Politikwissenschaftler bei einer internationalen NGO im Gesundheitsbereich – „Was sollten Ihre medizinischen Kollegen lernen?“) sein können. Es bleibt Spekulation wie weit dies zu einer signifikanten Veränderung des Modells beigetragen hätte. Trotz mancher einheitlicher Hintergründe konnte ein

Teilnehmer interviewt werden, der GH nicht für zielführend hält, ein Teilnehmer, der nicht in einem europäischen oder anglosächsischen Land geboren wurde, und Teilnehmer, die als Mediziner „Nicht-Mediziner“ ausbilden in GH, so dass zumindest innerhalb dieses Samples eine weitgehende Kontrastierung vorhanden ist. Hinzu kommt auch, dass die aktuelle GH-Landschaft in Deutschland, insbesondere an medizinischen Fakultäten, noch vergleichsweise klein und relativ homogen ist.

Analyse und Theoriebildung

Deduktion und Induktion bzw. Abduktion

Die Analyse erfolgte wie für die GTM charakteristisch iterativ parallel zur Datenerhebung. Dabei ergeben sich zwei Hauptrisiken: a) ein deduktives, statt dem vorgegebenen induktiven Vorgehen, b) eine fehlende Eindringtiefe oder auch konzeptuelle Dichte des Materials und c) ein primär deskriptive Vorgehensweise anstelle eines analytischen, theoriegenerierenden Vorgehens (Kennedy & Lingard 2006).

Die Gefahr eines deduktiven Vorgehens ist bei dieser Studie aus mehreren Gründen gegeben:

- Wie im Methodenteil ausführlich dargelegt, haben wir uns vor Durchführung der Interviews zu einer ausführlichen Literaturrecherche entschieden. Dies geschah insbesondere vor dem Hintergrund der Experteninterviews, um zu vermeiden, dass es nur zu einem Bericht über die aktuelle GH-Literatur kommt, und um den Experten in der oftmals knapp bemessenen Zeit gezielte Fragen stellen zu können.
- Beide beteiligten Forschenden hatten im Vorfeld Erfahrung mit GH in der medizinischen Ausbildung und Praxis (siehe unten), aus denen sich zusammen mit der Literaturübersicht die initialen Fragen des Leitfadens ergaben. Darüber hinaus bestand mit dem GH-Wahlfach in Marburg auch ein konkretes Interesse an praxisrelevanten Ergebnissen.
- Die initialen Interviews folgten – sofern die Interviewees nicht von sich aus mehr erzählten – relativ eng dem Interviewleitfaden. Durch die Form des Experteninterviews wurden die Fragen dann oftmals auch sehr präzise beantwortet. Im Verlauf wurden die Interviews zunehmend freier und unabhängiger vom Leitfaden und der Leitfaden an die Aspekte aus den ersten Interviews weiter angepasst.

Wenn man die vier Hauptfragen im Ergebnisteil (siehe „Formierung der zentralen inhaltlichen Ergebnisse“, S.37) mit dem Interviewleitfaden (Anhang D) vergleicht, sind die Abschnitte mit den Hauptfragen weitgehend deckungsgleich. Dies ist zu einem großen Teil in der vorherigen

Literaturrecherche begründet. Dennoch wird gerade am Begriff des „Umbrella Terms“ deutlich, wie dies Modell erst in der Zusammenschau der Fragen entwickelt werden kann. Strikte Befürworter einer positivistischen, strikt induktiven GTM nach Glaser würden dies vermutlich als Schwachpunkt identifizieren, nach Corbin und Strauss lässt sich dieses Vorgehen jedoch gut rechtfertigen, da die Hauptfragen nicht rigide jeweils für sich untersucht wurden, sondern Querbezüge zwischen den Unterthemen deutlich werden und auch von den Interviewpartnern immer wieder hergestellt werden. Unter der Berücksichtigung der Kritik an einem rein induktiven Vorgehen lässt sich argumentieren, dass diese Arbeit – gerade mit der Entwicklung des Modells von GH als Umbrella Term – durchaus einem abduktiven Anspruch gerecht wird (Timmermans & Tavory 2012).

Theoriebildung und Abstraktionslevel

Das ehrgeizige Ziel der GTM ist die Bildung einer Theorie, also einer konzeptuellen Abstraktion eines sozialen Phänomens. Glaser und Strauss beschreiben es in ihrer Originalarbeit so:

„In discovering theory, one generates conceptual categories or their properties from evidence; then the evidence from which the category emerged is used to illustrate the concept.“ (Glaser & Strauss 1967, S. 23)

Glaser und Strauss unterscheiden dabei zwischen substantieller und formaler Theorie auf Basis der Generalisierbarkeit der Ergebnisse (Glaser & Strauss 1967, S. 79). Oftmals ist die Hauptherausforderung jedoch überhaupt das nötige Abstraktionslevel zu erreichen (Watling & Lingard 2012). In der qualitativen Methodenforschung werden verschiedene Eindringtiefen unterschieden (Sandelowski & Barroso 2003). Diese reichen von sich nah an den Daten haltenden rein deskriptiven Studien („Topical / Thematic Survey“) bis zu interpretierenden Studien („Conceptual description“ und „Interpretive Explanation“), wobei der „Topical Survey“ außerhalb der qualitativen Forschung verortet wird. Unter „Interpretive Explanation“ werden vor allem erfolgreiche Grounded Theory-Studien und Ethnographien zusammengefasst.

Diese Arbeit liefert Beispiele sowohl für die mehr deskriptiven als auch für die interpretierenden Ebenen. So dienen oftmals deskriptive Ergebnisse (z.B. die verschiedenen Unterrichtsmethoden) zur Illustration der interpretierenden Ergebnisse. Insbesondere mit dem Verständnis von GH als Umbrella Term und der Verwendung der Metapher zur Abgrenzung von zentralen Aspekten im Kernschatten und erweiterten Themen im Halbschatten, sowie der Notwendigkeit eine passende Distanz zwischen Umbrella und

Projektionsfläche zu finden, begibt sich diese Arbeit auf die interpretierende Ebene. Andererseits bleibt die Auflistung von möglichen Themen zunächst auf der deskriptiven Ebene, wird dann jedoch auf das interpretierende Modell zur Illustration angewandt und eine erste Einteilung zur exemplarischen Verständlichkeit vorgenommen.

Konzeptuelle Dichte

Ziel der GTM ist das Erreichen einer möglichst hohen konzeptuellen Dichte, auch beschrieben in dem Konzept der Datensättigung (Morse 1995). Diese Datensättigung konnte in den Interviews mit GH-Lehrenden erreicht werden. Zumindest um über eine substantielle Theorie hinaus auch eine formale Theorie zu entwickeln, oder auch um das GH-Konzept von weiteren Perspektiven aus zu analysieren, könnten weitere Interview-Gruppen interessant sein: darunter Studierende z.B. aus allen drei Gruppen (vgl. Zielgruppen des GH-Unterrichts), GH-Praktizierende in internationalen Organisationen, Sozial- oder Politikwissenschaftler im Bereich von GH, Patienten in Deutschland und im Ausland oder Politiker im Bildungs- und im Gesundheitsbereich.

Ein weiterer Aspekt, der in dieser Arbeit nur angerissen wird, und vor allem nach Abschluss der Datenerhebung und Analyse in Deutschland an Bedeutung gewonnen hat ist das Thema „Planetary Health“ bzw. „Klimawandel und Gesundheit“.

Während die Autoren für den Bereich GH-Lehre an medizinischen Fakultäten in Deutschland den Eindruck einer suffizienten konzeptuellen Dichte haben, kann für eine weitergehende Abstraktion, bzw. Generierung einer formalen Theorie eine Ausweitung des Forschungsprozesses notwendig sein, ganz im Sinne von Glaser und Strauss's Originalveröffentlichung:

“[S]o the published word is not the final one, but only a pause in the never-ending process of generating theory.” (Glaser & Strauss 1967, S. 40)

Rolle des Forschenden

Eines der Merkmale und gleichzeitig häufiger Kritikpunkt der GTM ist die Abhängigkeit der Ergebnisse vom Forschenden (Mruck & Mey 2007, S. 516). Corbin sagt über ihre eigene veränderte Sichtweise diesbezüglich:

„Now we certainly know better and I think that the recognition of what we as persons bring to the research and our involvement in the data collection and

analysis processes are some of the better ideas to have come about in qualitative research in recent years.” (Cisneros-Puebla 2007, S. 86)

Für diese Arbeit sind vermutlich vor allem zwei Felder relevant: die Interaktion zwischen dem Interviewer (Autor dieser Arbeit) und Interviewee und die Inhaltliche Position, Vorannahmen, Prägungen des Autors in Bezug auf das Thema.

Interaktionen zwischen Interviewer und Interviewee

Bogner *et al.* (2014) unterscheiden zwei Grundtypen von Interviewern: Den „Co-Experten“-Typus und den „Laien-Interviewer“. Darüber hinaus beschreiben die Autoren, wie die Interviews stark davon abhängen, ob der Experte den Interviewer als „Komplizen“ oder „Kritiker“ wahrnimmt. Weitere Faktoren seien „Alter, Geschlecht, Kleidung, Habitus, [...] Titel[n] und organisationale[r] Herkunft“ (Bogner *et al.* 2014, S. 54).

Verschiedene Anzeichen dieser Interaktionen finden sich auch in der vorliegenden Arbeit, jedoch auf Grund der großen Diversität der Interviewees in unterschiedlichen Konstellationen. So gibt es mindestens zwei Interviews, in denen sich durch den großen Alters- und Erfahrungsunterschied die klassische Situation eines Laien-Interviewers, oder in dem Fall auch einer Studenten-Professoren-Interaktion ergibt. In zwei Interviews mit Teilnehmern in einem dem Interviewer ähnlichen Alter folgt das Gespräch mehr dem des Co-Experten-Typus. In den meisten Fällen bewegten sich die Interviews im mittleren Bereich zwischen den beiden Extremen. Dazu beigetragen hat unter anderem auch die zur Vorbereitung durchgeführte Literaturrecherche sowie die eigenen GH-Erfahrungen des Autors (Pfadenhauer 2009, S. 91).

Durch die Anfrage, die initial über ein Netzwerk von GH-Lehrenden lief, und danach durch Snowballing über direkte Kontakte erfolgte, wurde der Interviewer der Typologie von Bogner *et al.* folgend eher als Komplize anstatt als Kritiker wahrgenommen, was in der Gefahr einer fehlenden Distanz resultieren kann.

Einfluss der Vorannahmen des Interviewers

Ohne ein Interesse an GH und die Überzeugung, dass GH eine Relevanz für Mediziner in Deutschland hat, wäre diese Arbeit wahrscheinlich nicht zustande gekommen. Der Autor dieser Arbeit hatte vor Beginn in internationalen Settings der Gesundheitsarbeit Erfahrungen gesammelt (u.a. in Tansania und Nepal) und einen Bachelor in International Health erworben, sowie an einem Wahlfach in GH, durch den Betreuer dieser Arbeit unterrichtet, teilgenommen. Im Rahmen der Arbeit hat der Autor es als Memo notiert – es wird aber auch rückblickend sehr

deutlich – wie die Einstellung des Autors sich wandelt, sowohl in Bezug auf die Frage an wen sich GH-Unterricht richten sollte, als auch was GH ist in Abgrenzung zu International Health und Public Health, und wieweit es tatsächlich eine eigene Entität darstellt. Diese offenen Fragen und veränderten Positionen im Laufe der Interviews können als Indiz für eine notwendige Offenheit und Reflexivität gedeutet werden. Auch biographisch spiegeln sich diese Fragen beim Autor wider: Neben dem Bachelor in International Health und dem Wahlfach in Global Health vor Beginn dieser Forschungsarbeit hat er nach Abschluss des Großteils der Datenerhebung schlussendlich einen Master in Public Health for Development absolviert. Zu spekulieren bleibt, ob ein Vertreter eines Masterprogramms in Global Health zu einem anderen Ergebnis und möglicherweise einer engeren oder eindeutigeren GH-Definition gekommen wäre.

6.2 Ergebnisse

Was ist Global Health? (Erste Hauptfrage)

Die Ursprünge von Global Health

In einem ersten Ergebnisschritt sind die historischen Ursprünge von GH aufgezeigt worden. Dabei wird GH akademisch auf Public Health, International Health und Tropenmedizin zurückgeführt, aber auch auf Einflüsse aus der Anthropologie (**Abbildung 9**, S.39). Auf einer weiteren Ebene werden geschichtliche Ereignisse und entscheidende Personen aufgeführt: von den Anfängen mit Rudolf Virchow, Florence Nightingale und John Snow bis zur Bill and Melinda Gates Foundation und dem Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria.

Eingeteilt werden diese Ereignisse in drei große geschichtliche Abschnitte: Die Kolonialzeit, die Zeit des kalten Krieges und die Zeit der Globalisierung.

In den Interviews und in der Literatur herrscht weitgehende Einigkeit bezüglich der Entwicklung von GH auf Basis der Globalisierung (Bunyavanich & Walkup 2001, Lee *et al.* 2002, Brown *et al.* 2006, Kickbusch 2006, Janes & Corbett 2009, Bozorgmehr *et al.* 2011, Bruchhausen & Tinnemann 2011, Rowson *et al.* 2012b, Chen 2014, Levin Institute 2019). Neben der Entwicklung neuer Technologien, engeren wirtschaftlichen Verflechtungen und der Rolle supranationaler Akteure (internationale Organisationen, philanthropische Organisationen, transnationale Unternehmen; Buse *et al.* (2009)), spielt dabei vor allem die abnehmende Bedeutung des Nationalstaates eine entscheidende Rolle. So sorgen zum einen neue Rahmenverträge wie z.B. das Pandemic Influenza Preparedness Framework oder die International Health Regulations für eine bessere Kooperation, Sicherheit und

Standardisierung, schränken aber gleichzeitig die nationale Souveränität ein (Gostin & Sridhar 2014). Zum anderen tragen neue Finanzierungswege im Bereich von Public-Private-Partnerships oder Erkrankungs-spezifischen Funds zu einer Neuordnung der Machtverteilungen bei (Ruger 2005, Szlezák *et al.* 2010).

Die Rolle der Ereignisse und Personen in der Mitte der Grafik (**Abbildung 9**) wird dabei jedoch unterschiedlich bewertet und lässt sich nicht auf ein einzelnes Ereignis reduzieren. Trotzdem bewerten zahlreiche Autoren die Entdeckung des Human Immunodeficiency-Virus als Ursache hinter AIDS in 1984 (Gallo & Montagnier 2003), und dann vor allem den Beginn des President's Emergency Plan for AIDS Relief, PEPFAR (Fauci & Eisinger 2018), als zentrale Ereignisse im Wandel von International Health zu Global Health (Chen 2014). Mit PEPFAR hat die US-Regierung auf die HIV-Epidemie vor allem im afrikanischen Raum und auf zahlreiche Lobbygruppen und Organisationen der Zivilgesellschaft im Bereich der HIV-Hilfe reagiert (Piot 2013), und damit die Grundlage für weitere Initiativen wie den Global Fund gelegt. Wieweit dies primär aus humanitären Gründen geschah und ob die Veränderungen von IH zu GH primär nur zu einer Namensänderung oder auch zu einem signifikanten konzeptionellen Unterschied beigetragen hat, wird durchaus kritisch betrachtet (Kickbusch 2009, Ooms *et al.* 2011). Andere Autoren sehen hier vor allem nationale Sicherheitsinteressen und die Angst vor globalen Pandemien als Hauptantriebskraft (Bunyavanich & Walkup 2001, Andrew 2010).

Ähnlich kritisch betrachtet wird sowohl in den Interviews als auch in der Literatur der Umgang mit der vor allem International Health und Tropenmedizin zugeschriebenen kolonialmedizinischen Tradition. Dabei geht es darum, wieweit Global Health signifikant anders ist und wieweit es überhaupt möglich ist, sich von der kolonialmedizinischen Tradition zu lösen. Einigkeit herrscht weitestgehend darin, dass es bei Global Health nicht nur um Gesundheit „dort“, sondern auch „hier“ geht (Schubert *et al.* 2009, Bozorgmehr 2010, Taylor & Siddiqui 2016, von Philipsborn *et al.* 2017, Prideaux 2019). Im Unterschied zu IH handele es sich bei GH nicht um uni- oder bilaterale Unterstützung von „Entwicklungsländern“ durch „entwickelte Länder“, sondern um die gemeinsame Gesundheit (Jain 1991, HM Government 2008, Beaglehole & Bonita 2010, Rowson *et al.* 2012b, Oni *et al.* 2019). Dennoch steht GH auch weiterhin – sowohl bei den Interviewteilnehmern als auch in der Literatur – in der Kritik, koloniale oder hegemoniale Strukturen nicht überwunden zu haben oder sogar aktiv weiter fortzuführen, indem Machtunterschiede ausgenutzt und die Dichotomie zwischen entwickelten und sich entwickelnden Ländern aufrecht gehalten werde (Hall 2006, Stuckler & McKee 2008, Ooms *et al.* 2011, Velji & Bryant 2011).

In diesen Kontext gehört auch der in den Interviews nicht erwähnte, aber dennoch in der Literatur vermehrt diskutierte Bericht des amerikanischen Institut of Medicine: „America’s Vital Interest in Global Health“ (Bloom *et al.* 1997). In diesem Bericht wird sehr deutlich, wie GH aus Sorge um die nationale Sicherheit gefördert wird und damit primär zu einem Instrument staatlicher Eigeninteressen wird, wobei ähnliches auch für International und Public Health immer wieder diskutiert wird (Owen & Roberts 2005, Stuckler & McKee 2008, Adler-Nissen 2013, S. 93,153,160, King 2016). Relevant wird die Diskussion um Global Health Securitisation vor allem da wo konkrete, international eingeführte Gesundheitsmaßnahmen mit Einschränkungen für die Bürger oder Unternehmen eines Landes einhergehen (Hanrieder & Kreuder-Sonnen 2014). Weltweit nimmt die Bedeutung von GH für die Außenpolitik deutlich zu und wird auch von den Regierungen immer öfter unter einer primär außenpolitischen Perspektive gestaltet (Gagnon & Labonte 2013, Kickbusch 2013). Auch wenn der sicherheitspolitische Aspekt von GH in der Praxis eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt, wird er von den meisten Lehrenden nicht als zentral für den Unterricht angesehen. Obwohl das Bewusstsein für eine politische Nutzung des GH-Konzeptes in den Interviews vorhanden ist und zum Teil auch im Unterricht reflektiert wird, ist in den meisten Fällen eher eine Tendenz hin zur „humanitären Biomedizin“ (Andrew 2010) zu beobachten.

Die gemeinsamen Wurzeln von GH mit PH und IH sind weitestgehend unumstritten (Koplan *et al.* 2009), auch wenn die Details, wie diese zusammenhängen, weiterhin für Diskussion sorgen. Das in dieser Arbeit präsentierte Modell enthält darüber hinaus zwei weitere Besonderheiten:

a) **„Sanitary Health“ zwischen Tropenmedizin und International Health**

Dies geht auf eines der Interviews (I4) zurück, in dem es um die geschichtlichen Hintergründe von IH und später GH geht. Dieser Begriff wird so in der Literatur nur begrenzt verwendet, kommt aber an einigen Stellen zum Beispiel in Form des „District Medical and Sanitary Officer“ oder „Sanitary Commissioner“ (Mushtaq 2009) vor, aber auch als „Sanitary Movement“, „Sanitation and Health“ und im Rahmen der „International Sanitary Conferences“ ab 1851 (Kickbusch & Ivanova 2013). Dabei ging es auf den Konferenzen um deutlich mehr als das, was unter „Sanitation and Health“ (Mara *et al.* 2010) verstanden wird: es ging um die internationale Kooperation zur Verhinderung von Seuchenausbreitung (insbesondere Cholera) im Rahmen des zunehmenden internationalen Handels. Schon damals spielten ähnliche Überlegungen wie heute im Rahmen von Global Health eine große Rolle (Cumming 1926, Huber 2006). Es ging bei den Konferenzen zwar auch um die Verhinderung von

Erkrankungen, aber vor allem auch um die nationalen Sicherheits- und Handelsaspekte von üblichen Quarantäne-Maßnahmen in Hafenstädten (JAMA 1894). Die Diskussionen wurden wenn auch unter anderen Begrifflichkeiten – damals wie heute – über die allgemeine Verbesserung der Determinanten von Gesundheit geführt (Nature 1885). Das Spannungsfeld zwischen Politik, internationaler Diplomatie und Gesundheitswissenschaften spielte auch damals schon eine entscheidende Rolle (Rangel De Almeida 2012).

b) Der Einfluss der Anthropologie und weiterer Sozialwissenschaften

Obwohl auch PH deutlich von den Sozialwissenschaften geprägt wurde und geprägt wird (Badgley *et al.* 1963, Williams & Popay 2007, Brown & Fee 2014, Shelton *et al.* 2017, Bergenheim 2018), wird sowohl in den Interviews als auch in der Literatur der inter- oder transdisziplinäre Charakter von GH herausgestellt, und insbesondere die Rolle der anthropologischen Forschung hervorgehoben (Janes & Corbett 2009, Kleinman 2010, Farmer *et al.* 2013). Bei einigen Autoren wird GH sogar direkt in den Sozialwissenschaften oder auch der Sozialmedizin eingeordnet (Holmes *et al.* 2014, Kasper *et al.* 2016).

Für die Darstellung der Ursprünge von GH wurden die Tropenmedizin und PH als eigenständige Felder dargestellt, aus deren Abzweigungen dann GH zusätzlich entsteht. IH wurde jedoch als Vorläufer von GH dargestellt, der dann in GH aufgeht. Dies spiegelt die Wahrnehmung der Interviewteilnehmer und auch zu weiten Teilen der Literatur wider (Jain 1991, Banta 2001, Bunyavanich & Walkup 2001, Brown *et al.* 2006, De Cock *et al.* 2013), ist aber keine ausreichende Abbildung des Verhältnisses von GH zu IH und PH, welches sich deutlich komplexer darstellt. So argumentiert zum Beispiel Kelley Lee, dass GH eigentlich nur das sei, was nicht durch IH abgedeckt sei, also nur die nicht durch oder innerhalb von Staatsgrenzen kontrollierbaren Einflüsse auf und Auswirkungen von Gesundheit (Lee 2003). Unter dieser Annahme müsste IH parallel zu GH weiter existieren.

Global Health als Umbrella Term

In der Einleitung werden unter der Frage, was GH ist, vier Themenkomplexe präsentiert, die aktuell Gegenstand von wissenschaftlichen Debatten sind (Seite 13): (1) Die Entität von GH, (2) die Abgrenzung zu PH und IH, (3) das Verständnis von „global“ und zuletzt (4) normative Aspekte einer GH-Definition. Die Interviews und die hier präsentierten Modelle versuchen zur Klärung dieser Fragen beizutragen. Zentrales Ergebnis ist dabei das Verständnis von GH als Umbrella Term.

Der Diskurs in den Interviews verläuft über weite Strecken entlang dieser Linien, wenn auch in anderer Reihenfolge. Zunächst erlaubte die Darstellung der verschiedenen Sichtweisen auf das Verhältnis von PH, IH und GH in Form von Venn-Diagrammen die theoretischen Konzepte sichtbar zu machen (**Abbildung 11**, S. 45). Diese Darstellung war dann auch der Schlüssel im Verständnis von GH als Umbrella Term. Aus den Interviews wurde deutlich, wie GH nicht als eigenes Fach oder Disziplin wie PH oder IH verstanden wird. Die Beschreibung als „Umbrella Term“ in I9 erlaubte dann ein genaueres Beschreiben von GH. Hier zeigt sich die GTM als wegweisend, da die Identifikation und Analyse von Metaphern eine ihrer zentralen Vorgehensweisen bildet. Aus diesen Überlegungen ist dann aufbauend auf den Venn-Diagrammen das Verständnis von GH als Umbrella Term mit Kern- und Halbschatten entstanden (**Abbildung 12**, S. 51). Dieses Modell ermöglicht es, die verschiedenen Sichtweisen zu vereinen und auch deren scheinbare Widersprüchlichkeit zu erklären. Im Weiterführen der Metapher fiel während der weiteren Analyse auf, wie diese auch dazu beitragen kann, das Verhältnis von Kern- und Halbschatten zu erklären, und damit die praktische Herausforderung der thematischen Abgrenzung erklärt (**Abbildung 10**, S. 44).

Der Vorschlag GH primär als Umbrella Term zu verstehen lässt sich so bislang nicht in der Literatur finden. Vorschläge, die GH nicht als eigenständige Disziplin sehen, finden sich jedoch auch andernorts: So berichten Bunyavanich & Walkup (2001) von Public Health Experten aus den USA, die GH für ‚reinen Jargon‘ halten. Stuckler & McKee (2008) beschreiben am Beispiel von Global Health Policies wie GH auf verschiedene Weisen gefüllt oder verstanden werden kann (**Tabelle 6**, s. unten). Vor allem Public Health als eine Metapher von GH Policies zeigt größere Überlappungen mit unserem Modell.

Tabelle 6 Fünf Metaphern zu Global Health Policies

Global Health als	Ziele	Prioritäten
Außenpolitik	Handel, Allianzen, Demokratie, Wirtschaftswachstum, Reputation, Stabilisierung von Ländern	Infektionserkrankungen, HIV/AIDS
Sicherheit	Bioterrorismus, Infektionserkrankungen und Antibiotikaresistenzen bekämpfen	Vogelgrippe, Severe acute Respiratory Syndrome (SARS), Multidrug-resistente Tuberkulose, AIDS
Wohltätigkeit	Absolute Armut bekämpfen	Hungersnöte und Mangelernährung, HIV/AIDS, Tuberkulose, Malaria, seltene Erkrankungen
Investition	Wirtschaftliche Entwicklung maximieren	HIV/AIDS, Malaria
Public Health	Den Effekt auf Gesundheit maximieren	Weltweite Krankheitslast

Übersetzt ins Deutsche aus Stuckler & McKee (2008)

Die von Stuckler und McKee verwendete Repräsentation von GH in Form von 5 Metaphern deutet bereits auf die dem Feld innewohnende Komplexität, die über PH hinausgeht, hin. Es zeigt wie andere Aspekte aus dem Bereich der Politikwissenschaften, der Ökonomie und der Gesellschaftswissenschaften ebenso eine wichtige Rolle spielen. Ein ähnlicher Ansatz findet sich auch bei Andrew (2010): GH könne am besten als ein Feld, dass aus zwei sich überschneidenden Konzepten heraus entstanden sei, beschrieben werden: Es sei die Verknüpfung von Global Health Security und humanitärer Biomedizin.****

Diesem Verständnis würden einige andere Autoren deutlich widersprechen: Fried *et al.* (2010) sehen GH als Themenschwerpunkt innerhalb von PH, da es sich primär dessen Methodik bediene. Ähnlich wurde das zuletzt auch im BMJ Global Health von King & Koski (2020) beschrieben. Kasper *et al.* (2016) argumentieren, dass „Gesundheit immer global sei“ und von daher GH kein eigenständig neues Feld sei. Sie verordnen zusammen mit Holmes *et al.* (2014) die typischen GH-Aspekte vor allem in der Sozialmedizin.

Unserem Verständnis am nächsten kommt die Beschreibung von Global Health Governance als einem „Umbrella Concept“, auch wenn das genaue Verständnis von „Umbrella“ nicht weiter ausgeführt wird (Kay & Williams 2009, S. 2).

**** Dass sich diese beiden nicht ausschließen, sondern ergänzen können wird an Hand des Begriffes „Global Health Justice“ gezeigt OOMS, G., HAMMONDS, R., DECOSTER, K. & VAN DAMME, W. 2011. Global Health - What it has been so far, what it should be, and what it could become.: “All in all, a ‘global health security’ paradigm may not lead to political imperatives that are substantially different from the imperatives of a ‘global health justice’ paradigm. The tone of these paradigms is very different, of course [...] but both are closely related. “

Unser Modell vereinigt dabei einige dieser gegensätzlichen Positionen: So macht PH einen großen Teil von GH aus, wird aber weder von GH komplett abgedeckt, noch deckt es GH komplett ab. Die Bandbreite zwischen Kern- und Halbschatten spiegelt dabei die Ambivalenz im exakten Miteinander dieser beiden Felder und damit auch die Widersprüchlichkeiten im oben beschriebenen Diskurs wider.

Zu diskutieren bleibt, wieweit unser Modell eine echte Klärung einer nicht weiter zu reduzierenden Komplexität bietet, oder ob es nur einen Kompromissvorschlag durch Wechsel auf eine abstraktere Ebene darstellt: Auf einer rein deskriptiven Ebene kommt man an einer Darstellung der gegensätzlichen Positionen nicht vorbei, hier ist in der aktuellen Debatte sogar eher eine noch größere Bandbreite als in unserem Modell zu beobachten. Auf einer präskriptiven Ebene, die ggf. ein Ideal zu repräsentieren versucht, bleibt die Frage, ob man sich nicht auf ein Verständnis einigen sollte. Dem lassen sich zwei Hauptargumente entgegenhalten: die innere Komplexität und die innere Interdisziplinarität von GH:

a) Die innere Komplexität von Global Health

Der in der Einführung zur Definition von Globalisierung zitierte Soziologe Jan Aart Scholte beschreibt in einem Interview den Globalisierungsprozess so:

*„In other words, the notion of causality is not linear, where a spatial transformation (globalization) drives other social changes (in production, governance, etc.). Rather, **in line with complexity principles**, these various changes are understood to be mutually constituting and co-evolving: each shapes the other in varying combinations and directions.“ (Scholte 2014)*

Komplexität spielt dabei sowohl im Kontext von Globalisierung eine Rolle, als auch im Kontext von Gesundheit (Plsek & Greenhalgh 2001) und insbesondere öffentlicher Gesundheit (Mabry *et al.* 2008, Resnicow & Page 2008). Dies gilt erst recht für das Zusammenkommen von Globalisierung und Gesundheit im Rahmen von GH (Benatar 1995, Benatar *et al.* 2009). Bozorgmehr (2010) zeigt wie das GH Feld von zahlreichen Ambiguitäten charakterisiert wird und deswegen einen dialektischen Ansatz nötig macht. Julius Frenk beschreibt die Kerncharakteristika dieser Komplexität als „interdependence and interconnectivity“ (Frenk *et al.* 2014). Er fordert deshalb „das ‚dichotome mindset‘, dass in den vergangenen Dekaden Global Health und International Health gekennzeichnet habe, hinter sich zu lassen“ und neue integrative Ansätze anzustreben (Frenk & Gómez-Dantés 2017).

b) Die innerte Interdisziplinarität von Global Health

Die innerte Komplexität des Feldes GH macht schnell deutlich, warum GH nicht auf Basis einer einzigen Fachdisziplin gedacht werden kann. Bereits innerhalb von Public Health wird der Ruf nach Interdisziplinarität und Systemtheorie-basierten Ansätzen laut (Trochim *et al.* 2006, Mabry *et al.* 2008, Miles 2009). Der Fokus auf supraterritoriale Determinanten von Gesundheit steigert diese Komplexität dabei noch weiter und verstärkt die Notwendigkeit echter Inter- und Transdisziplinarität. So herrscht weitestgehend Konsens darüber, dass GH einen interdisziplinären Ansatz benötigt (Koplan *et al.* 2009, Beaglehole & Bonita 2010, Marušić 2013, Frenk & Gómez-Dantés 2017, Van Belle *et al.* 2017). Dass dabei verschiedene Disziplinen GH für sich beanspruchen und dies rechtfertigen, weil sie auch in ihrem Feld eine immer größere Notwendigkeit zu Interdisziplinarität und Systemtheorien sehen, ist auf Grund des historischen Hintergrundes und der Breite des Themas gut nachvollziehbar. So ist es nachvollziehbar, dass Vertreter von Public Health GH primär als PH-Thema verstehen (Fried *et al.* 2010) oder Vertreter der Sozialmedizin GH primär dort verordnen (Holmes *et al.* 2014). Jedoch zeigt gerade der Anspruch verschiedener Disziplinen auf das Feld GH den inneren interdisziplinären Charakter.

Das in dieser Arbeit präsentierte Modell wird dieser interdisziplinären Ambiguität gerecht, indem es beide Perspektiven zulässt. So kann GH als Umbrella Term als von PH ausgehend gedacht werden, was es auch in vielen Fällen ist. Auf der anderen Seite wird deutlich, dass GH dabei auch deutlich größer gedacht werden kann und dann weit über klassisches PH hinausgeht. Eine weitere Reduktion der Komplexität mit einer klaren Abgrenzung oder Inklusion von GH in PH würde dieser Realität und sowohl PH als auch anderen Disziplinen nicht gerecht werden und letzten Endes am ehesten dem interdisziplinären Reichtum von GH schaden.

Global als supraterritorial

Diese Arbeit folgt zusammen mit den interviewten Experten primär dem Verständnis von global als „supraterritorial“ ähnlich Bozorgmehr (2010). Global dabei nur im Sinne von „supraterritorial“ zu verstehen, würde sicherlich zu kurz greifen, und wird auch in den Interviews oftmals deutlich breiter verwendet.

Tabelle 7 Aspekte des Verständnisses von „global“ in Global Health

„Global“ in Global Health als	Anmerkung	Quellen
Komplex	Komplexität als Kernmerkmal der Globalisierung	Benatar (2009), Bozorgmehr (2010), Huynen & Martens (2016)
Supraterritorial	Länder-, aber auch Regionen- (Ländergruppen-) übergreifend; Ereignisse in einem Land/einer Region wirken sich (auch) in einem anderen Land/ anderer Region aus. Oftmals ähnliche Verwendung wie transnational / transplanetär. Veränderung der Bedeutung von Geopolitik.	Bozorgmehr (2010), Bunyavanich & Walkup (2001)
Transnational / Transplanetär	Es geht um mehr als zwei Länder, von denen mindestens eines außerhalb traditioneller regionaler Gruppierungen liegt. „Global“ ist dabei komplementär, nicht ersetzend für „international“.	Scholte (2014), HM Government (2008), Beaglehole & Bonita (2010), Brown <i>et al.</i> (2006)
Weltweit	Weltweite Einflüsse, oder auch „alle Menschen in allen Ländern“	Bruchhausen & Tinnemann (2011), Committee on the U.S. Commitment to Global Health (2009)
Über die Kapazität eines einzelnen Staates hinausgehend	Themen, die territoriale Grenzen überschreiten, die nicht von staatlichen Institutionen allein ausreichend bearbeitet werden können.	Lee <i>et al.</i> (2002)
Durch die Globalisierung veränderte Perspektive	Globalisierung beeinflusst Gesellschaften weltweit in der zeitlichen, räumlichen und kognitiven Dimension.	Lee (2001)
(Asymmetrische) Machtbeziehungen in einem weltweiten System	Durch die Globalisierung ist es zu einer Verschiebung der Machtverhältnisse gekommen, die sich auf Gesundheit und Gesundheitspolitik auswirken. Global Health kann nur mit einem Blick auf Machtverhältnisse korrekt verstanden werden.	Kickbusch (2009), Brown (2015)
Assemblage aus verschiedenen Länder-übergreifenden Prozessen	Verbindung von Gesundheit und der Assemblage aus komplexen, diversen, instabilen, und ungewissen globalen Prozessen. Diese Prozesse sind dabei nicht nur eine Ansammlung auf regionaler, nationaler oder lokaler Ebene, sondern interagieren miteinander.	Janes & Corbett (2009), Andrew (2010), Scholte (2008), Ong & Collier (2005)
Irgendwo anders	Kritischer Beitrag zum Global Health-Verständnis. Dabei unterscheidet sich GH von PH dadurch, dass GH woanders als PH stattfindet. Hier geht es vor allem um das Offenlegen zugrundeliegender Dynamiken. ^{tttt}	King & Koski (2020)

Die obige Tabelle (**Tabelle 7**) spiegelt die Vielfalt an Verständnissen wider, zeigt aber auch die ähnliche Grundtendenz der meisten Autoren. Der Aspekt der Supraterritorialität ist dabei in der Beschreibung des geographischen Aspektes spezifischer als „weltweit“, „transnational“ oder „transplanetär“ und lässt gleichzeitig Raum für die Bedeutung des lokalen Kontextes. Die

^{tttt} Der Artikel von King&Koski 2020 wird andernorts kritisiert, da ihre Definition lokale GH-Initiativen gerade im globalen Süden ausschließe: TURCOTTE-TREMBLAY, A. M., FREGONESE, F., KADIO, K., ALAM, N. & MERRY, L. 2020. Global health is more than just 'Public Health Somewhere Else'. *BMJ Glob Health*, 5.

weiteren, nicht-geographischen Deutungen des „global“ in GH sind zum Beispiel durch die klar integrierte anthropologische Perspektive in GH als Umbrella Term mitabgedeckt.

Normative Aspekte von Global Health und die Herausforderung der Medikalisierung

Die grundlegenden Züge dieser Frage wurden bereits in der Einleitung erläutert (siehe S.15). In unseren Interviews wird explizit wenig auf die normativen versus deskriptiven Vorgehensweisen eingegangen. Es wird jedoch sowohl die politische Komponente („man kann nicht unpolitisch bleiben“) als auch die Notwendigkeit zur Reflexion der normativen Grundlagen (z.B. Recht auf Gesundheit, Menschenrechte) diskutiert.

Unser Modell versucht diesem Anspruch gerecht zu werden, indem es ohne eine explizite normative (sei es politisch, ideologisch, religiös) Vorgabe den Raum für interdisziplinäre Forschung und Lehre mit der Integration normativer Ansätze aus den Geisteswissenschaften, insbesondere der Philosophie, Jura und Politikwissenschaften, schafft.

Damit soll gleichzeitig der Gefahr einer Medikalisierung von GH begegnet werden (Clark 2014). Medikalisierung beschreibt dabei die Tendenz ein Problem oder Thema primär aus einer medizinischen Perspektive zu betrachten und dementsprechend auch eine (primär) medizinische Lösung anzustreben (Ballard & Elston 2005). Diese Tendenz wird zum Teil auf die oftmals medizinische Grundausbildung der im Bereich von PH Tätigen zurückgeführt (Kay & Williams 2009, S. 28). Die Gefahr einer solchen Medikalisierung ist das Übersehen weiterer, nicht mit medizinischen Methoden erfassbarer, Determinanten von Gesundheit (Biehl 2016). Der Anthropologe und Psychiater Arthur Kleinman schlägt, um dies zu vermeiden, vier essentielle sozialwissenschaftliche Theorien zum Verständnis von globaler Gesundheit vor (Kleinman 2010): Unbeabsichtigte Konsequenzen gezielter Aktionen (nach Robert Merton), die soziale Konstruktion der Realität (nach Berger und Luckmann), soziales Leiden (nach Kleinman, Das und Lock), und das Konzept von Bio-Macht (nach Foucault). Die Notwendigkeit über die Medizin hinauszugehen wird auch von klassischen PH-Vertretern wie Kelley Lee gefordert, der vier Perspektiven beschreibt, die Global Health Governance (und damit auch GH) geformt haben und die im Rahmen der Politikwissenschaften Beachtung und Erforschung benötigen: Bio-Medizin^{***}, Ökonomismus, Sicherheit und Menschenrechte (Kay & Williams 2009, S. 29). Die Anthropologen Dilger & Mattes (2018) postulieren, dass GH als Konzept die

^{***} Das Verständnis und die Verwendung des Begriffes Bio-Medizin ist dabei sehr vielseitig und in der Geschichte wechselhaft. Eine ausführliche Beschreibung dieses Verständnisses findet sich hier: BRUCHHAUSEN, W. 2010. ['Biomedicine' in anthropological literature. The career of a concept between analysis and polemics]. *NTM*, 18, 497-522.

zugrundeliegenden Machtstrukturen und Ungleichheiten nicht ausreichend erfasst, und es eigentlich eine „Medical Globalisation“-Forschung benötigt. Eine unzureichende Reflexion dieser Strukturen trage dazu bei, dass diese sich weiter festigten (Hodges 2012). Biehl & Petryna (2013) gehen nicht ganz so weit, demonstrieren aber in ihrem Buch, wie wichtig eine ethnographische Perspektive auf Global Health ist:

„Es braucht ein ganzheitlicheres Verständnis von Gesundheit [...]. So ein multidimensionales empirisches Wissen ist zwingend notwendig, um Patienten-zentrierte Versorgung zu entwickeln. Dieses alternative Wissen kann und sollte reduktionistische epistemologische Frameworks herausfordern, die sonst oftmals die Entscheidungen von Geldgebern und Global Health-Evaluationen prägen.“

Übersetzt nach Biehl & Petryna (2013), Seite 9

In der Debatte zur Medikalisierung in GH ist aber noch ein weiterer Punkt zu beachten: der Begriff ist nicht nur negativ konnotiert, sondern kann auch positive Effekte haben. Bioethiker weisen darauf hin, dass Medikalisierung zunächst erstmal einen soziologischen Prozess beschreibt, der sowohl positive als auch negative Konsequenzen haben kann. Medikalisierung kann zur „Versachlichung“ von sozialen Problemen beitragen. Themen mit hoher politischer Brisanz und Strittigkeit können durch eine (vermeintliche) Reduktion auf ein biomedizinisches Problem teilweise leichter und schneller gelöst werden (Sadler *et al.* 2009).

Darüber hinaus hat historisch betrachtet gerade die Medizin und die damit verbundene Medikalisierung zu einer Förderung der sozialwissenschaftlichen Perspektive beigetragen (vgl. z.B. Florence Nightingale, Rudolf Virchow oder Albert Schweizer) und gesellschaftliche und technische Lösungen, von denen wir bis heute profitieren, hervorgebracht, sei es im Bereich von Sanitär- und Abwasseranlagen, Stadtplanung oder Nahrungsmittelhygiene (Rose 2007).

Diese Ambivalenz in Bezug auf die Medikalisierung ist auch für die Konzeption von GH und dessen Unterricht essentiell: Medikalisierung kann die Gefahr bergen, politische und gesellschaftliche Realitäten zu ignorieren und damit sowohl Lösungsansätze zu übersehen, als auch für politische Zwecke als scheinbar neutraler Ansatz missbraucht zu werden (z.B. im Sinne einer neoliberalen Wirtschaftspolitik oder auch im Sinne einer kosmopolitischen oder sozialistischen Weltanschauung). Auf der anderen Seite kann GH gerade durch die

Medikalisierung Gesundheit und Lebensqualität weltweit verbessern, indem es zum einen nach konkreten Lösungsansätzen sucht und zum anderen Türen zu sozialwissenschaftlichen Fragestellungen und Forschungen öffnet.

Was gehört zu Global Health? (Zweite Hauptfrage)

Unter dieser Frage wurden sowohl Themen und Kompetenzen aufgeführt als auch zentrale Ziele für den GH-Unterricht herausgearbeitet. Diese knüpfen eng an die erste Hauptfrage und die obige Diskussion an, indem als zentrales Anliegen das Verständnis der supraterritorialen Determinanten von Gesundheit steht, welches eine geistes- oder sozialwissenschaftliche Perspektive, Politisierung, Verantwortungsübernahme und Problemlösungskompetenz benötigt und gleichzeitig fördert.

Daneben wurden die in den Interviews und im Unterrichtsmaterial benannte Themen und Kompetenzen gesammelt und in drei Clustern, sowie nach zentralen und erweiterten Aspekten kategorisiert.

Ein direkter Vergleich im Sinne einer systematischen Übersicht ist auf Grund der verschiedenen Konzepte zur Operationalisierung von Unterrichtsinhalten- und zielen nur eingeschränkt möglich (Calhoun *et al.* 2011). Der am weitesten anerkannte Katalog findet sich in den „Interprofessional Global Health Competencies“ des Consortium of Universities allied for Global Health (Jogerst *et al.* 2015). Eine Zusammenschau verschiedener Unterrichtsinhalte befindet sich in **Anhang B**, wobei sich die Übersicht in der Regel auf die verschiedenen Kompetenz-Domänen beschränkt, und damit oftmals sowohl Themen oder Inhalte als auch konkret formulierte Kompetenzen umfasst ohne sie weiter zu differenzieren. Dabei fallen neben einigen sehr ähnlichen Modellen mit nur leicht unterschiedlicher Schwerpunktlegung / Clusterung (Evert 2006, Brewer & Hall 2009, BVMD 2009, Arthur *et al.* 2011, Walpole *et al.* 2015) vor allem zwei große Abweichungen auf: zur einen Seite hin gibt es einen stärkeren Schwerpunkt auf ärztlich-medizinische Kompetenzen mit Focus auf Reisemedizin, Tropenmedizin und interkulturelle Kompetenz (Haupt *et al.* 2007, Peluso *et al.* 2012, Asgary *et al.* 2013). Dem gegenüber steht ein verstärkter Schwerpunkt auf GH Governance oder Policymaking und Advocacy (Johnson *et al.* 2012, Wilson *et al.* 2014, Harmer *et al.* 2015). Im Vergleich zu insbesondere nordamerikanischen Curriculumsentwürfen, steht bei unseren Interviews die Vor- und Nachbereitung von Auslandsaufenthalten deutlich weniger im Zentrum. Auch der Aspekt von GH Governance und Policy-Making wird als nicht so zentral für Medizinstudierende angesehen.

Übergeordnete Ziele des Global Health-Unterrichts

Die in unserer Arbeit herausgearbeiteten übergeordneten Ziele des GH-Unterrichts (**Abbildung 15**, S.60) versuchen dem unter der ersten Hauptfrage aufgeführten GH-Verständnis gerecht zu werden. Die so formulierten Ziele sind eher untypisch in der klassischen medizinischen Ausbildung, auch wenn sich in der neuesten Revision des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM) mit den definierten Ärzterollen (zum Beispiel als Kommunikator und als Verantwortungsträger) ähnliche Ansätze finden (MFT 2015, S. 15f). In der Literatur finden sich in publizierten Kompetenzkatalogen vergleichbare Aspekte (Battat *et al.* 2010, Redwood-Campbell *et al.* 2011, Pfeiffer *et al.* 2013).

Die von uns präsentierten Ziele sind dabei nicht abschließend umfassend. In der Literatur finden sich weitere Aspekte, wie zum Beispiel der Entwurf von Rowthorn & Olsen (2014), die Teamfähigkeit als Kompetenz-Domäne in der GH Ausbildung beschreiben, ähnlich wie auch im NKLM der Arzt im Team als Rolle definiert wird (MFT 2015, S. 16).

Der starke Fokus auf Problemlösungskompetenz, soziale Verantwortung und Politisierung passt zur Forderung nach transformativer Ausbildung (Frenk *et al.* 2010, Drobac & Morse 2016) und dem Vorbereiten auf eine unbekanntere Zukunft (Mylopoulos *et al.* 2016).

Die geistes- oder sozialwissenschaftliche Perspektive ergibt sich fast zwangsläufig aus dem unter der ersten Hauptfrage dargelegten GH-Verständnis. Wenn dies, wie auch von den interviewten Experten gefordert, in echter transdisziplinärer Weise geschieht, sozialwissenschaftliche Begriffe also nicht nur in ein medizinisches Konzept übernommen, sondern kritisch reflektiert werden (Adams *et al.* 2019), kann GH die Sozialwissenschaften stärken, und dazu beitragen, dass sonst stark biomedizinisch orientierte Studierende geisteswissenschaftliche Kompetenzen vermittelt bekommen, die letzten Endes auch ihrer alltäglichen beruflichen Praxis und Denkweise dienen (Kasper *et al.* 2016).

Themen im Global Health-Unterricht

Die Analyse der in den Interviews benannten Themen geht über eine thematische Analyse nicht deutlich hinaus. Sie dient primär zur Veranschaulichung der möglichen Unterrichtsinhalte und zeigt eine große Überlappung mit internationalen Vorschlägen (Jogerst *et al.* 2015). Kritisch kann hier angemerkt werden, dass ein Großteil der Themen auch bislang in International Health abgedeckt wurde (Heck & Pust 1993). Die Methodik dieser Arbeit ist nicht dazu geeignet, hieraus einen Konsens oder einen Curriculums-Prozess

abzuleiten. Die Einteilung in Kernaspekte und erweiterte Aspekte spiegelt den „Umbrella-Term“-Charakter von GH wider und kann für zukünftige Prozesse hilfreich sein.

Diskussion um kompetenzbasierte Lernziele

Die Diskussion um die Formulierung dieser Unterrichtsinhalte als Lernziele, Kompetenzen oder Themen findet sich sowohl in den Interviews, als auch in der (nicht nur medizinischen) Lehrforschung. Dabei finden sich Fürsprecher für kompetenzbasierte Lernziele (Albanese *et al.* 2008, Swing 2010, Ablah *et al.* 2014, Touchie & Ten Cate 2016), Kritiker des kompetenzbasierten Ansatzes (Tarrant 2000, Westera 2001, Brooks 2009, Snell & Frank 2010, Taber *et al.* 2010, Hawkins *et al.* 2015) und Argumentationen, dass Kompetenzbasierung bereits überholt sei und neue Konzepte wie „holistische Ansätze“ (Leung 2002, Ginsburg *et al.* 2010) oder „partizipative Methoden“ (Gleeson 2010) nötig seien.

Für unsere Arbeit haben wir uns entschieden die Präsentation entsprechend den Interviews außerhalb der klassischen Lernforschungs-Nomenklatur in Form von „Unterrichtsthemen/Aspekten“ und „übergeordneten Zielen“ und damit losgelöst von der konkreten Formulierung innerhalb von Curricula fortzuführen.

Wie kann GH unterrichtet werden? (Dritte Hauptfrage)

Zielgruppen

In der Diskussion der Unterrichtsinhalte wurde bereits deutlich, wie auch in der Literatur verschiedene Zielgruppen für den GH-Unterricht gesehen werden (z.B. „klassische“ Mediziner, Public Health-Experten, etc.) und wie dies die Themenwahl beeinflusst (z.B. Reisemedizin versus GH Governance). Für den Kontext dieser Arbeit mit Fokus auf Medizinstudierende haben wir durch die Interviews die drei Gruppen „Die große Mehrheit“, „Die Global Health-Affinen“ und „The One Percent“ herausgearbeitet (**Abbildung 16**, S.61). Eine vergleichbare Einteilung wurde zwischenzeitlich vom Consortium of Universities for Global Health (CUGH) veröffentlicht: dort werden vier Level mit zunehmend spezifischeren Kompetenzen unterschieden: Global Citizen, Exploratory, Basic Operational und Advanced Level (Jogerst *et al.* 2015), wobei bei uns das Basic Operational und Advanced Level unter „The One Percent“ zusammengefasst sind.

Lernformate

Die aus den Interviews gewonnene Liste an Lehrformaten ist bereits relativ umfassend und deckt sich zu großen Teilen mit Beispielen aus der internationalen Literatur (Ellis *et al.* 2012, Harmer *et al.* 2015). Dabei scheint sich die Kombination von Massive Open Online Courses

(MOOCs) mit Unterricht vor Ort im Sinne von „Blended Learning“ oder „Flipped /Inverted Classrooms“ zu bewähren (Hofstetter *et al.* 2017). So wird es zum Beispiel seit einigen Jahren erfolgreich an der Justus-Liebig-Universität in Gießen durchgeführt (Knipper *et al.* 2015). Und auch in Marburg ist nach guten Erfahrungen in anderen Fächern (Bösner *et al.* 2015) ein GH-Wahlfach für Vorkliniker mit dieser Methodik eingeführt worden (Szabo 2020). Auch wenn bislang generell kein deutlicher Vorteil von internet-basierten Lernmethoden gegenüber traditionellen Lehrmethoden gezeigt werden kann (Cook *et al.* 2008), ergeben sich insbesondere für den GH-Unterricht einige spezifische Vorteile: MOOCs oder auch andere digitale Formate bieten Zugang zu Experten, der vor Ort so nicht möglich wäre, erlauben eine größere Flexibilität und können mit der weltweiten Teilnehmer- und Lehrendengruppe einen Teil der Globalität von GH reflektieren (Gruner *et al.* 2015). Als Blended Learning umgesetzte MOOCs bieten darüber hinaus die Möglichkeit, die Adhärenz der Teilnehmer deutlich zu steigern (Rate derjenigen, die am Kurs bis zum Ende teilnehmen) und erlauben die gezielte Anwendung auf das lokale Setting (Ho *et al.* 2015, Knipper & Hofstetter 2015). Weitere Möglichkeiten in diesem Setting sind auch die direkte Kooperation mit anderen Institutionen, insbesondere auch aus Ländern mit niedrigen oder mittlerem Einkommen (Keynejad 2016, Protsiv *et al.* 2016), wie es auch studentisch organisiert zum Beispiel in Berlin durchgeführt wird (GHCOP Berlin 2017).

GH und Praktika (Famulaturen / PJ-Tertiale) im Ausland

Sowohl unter dem Aspekt „Unterrichtsinhalte“ als auch unter „Unterrichtsformate“ wurde die Frage nach der Vor- und Nachbereitung von Auslandspraktika diskutiert. Im Ergebnisteil werden die Meinungen der Interviewees unter der vierten Hauptfrage ausführlich dargestellt (International Electives – Als Medizinstudierender im Ausland, S. 73). In der Literatur finden sich zahlreiche Vorschläge für die Gestaltung von Predeparture-Trainings (Crump & Sugarman 2010, Anderson *et al.* 2012, Adams & Sosin 2016), die sowohl Vorteile (Burns & Howard 2015, Hanrieder 2018) und Nachteile (Hastings *et al.* 2014, Kalbarczyk *et al.* 2019) (Lu *et al.* 2018) aufzeigen, als auch Anregungen geben, wie diese zum bilateralen Nutzen gestaltet werden können (Bozinoff *et al.* 2014, Monroe-Wise *et al.* 2014, Loh *et al.* 2015). Shah *et al.* (2019) schlagen ein ausführliches multidimensionales Framework zur guten Begleitung von medizinischen Praktika im Ausland vor. Teil davon sind ausführliche Vor- und Nachbereitungsangebote.

Didaktische Ansätze

Die in den Interviews herausgearbeiteten didaktischen Ansätze (insbesondere Transformativer Unterricht, Problem-basiertes Lernen, Neue Technologien, Reflexionsvermögen und Authentizität, S. 67) stehen dabei in engem Verhältnis mit den übergeordneten Lernzielen.

Die Ausrichtung auf **transformativen Unterricht** geht dabei auf die Forderungen der Lancet-Kommission für medizinische Ausbildung im 21. Jahrhundert zurück (Frenk *et al.* 2010). Kickbusch *et al.* (2012) heben dabei drei zentrale „Akzentverschiebungen“ für die Ausbildung von Gesundheitsberufen hervor:

- „1. Vom Auswendiglernen von Fakten hin zu Recherche, Analyse und Synthese von Informationen als Grundlage für Entscheidungsfindung*
- 2. Vom Erwerb rein fachlicher Qualifikationen hin zur Aneignung von Kernkompetenzen für wirksame Teamarbeit*
- 3. Von der unkritischen Übernahme von Bildungsmodellen hin zur kreativen Anpassung globaler Ressourcen für die Lösung lokaler Probleme“*

(Kickbusch *et al.* 2012, S. 5)

Erste gezielte Umsetzungen dieser Ansätze werden zum Beispiel von Harvard und Partners in Health mit ihrem MSc in Global Health Delivery angestrebt (Drobac & Morse 2016).

Problem-basiertes Lernen wird in der gesamten medizinischen Ausbildung vermehrt eingesetzt (Morrison 2004) und wird bereits in etlichen GH-Kursen der Interviewees aber auch international (Nelson *et al.* 2012), vor allem in Form von Case-Studies und Simulationen, angewandt.

Der **Einsatz neuer Technologien** als didaktischer Ansatz im Global Health-Unterricht wird in den Interviews vor allem in Bezug auf Datenakquise (z.B. Gapminder Foundation, World Bank Open Data, WHO Global Health Observatory, IHME Global Health Data Exchange), Forschungsmethoden und Kommunikationswege genannt. Blended Learning zählt dabei zu den neueren Technologien, die im Bereich von GH bereits Anwendung finden. Der Ruf nach neuen Technologien ist sicherlich nicht einzigartig für Global Health, sondern spielt in den meisten Disziplinen eine Rolle und wird auch nicht ausschließlich positiv betrachtet. In Bezug auf E-Learning schreibt David Cook:

„I believe that this is mostly a bunch of hype. However, I realise that amidst the hype there is probably some truth.“ (Cook & Triola 2014)

Für das Feld der globalen Gesundheit, werden einige der Lösungsansätze neuer Technologien, insbesondere von Big Data und künstlicher Intelligenz, inzwischen unter dem Begriff „Precision Global Health“ (Flahault *et al.* 2017, Sheath *et al.* 2020) oder auch mit dem Einsatz von „Mobile Healthcare“ (Telemedizin, Nutzung von Handynetzwerken für Diagnostik, Prävention und Therapie) unter „Digital Health“ (Kostkova 2015, Mac-Seing *et al.* 2019) zusammengefasst.

Der Begriff des **Reflexionsvermögens** könnte theoretisch auch unter der transformativen Bildung subsumiert werden, wird aber nochmal einzeln aufgeführt, weil er auch in den Interviews davon unabhängig benannt wurde und auch für sich alleinstehen kann. Calhoun *et al.* (2011) führen „reflektives Lernen und Selbstbewertung“ als explizite GH-Kompetenz auf. Andere beschreiben es als kontinuierliches Wahrnehmen der eigenen Interessen, Stärken und Werte:

„In addition to being able to apply knowledge and skills, students should be engaged in an ongoing process of discernment and self-discovery, so that they can identify their preferences, strengths, values and passions as they pursue global health work.“ (Brown 2014)

Reflexives Lernen wird dabei mit einer „instrumentalen Form des Wissens“ kontrastiert und bedarf einer „kritischen und radikalen akademischen Auseinandersetzung mit Ideen und Historien“ (Rowson *et al.* 2012b). Dies ist gerade für den GH-Kontext mit seiner Vielzahl an Kulturen, Motivationen und Verständnissen essentiell.

In den Interviews wurde mehrfach der Aspekt der **Authentizität** benannt. Er wurde auch von uns unter den didaktischen Ansätzen mit hervorgehoben – als ein besonderes Merkmal eines guten GH-Unterrichtes. In der medizinischen Ausbildungsforschung ist Authentizität primär mit dem Streben nach realitätsnahen Simulationen in klinischen Fächern (Durning *et al.* 2012) oder der Authentizität in der Arzt-Patienten-Beziehung (Arnason 1994, Powers *et al.* 2014) verbunden. Authentizität von Lehrenden ist bislang kaum ein Thema in der medizinischen Lehrforschung. In der Erwachsenen-Bildungsforschung hingegen gibt es verschiedene Versuche Authentizität theoretisch zu erfassen, die über die in unseren Interviews erwähnten Aspekte hinausgehen: So benennen Cranton & Carusetta (2016) vier zentrale Merkmale

authentischer Lehrender: „Ehrlichkeit, Konsistenz zwischen Werten und Handeln, andere zu Authentizität ermutigen, kritisch reflektierende Lebensführung“. Kreber & Klampfleitner (2012) entwickeln auf Basis ihrer Forschung zu Authentizität in der universitären Lehre sechs formale Dimensionen von Authentizität bei Lehrenden^{§§§§}:

- (1) Ehrlichkeit, Offenheit, Aufrichtigkeit
- (2) sich treu bleiben im Sinne der Selbstwerdung (der eigenen Identität entsprechend, im Sinne des Authentizitätsverständnisses von Heidegger)
- (3) sich treu bleiben im Sinne kritischer Sozialtheorien (die eigene Identität im Kontext von Geschichte und Gesellschaft reflektieren, im Sinne des Authentizitätsverständnisses von Adorno)
- (4) Identitätsbildung orientiert sich an signifikanten Horizonten (über den Lehrenden hinausgehende Werte und Vorstellungen, angelehnt an Charles Taylor, ein signifikanter Horizont kann z.B. das Ziel sein, die Studierenden weiterzubringen)
- (5) Interesse an Thema, Studenten und daran, dass die Studierenden das Thema als relevant erleben
- (6) Prozess der die kritische Reflektion zentraler Überzeugungen und Annahmen erfordert

Eine authentische Existenz im Sinne von Heidegger und Nietzsche schließe ein, dass man „Wahrheit konfrontiert, sich die eigenen eingeschränkten Möglichkeiten eingesteht, sich nicht durch gesellschaftliche Normen definiert und nicht an bequemen Routinen festklebt“ (Kreber *et al.* 2007, S. 31). Kreber *et al.* schreiben weiter, dass authentische Lehrende nicht einfach passiv dominierende Diskurse akzeptieren, denn dann würden sie „...entweder signifikante Horizonte komplett ignorieren oder diese ohne kritische Reflektion akzeptieren“ (ebd., S. 36). Damit bedeutet Authentizität deutlich mehr, als einfach nur „echt“ zu sein oder „sich so zu geben, wie man ist“ – authentische Lehre kann „nicht nur das Wissen, sondern auch das Wesen der Studierenden beeinflussen“ (Weimer 2011).

^{§§§§} Übersetzt nach Tabelle 1 in KREBER, C. & KLAMPFLEITNER, M. 2012. Construing the Meaning of Authenticity in University Teaching: Comparing Explicit to Implicit Theories. *Journal of Constructivist Psychology*, 25, 34-69., Erklärungen in Klammern beruhen auf KREBER, C., KLAMPFLEITNER, M., MCCUNE, V., BAYNE, S. & KNOTTENBELT, M. 2007. What Do You Mean By “Authentic”? A Comparative Review of the Literature On Conceptions of Authenticity in Teaching. *Adult Education Quarterly*, 58, 22-43. und KREBER, C. 2009. Academics’ teacher identities, authenticity and pedagogy. *Studies in Higher Education*, 35, 171-194.

Für den GH-Unterricht bedeutet dies, dass es engagierter, ehrlicher Lehrender bedarf, die ein starkes eigenes Interesse an globaler Gesundheit mit sich bringen, dieses Interesse gerne vermitteln, und sich auch der dahinterliegenden philosophischen und politischen Konzepte bewusst sind.

Global Health im medizinischen Curriculum

Aus der Darstellung der Lerninhalte, übergeordneten Ziele und der Zielgruppen wird deutlich, dass ein breites Angebot an GH-Lehre notwendig ist, um die verschiedenen Bedürfnisse abzudecken, und ebenso, dass jeder Medizinstudierende die GH-Grundlagen lernen sollte. Beide Aspekte finden sich auch in der internationalen und deutschen Literatur.

So schreibt die Lancet-Kommission zur Ausbildung von Gesundheitsfachkräften im 21. Jahrhundert:

„Although having distinctive courses and training sessions in global health is important, the integration of a global perspective into all courses and exercises is even more important.“ (Frenk et al. 2010, S. 1948)

Auch der NKLM fordert vereinzelt klassische GH-Kompetenzen (Kompetenz 14c.52.3., 18.4.3.1, 19.2.1.4, im erweiterten Sinne auch 9.2.1.2-3, 11.4.3, 12.20.2.2 oder 19.2.1.6). Eine differenzierte Analyse des NKLM zeigt jedoch die Notwendigkeit GH-Inhalte stärker zu betonen:

„Eine Vernachlässigung von SDH [Social Determinants of Health], die auf lokaler und nationaler ebenso wie auf globaler Ebene wirken, wird der Verantwortung von ÄrztInnen angesichts komplexer und grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren nicht gerecht.“ (Hommes et al. 2019)

Ähnliche Forderungen finden sich auch bei Bozorgmehr et al. (2011), Bruchhausen & Tinnemann (2011), Hommes et al. (2016), Kaffes et al. (2016), Knipper & Putz (2016), Gabrysch & Jaehn (2018), Geffert et al. (2018), Akcay et al. (2019), oder für den internationalen Raum bei Edwards et al. (2001), Drain et al. (2007), Hilgers & Roos (2007), Murdoch-Eaton et al. (2011), Peluso et al. (2012), Göpfert et al. (2014), Seifalian et al. (2019).

Vergleichbare Forderungen gibt es auch für Pharmazie-Studierende (Steeb et al. 2020), Physiotherapeuten (Veras et al. 2013) und die Pflegewissenschaften (Falk-Rafael 2006, Clark et al. 2016, Wilson et al. 2016).

Die Integration von GH in das medizinische Curriculum wirkt sich dabei auch positiv auf andere Lernfelder des Medizinstudiums aus, insbesondere die im NKLM definierte Rolle des Arztes als „Gesundheitsberater/in und -fürsprecher/in“ (MFT 2015, S. 50) oder auch „als KommunikatorIn“ (ebd., S. 43). Darüber hinaus konnte in Nordamerika gezeigt werden, wie GH-Erfahrungen die weiteren Karriere-Entscheidungen beeinflussen und vor allem das Interesse an Allgemeinmedizin und Arbeit in unterversorgten / ländlichen Regionen fördern (Thompson *et al.* 2003). Eine Studie aus den USA zeigt, wie die Anwendung von GH-Prinzipien auch im lokalen Kontext zahlreiche Vorteile bringen kann (Taylor & Siddiqui 2016).

Wie die Umsetzung von GH-Lehre in der medizinischen Ausbildung aussehen kann, zeigt **Abbildung 17** (S. 70) mit dem Modell einer Lernspirale. Dieses Modell geht letzten Endes auf eine Konferenz der National Academy of Sciences und Jerome Bruner zurück, in der neue Wege im schulischen Unterricht, unter anderem in Form von Spiral-Curricula, diskutiert wurden (Bruner 1960, S. 13,52f., Brooks 2010). Dabei geht es darum, ein komplexes Konzept zunächst auf seine Grundlagen zu reduzieren, die bereits im Anfangsstadium verstanden werden können, und dann im Verlauf wieder auf das Thema zurückzukommen und die nächste Schicht an Komplexität zu vermitteln. Diese rekursive Form ermöglicht den Lernenden einen tieferen und natürlicheren Zugang. Mennin (2010) zeigt ausgehend davon, dass Medizin in sich ein komplexes System sei, wie die medizinische Ausbildung von dem Konzept der Lernspirale profitieren würde. Für GH bedeutet dies, die Grundlagen, wie soziale Determinanten von Gesundheit, möglichst früh im Curriculum zu integrieren, und dann zunehmend spezieller zu werden und die supraterritorialen Aspekte herauszuarbeiten, bis die Themen so spezifisch werden, dass sie nicht mehr für „die große Mehrheit“ (vgl. Zielgruppen auf S.61) relevant sind, und zum Beispiel in Form von Wahlfächern unterrichtet werden sollten, oder sich sogar an „The One Percent“ richten und Teil von separaten Postgraduierten-Kursen sein sollten (Rowson *et al.* 2012a). Die Idee der Lernspirale für GH ist dabei nicht gänzlich neu und zum Beispiel bei einem Treffen der Global Health Alliance auf der Jahrestagung der Gesellschaft für medizinische Ausbildung schon präsentiert worden (Kressing 2013). Unser Modell zeigt, wie in wiederkehrender Weise die Themen mehr und mehr gefüllt werden und so allen drei Zielgruppen gerecht werden können ohne einzelne Gruppen zu überlasten.

Was ist für die Zukunft von GH wichtig? (Vierte Hauptfrage)

Unter dieser Hauptfrage wurde im Ergebnisteil zunächst die Wahrnehmung von GH in der Allgemeinbevölkerung diskutiert, anschließend ging es um die Rolle von Medizinstudierenden und internationalen Praktika, danach um die potentielle Rolle von (deutschen) Ärzten in GH und schließlich um GH-Akteure und -Policies in Deutschland. Der folgende Abschnitt demonstriert die hohe Dynamik, die mit diesem Feld verbunden ist: So hat sich ein Teil der hier getroffenen Aussagen weiterhin bestätigt und gleichzeitig haben sich zahlreiche Entwicklungen ergeben, die zum Zeitpunkt der Interviews (2015-17) noch primär theoretisch diskutiert wurden.

Global Health in der allgemeinen Wahrnehmung

In den Interviews wird mehrfach darauf hingewiesen, dass die Sichtbarkeit von GH in der Bevölkerung deutlich zugenommen habe. Unumstritten ist, dass es eine Reihe von Themen gibt, die dem GH-Feld zugeordnet werden und die in den letzten Jahren verstärkte mediale Aufmerksamkeit erhalten haben (z.B. Ebola, Migrationsthemen, Krankenversicherungssysteme in den USA, Impfdebatten, Zika-Virus) und dass auf politischer Ebene symbolträchtige Maßnahmen im Bereich der Globalen Gesundheit stattgefunden haben (Sustainable Development Goals, GH auf Agenda der G7/G20-Staaten, GH-Strategie der Bundesregierung, Diskussion um WHO). Zur Wahrnehmung von GH in der allgemeinen Bevölkerung sind uns keine Umfragen bekannt, auch wenn es Studien zu Unterthemen wie Antimicrobial Resistance (Eurobarometer 2016) oder Gesundheitsversorgung im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit (Eurobarometer 2015, S. 16) – wenn auch ohne zeitlichen Vergleich – gibt. Als weiterer Maßstab könnte daher die Berichterstattung in den Medien herangezogen werden. Für Neuseeland gibt es eine Studie zur Berichterstattung zu Global Health aus den Jahren 2007-09 (McCool *et al.* 2011). Damals waren die häufigsten Themen Infektionserkrankungen (damals vor allem die Schweinegrippe H1N1) und Umweltgesundheit. Eine Studie aus Frankreich, die sich speziell mit der Berichterstattung in Großbritannien zu vernachlässigten tropischen Erkrankungen zwischen 2002-2008 befasst, zeigte keinen zeitlichen Trend und generell eine geringe Aufmerksamkeit in den Medien für diese Themen (Balasegaram *et al.* 2008). Für den Bereich der Außenpolitik konnte gezeigt werden, wie Massenmedien die öffentliche Wahrnehmung der Relevanz von außenpolitischen Themen signifikant beeinflussen (Soroka 2016) und damit die politische Agenda prägen (Leff *et al.* 1986, Otten 1992, Tan & Weaver 2009). Dies ist relativ gut auf GH übertragbar. Zum einen geht es bei GH auch um Faktoren von außerhalb, die das eigene Leben beeinflussen und zum

anderen können Informationen zu GH ähnlich wie bei Außenpolitik in der Regel nicht auf Basis eigener Erfahrungen generiert werden, sondern müssen über Medien erworben werden. Aber auch für Gesundheitsthemen, bei denen zum Teil auf eigene Erfahrungen zurückgegriffen werden kann, wurden ähnliche Effekte gezeigt (Benelli 2003, Harp *et al.* 2005). Wenn man sich die Anzahl an Publikationen zu GH-Themen pro Jahr anschaut, kann man seit den 1990er-Jahren einen deutlichen Zuwachs feststellen, auch wenn sich der Trend in den letzten zehn Jahren deutlich abgeschwächt hat. Auffallend ist dabei die geringere Anzahl an Medienbeiträgen in deutschen Zeitungen, wobei dies auch an einer insgesamt höheren Artikelpublikationsrate in den verglichenen internationalen Medien liegen könnte (**Abbildung 20, Abbildung 21** und **Anhang J**). Darüber hinaus sind vor allem zwei Aspekte wichtig in der Beurteilung der Medien und der öffentlichen Meinung: erstens liegt der Fokus oftmals auf Infektionskrankheiten und Risiken. Dabei wird der globale Süden oftmals auf Armut, Krankheit und Gefahren reduziert. Die Berichterstattung funktioniert über Ängste und arbeitet daher stark auf der Ebene von GH Securitisation, also der Verbesserung der eigenen Sicherheit oder auch Machtposition als Hauptmotivation für ein Engagement in globaler Gesundheit. Dies ist zwar effektiv um Gesundheitsverhalten zu verändern und auch politische Veränderungen zu bewirken, aber ethisch oftmals fragwürdig und resultiert langfristig oftmals in gegenteiligen Effekten (Huang & Leung 2005, Lee 2005, Tian & Stewart 2005, Wilkins 2005, Haglin *et al.* 2019, Ophir 2019). Zweitens ist das Verhältnis zwischen öffentlichem Interesse und Berichterstattung nicht nur in sich rekursiv, sondern auch von weiteren Faktoren abhängig. Dazu gehört zum einen die gezielte Wissenschaftskommunikation, um Wahrnehmung zu schaffen und Veränderungen zu bewirken (Akin 2017). So hielt zum Beispiel der frühere Herausgeber des Journal of the American Medical Association, George Lundberg, „die öffentliche Berichterstattung für einen unverzichtbaren Mechanismus um von einem Problem zu einer Lösung zu kommen“ (Otten 1992, S. 113). Und zum anderen gehört die gezielte Förderung von journalistischen Recherchen zum Beispiel zu GH-Themen durch Stiftungen mit zu den Einflussfaktoren (Balasegaram *et al.* 2008, Friedland & Konieczna 2011, Scott *et al.* 2019). In den letzten Jahren haben darüber hinaus die sozialen Netzwerke in Bezug auf Meinungsbildung und auch politisches Agenda-Setting die klassischen Medien immer weiter in den Hintergrund gedrängt (Shirky 2011, Guo & Saxton 2013). Sie lassen sich zur Förderung von Gesundheitsmaßnahmen wie Hygiene-Verhaltenshinweisen, Aufklärung über sexuell übertragbare Erkrankungen oder Erste-Hilfe-Maßnahmen nutzen (Korda & Itani 2013,

D'Souza *et al.* 2020), zeigen aber gerade auch im Rahmen der Covid19-Pandemie große Risiken in der Verbreitung von falschen Informationen (Depoux *et al.* 2020, Garrett 2020).

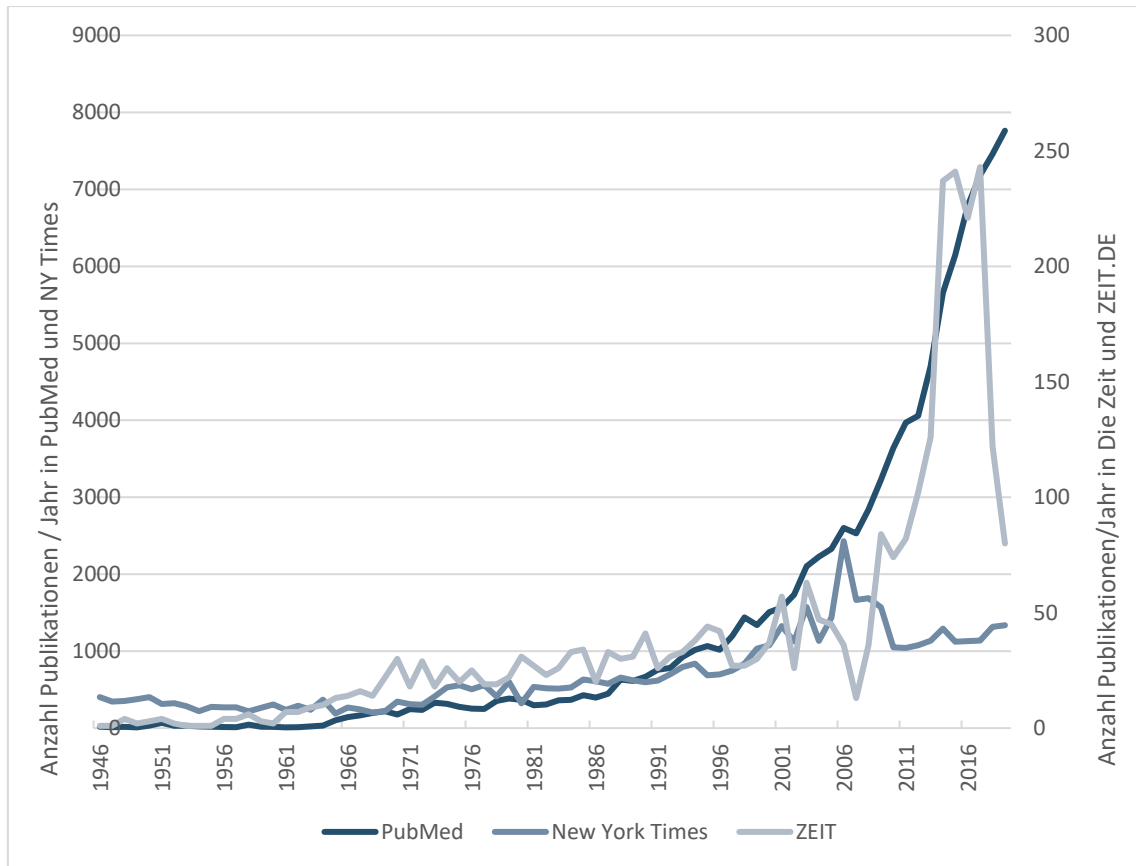


Abbildung 20 Publikationen zur Weltgesundheitsorganisation pro Jahr von 1946-2019 auf PubMed, der New York Times (linke Achse) und auf ZEIT Online und in der ZEIT (rechte Achse). Ausführliche Beschreibung incl. Begründung der Indikator-Wahl und Methodik in Anhang J.

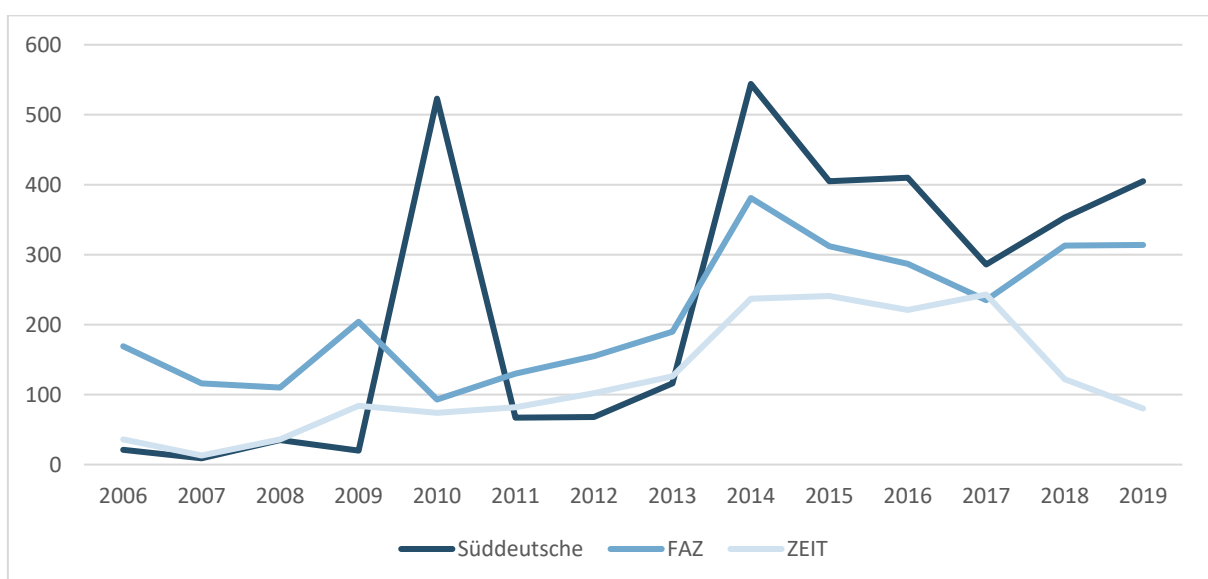


Abbildung 21 Publikationen zur Weltgesundheitsorganisation pro Jahr von 2011-2019 in den deutschen Medien Süddeutsche, FAZ und ZEIT.

Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass mit GH verbundene Themen in der allgemeinen Öffentlichkeit deutlich an Aufmerksamkeit gewonnen haben, insbesondere durch übertragbare Erkrankungen wie Ebola, Zika und Covid19. Zumindest das Bewusstsein dafür, dass Gesundheit von Faktoren, die über Staatsgrenzen hinausgehen, beeinflusst wird, ist deutlich gewachsen, auch wenn dies bei weitem nicht dem in dieser Arbeit präsentierten Spektrum von globaler Gesundheit gerecht wird.

Global Health in der Medizin

In den Interviews ging es bei dem Punkt GH in der Medizin zum einen um die Rolle in der medizinischen Ausbildung und zum anderen um die Rolle von deutschen Medizinern in der globalen Gesundheit. Für die medizinische Ausbildung steht sowohl die Integration von GH-Inhalten in die Curricula als auch die Schaffung von entsprechenden Weiter- und Fortbildungsangeboten im Vordergrund. Hier hat die Hochschulrektorenkonferenz eine klare Empfehlung zur Internationalisierung der Studiengänge und explizit zur Integration von Global Health in das Medizinstudium ausgesprochen (Knipper & Putz 2016, Hochschulrektorenkonferenz 2017). Im Rahmen der aktuellen Reform des Medizinstudiums unter dem Stichwort „Masterplan 2020“ (BMBF 2017, Richter-Kuhlmann 2017) wird GH nicht explizit gefordert, deckt aber ähnlich wie im NKLM eine Reihe von Anforderungen ab. Die Gesellschaft für medizinische Ausbildung hat in einer Stellungnahme zum Masterplan 2020 jedoch gezielt die Einrichtung von Kursen zu globaler Gesundheit und interkultureller Kompetenz gefordert (Mews *et al.* 2018, GMA Advisory Board 2019). Der aktuellste Survey zur GH-Ausbildung an medizinischen Universitäten zeigt, dass, mit Ausnahme von zwei medizinischen Fakultäten, Studierende nur bei explizitem Interesse in GH-Aspekten ausgebildet werden (Karduck *et al.* 2020).

Auf Basis der Interviews und der diskutierten Literatur besteht damit weiterhin die Notwendigkeit zum Ausbau von GH in der medizinischen Ausbildung, sowohl innerhalb des regulären Curriculums als auch in Form von Wahlfächern oder Schwerpunkt-Tracks. Des Weiteren sollte die Durchführung von Praktika im Ausland (Pflegepraktika, Famulaturen, PJ-Abschnitte) genauer reguliert und vor- und nachbereitet werden (Dell *et al.* 2014, Glickman *et al.* 2016, Shah *et al.* 2019). Hierdurch bieten sich starke Synergie-Effekte, die sowohl die Praktika als auch das Medizinstudium stärken (Knipper & Putz 2016).

In Bezug auf Fort- und Weiterbildungsangebote, zum Beispiel in Form von Research Degrees, Postgraduate Studies oder GH-orientierten Masterprogrammen hat Deutschland weiterhin

großen Nachholbedarf (Gabrysch & Jaehn 2018, Akcay *et al.* 2019) und braucht die Förderung transdisziplinärer und interprofessioneller Aspekte (Grosse Frie 2019).

In den Interviews wurde die abnehmende Bedeutung von klassischen Ärzten in der Entwicklungszusammenarbeit und humanitären Hilfe postuliert. Auch hierzu gibt es keine verlässlichen Daten. Als einen ersten Anhalt haben wir die Mitarbeiter-Zahlen von Ärzte ohne Grenzen (MSF) ausgewertet, auch wenn hier sicherlich Vorsicht in der Interpretation geboten ist, da es sich um eine humanitäre Organisation handelt, die weniger in der längerfristigen Entwicklungszusammenarbeit tätig ist als im Emergency Relief Sektor und damit nur einen kleinen Teil des GH-Spektrums repräsentiert. **Abbildung 22** zeigt wie bei insgesamt steigenden Mitarbeiterzahlen der Anteil an Mediziner leicht rückläufig von 26% in 2010 auf zuletzt 22% in 2018 gefallen ist. Die absolute Zahl an Mediziner hat zwar zugenommen, aber am ehesten bedingt durch die Diversifizierung und Spezialisierung sind überproportional viele Nichtmediziner ausgesandt worden. Parallel ist der Anteil der internationalen Mitarbeiter in den Einsätzen bei 8-9% konstant geblieben (**Abbildung 23**). Die Anzahl an nationalen und an internationalen Mitarbeitern hat sich in den dargestellten acht Jahren nahezu verdoppelt.

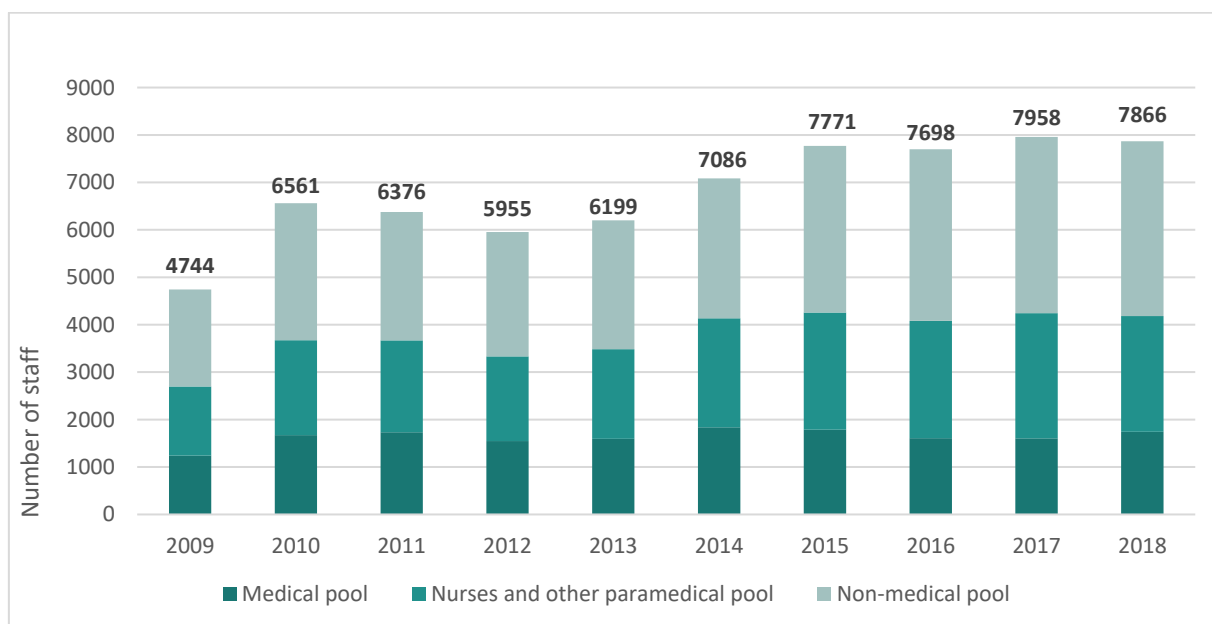


Abbildung 22 Aufteilung der bei Ärzte ohne Grenzen angestellten Mitarbeiter nach Berufsgruppe

Mediziner, Krankenpfleger und Rettungsdienst-Mitarbeiter sowie Therapeuten und nicht-medizinisch Tätige (Ingenieure, Verwaltung, Logistik, etc.). Daten basieren auf den MSF International Activity Reports 2010-2018. (MSF 2011-2019)

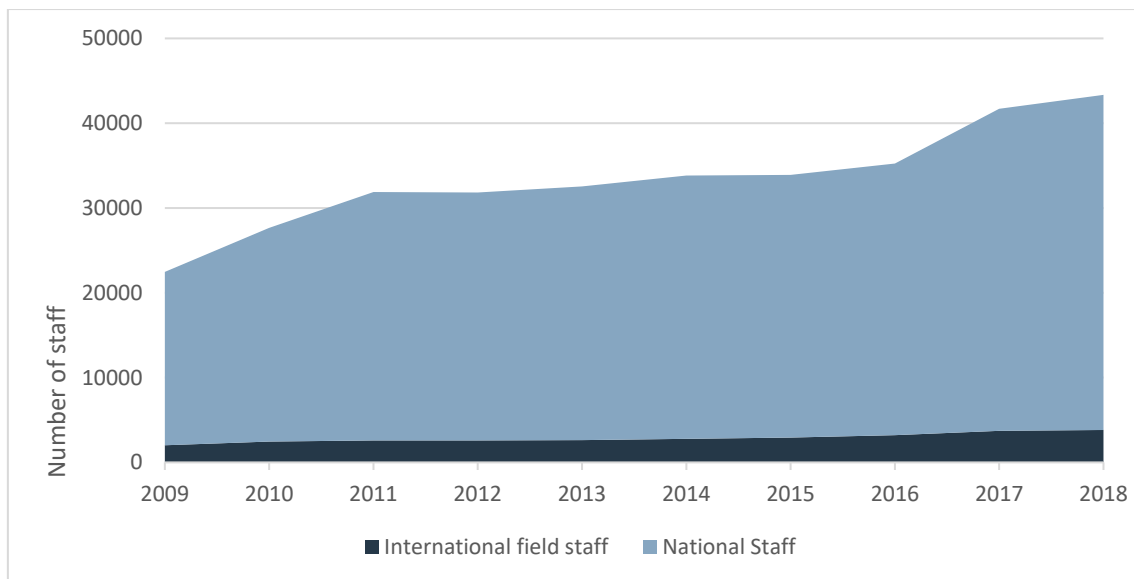


Abbildung 23 Anteil der internationalen und nationalen Mitarbeiter bei MSF-Einsätzen.
Daten aggregiert aus MSF International Activity Reports 2010-2018. (MSF 2011-2019)

Die WHO hat in ihrer Strategie zu humanen Ressourcen im Gesundheitssektor „Workforce 2030“ als eines der Ziele (Milestone 2.1) vorgegeben, dass bis 2030 die Abhängigkeit von im Ausland ausgebildeten Gesundheitsmitarbeitern um die Hälfte reduziert werden soll (WHO 2016, S. 23). Tansania hat in einem Jahrzehnt die Zahl seiner jährlichen Medizin-Absolventen knapp versiebenfacht (von 60 auf 393), und dennoch nur knapp ein Drittel der eigentlich im Land benötigten Ärzte (Sirili *et al.* 2017). Gut ein Viertel der in Tansania ausgebildeten Ärzte arbeitet im Ausland und bis zu 40% haben ihre klinische Tätigkeit verlassen (Saidia *et al.* 2013). Eine andere Studie geht von bis zu 60% aus (Goodell *et al.* 2016). Projektionen der WHO rechnen damit, dass in allen afrikanischen Ländern zusammen bis 2030 1,1 Millionen Ärzte fehlen werden, in der östlichen Mittelmeerregion 0,2 Millionen und in Südostasien 1 Million Ärzte (WHO 2016). Um diesem Ärztemangel begegnen zu können braucht es dringend die Ausbildung einheimischer Fachkräfte, zu der auch westliche Universitäten durch Lehrforschung und Partnerschaften beitragen können (Farmer & Rhatigan 2016). Dies gilt dabei nicht nur für Ärzte, sondern für alle medizinischen Berufsgruppen und vor allem auch Public Health-Fachkräfte (Beaglehole & Dal Poz 2003). In der deutschen Entwicklungszusammenarbeit soll dabei vor allem der Ausbau von Ausbildungsangeboten in den genannten Ländern gestärkt werden (Köllner *et al.* 2016).

Zusammengefasst zeigt sich, dass weiterhin weltweit ein hoher Ärztemangel herrscht, dem auch deutsche Mediziner durch direkte medizinische Tätigkeit entgegenwirken können. Der Fokus liegt aber – zumindest in der langfristigeren Entwicklungszusammenarbeit – in der Tat in der Ausbildung und Förderung von Ausbildungsmöglichkeiten.

Global Health in Deutschland

Im Rahmen der Interviews wurde die Beteiligung an international beachteten Forschungsprojekten und die bessere Repräsentation innerhalb und außerhalb Deutschlands gefordert. Ähnliche Forderungen finden sich auch in der Literatur (Gerhardus *et al.* 2015, Jahn *et al.* 2015, Gabrysch & Jaehn 2018).

In der Zwischenzeit haben eine Reihe von Entwicklungen die deutsche Global Health-Landschaft entscheidend geprägt. Dazu gehört der deutsche Vorsitz über die G20-Gruppe, bei dem nach den Ebola- und Zika-Ausbrüchen Globale Gesundheit, insbesondere im Sinne von Pandemie-Vorbereitung und antimikrobieller Resistenz, auf die Agenda gesetzt wurde (B20 Health Initiative 2017, Gröhe 2017, Matsumura *et al.* 2019). Mit der Berlin-Erklärung erfolgte auch ein klares Bekenntnis zu Universal Health Coverage als Teil der Sustainable Development Goals (G20 2017). Die Bundesregierung hat im Jahr 2018 darüber hinaus einen partizipativen Prozess zur Neugestaltung der erstmalig in 2013 verabschiedeten Strategie zur globalen Gesundheit (Bundesregierung 2013, Aluttis *et al.* 2017) initiiert (BGM 2018). Im Rahmen dieses Prozesses wird im Positionspapier der Wissenschaft die Einrichtung von Lehrstühlen in GH und die „stärkere Berücksichtigung in den Curricula“ gefordert (Gerhardus *et al.* 2018, S. 8). Im Positionspapier der „Jugend“ (Nachwuchsorganisationen) wird gezielt die Förderung von Forschung und Lehre, zum Beispiel durch die Integration von GH-Themen in Kerncurricula (nicht nur des Medizinstudiums) und durch entsprechende Weiterbildungsmöglichkeiten gefordert (BVMD 2018, S. 7-8). Der Zusammenschluss von Thinktanks fordert in seinem Positionspapier ein „multizentrisches Forschungs-/Ausbildungs-/Umsetzungszentrum Global Health / SDGs“ (Bonk 2018). Das für diesen Prozess einberufene internationale Beratergremium empfiehlt der Bundesregierung explizit den „Aufbau von Fähigkeiten in der globalen Gesundheitsforschung, insbesondere an Universitäten“ (IABGH 2019, S. 9). Auf institutioneller Ebene wurde der Global Health Hub Germany gegründet mit dem Ziel bestehende Akteure und Initiativen besser zu vernetzen und ihnen ein gemeinsames Forum zu bieten (Green 2019b). Im Frühjahr 2020 wurde darüber hinaus durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung die Global Alliance for Global Health Research ins Leben gerufen, die Forscher und Forschungsvorhaben im Bereich der globalen Gesundheit in Deutschland stärken soll (BMBF 2020).

Aber auch durch geopolitische Veränderungen in den letzten Jahren mit Verschiebungen der Unterstützer-Rollen im Bereich der Globalen Gesundheit und den involvierten Institutionen hat sich Deutschlands Rolle international gewandelt und an Gewicht zugenommen

(Kickbusch *et al.* 2017, Kupferschmidt 2018). Gleichzeitig wird dieser Prozess in der internationalen Literatur kritisch begleitet und weitere Veränderungen gefordert (Stratil *et al.* 2018, Voss & Hunger 2018, Kickbusch 2019) – gerade auch mit Blick auf die anstehende EU-Ratspräsidentschaft Deutschlands (Bergner & Voss 2020).

Anhand der aufgeführten Entwicklungen wird die Dynamik der deutschen GH-Landschaft deutlich, auch wenn sicherlich zunächst die Frage offenbleibt, wie weit dies die medizinische Ausbildung langfristig prägen wird und welches GH-Verständnis sich dabei durchsetzen wird.

Global Health weltweit

Die Interviews und deren Analyse haben sich auf GH in der medizinischen Ausbildung und insbesondere Deutschland fokussiert. Dennoch geschieht dies – wie auf Grund unseres GH-Verständnisses zu erwarten – nicht vom globalen und transdisziplinären Kontext losgelöst. Und dies zeigt sich auch im Vergleich unserer Ergebnisse mit der internationalen Literatur, insbesondere wenn es um die Zukunft von GH geht.

Das Center on International Cooperation der New York University hat 2013 fünf existentielle Herausforderungen für GH identifiziert: Nachhaltige Finanzierung, ökonomisches Ungleichgewicht, GH-Institutionen und ihr Umgang mit nicht-übertragbaren Krankheiten (NCDs) und Universal Health Coverage, die Nahrungsversorgung der Welt und den Klimawandel (Garrett 2013).

Ähnliche Herausforderungen werden auch in aktuelleren Quellen benannt, wenn auch sicherlich mit jeweils unterschiedlichen Schwerpunkten. In den letzten Jahren hat **die Bedeutung des Klimawandels** im Vergleich zu den Ergebnissen dieser Arbeit noch deutlich weiter zugenommen, nicht zuletzt auch durch die Planetary Health-Bewegung (Horton *et al.* 2014, Whitmee *et al.* 2015) und den Lancet-Report zu Klimawandel und Gesundheit (Watts *et al.* 2019).

Auch die Frage nach **sozialer Ungerechtigkeit und ökonomischer Ungleichheit** ist weiterhin politisch stark umkämpft, insbesondere wieweit dies Aufgabe von Global Health ist (Drager *et al.* 2001, Sen 2002, Watkins *et al.* 2018) und auch in der medizinischen Ausbildung berücksichtigt werden sollte (Adams *et al.* 2016, Drobac & Morse 2016). Dabei geht es vor allem um die Frage, wieweit GH sich nur auf die Untersuchung von Ungerechtigkeit als Determinante von Gesundheit beschränken und darauf hinweisen sollte, oder ob GH auch zu einer Lösung beitragen sollte. In vielem gleicht die Diskussion dabei der unsrigen zum Aspekt der Politisierung (z.B. Unvermeidbarkeit von normativen Aspekten, gesellschaftliche

Verantwortung, politische Voreingenommenheit). Gleichzeitig geht sie aber darüber hinaus, da es in der Praxis zum Beispiel bei GH Governance um konkrete Aktivitäten geht und auch die weitere Forschungsagenda davon abhängt: So macht die Global Governance for Health-Commission konkrete Empfehlungen zur Reduktion von Gesundheitsungerechtigkeit und geht vor allem auf Macht-Asymmetrien ein (Ottersen *et al.* 2014). Auch andernorts wird die **vermehrte Offenlegung von offenen und verdeckten Machtstrukturen** gefordert: sowohl in der Themensetzung in der GH-Praxis (Smith & Shiffman 2020) als auch in der GH-Forschung im Sinne kritischer Theorien und Intersektionalität (Larson *et al.* 2016, Gkiouleka *et al.* 2018) sowie Menschenrechts-basierter Ansätze (Gostin *et al.* 2018, Forman 2019, Ooms *et al.* 2019). Der Bezug insbesondere auf kritische Theorien und Intersektionalität geht dabei deutlich weiter als in den Interviews dieser Arbeit. Jedoch werden in der internationalen Literatur neben der Notwendigkeit und den Vorteilen auch die Begrenzungen kritischer Theorien und Macht-Analysen herausgestellt:

„Typischerweise geht es in der Forschung vor allem um Fälle, in denen manifestierte oder ausgeübte Macht zu Gesundheitsungleichheiten führt. Jedoch gibt es nur sehr wenige Studien, die sich anschauen, wie Macht genutzt wird, um Gesundheitsungleichheiten zu adressieren, zu minimieren oder zu eliminieren.“ (Shawar & Ruger 2020, S. 73)

Die Anwendung **kritischer Theorien in GH** geht dabei oftmals auf die Analyse marktwirtschaftlicher Paradigmen in der Entwicklungszusammenarbeit und GH-Landschaft wie zum Beispiel die durch den IMF (International Monetary Fund) eingeführten Structural Adjustment-Prozesse zurück (Kim *et al.* 2019, Schrecker 2020). Die Herausforderung für GH besteht dabei darin, die impliziten und expliziten politischen und philosophischen Annahmen von GH-Forschung und -Praxis, und damit auch die der Methodik kritischer Theorien, zu reflektieren und nicht als apolitisch oder in sich selbst politisch neutral darzustellen (McCoy & Singh 2014, Engebretsen & Heggen 2015, Rushton 2015).

Dies ist insbesondere für ein weltweites, transkulturelles Feld wie GH von entscheidender Bedeutung:

„Die kritische wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Global Health spiegelt so zu einem gewissen Teil gerade die Geographie der Wissensproduktion im allgemeinen wider, in dem in ihrem Zentrum oftmals

die Sprachen, Theorien und Institutionen des globalen Nordens stehen.“

(Ingram 2020, S. 90)

Ähnlich wie in unseren Interviews, wird das Verhältnis von GH zur **kolonialen Vergangenheit** und einer weiterhin bestehenden **Dominanz des globalen Nordens** auch international als große Herausforderung für die Zukunft angesehen: So kommt die große Mehrheit wissenschaftlicher Publikationen zu GH von Institutionen aus dem globalen Norden (Byass 2013), in GH-Partnerschaften zwischen Universitäten sind Partner aus dem globalen Süden oftmals unterrepräsentiert (Crane 2011, Chu *et al.* 2014, Beran *et al.* 2017, Gautier *et al.* 2018). Finanzströme im Bereich von GH werden fast ausschließlich im globalen Norden gesteuert (Birn 2014, Erikson 2015), auch wenn sich manche Verhältnisse unter anderem durch neue Akteure wie Brasilien, Russland, Indien, China und Südafrika (BRICS-Staaten) verschieben (Huang 2020). Mittlerweile gibt es an einigen Universitäten und Forschungseinrichtungen (u.a. in Harvard, Stockholm, Edinburgh und London) jedoch Initiativen, um GH zu „dekolonialisieren“ (Green 2019a). Dabei geht es vor allem darum an Bildungs- und Forschungseinrichtungen Grundannahmen aus der Kolonialzeit zu hinterfragen, auf offenen und latenten Rassismus hinzuweisen und Studierende für ein globales Miteinander zu sensibilisieren (Eichbaum *et al.* 2020, Herzig van Wees & Holmer 2020). Montenegro *et al.* (2020) schlagen unter dem Titel „Global Health aus dem Süden“ vor allem eine stärkere Betonung der Sozialwissenschaften und ein reflektiertes Bewusstsein für die globalen Machtverhältnisse und lokalen Realitäten vor. Ähnliches wurde von Seye Abimbola, dem Chefredakteur des BMJ Global Health auch für den Bereich der Forschung vorgeschlagen (Abimbola 2019). Wo dies passiert, profitiert auch der globale Norden davon (Hanrieder 2019). Wie sich diese Bewegungen langfristig auf GH weltweit auswirken, ist sicher momentan nicht absehbar, auch wenn mit den aktuellen weltpolitischen Umbrüchen und Krisen manches Fenster für Veränderung offen zu stehen scheint (Gostin & Friedman 2017, Lancet GH 2020, Leon-Himmelstine & Pinet 2020).

Während in unseren Interviews das Bewusstsein für eine weitere **Diversifizierung des GH-Feldes**, insbesondere mit vermehrter Integration von Forschern und Institutionen aus dem globalen Süden, mehrfach benannt wurde, wurde der Aspekt einer weiterhin bestehenden männlichen Dominanz von GH, insbesondere in den Führungsebenen, nicht explizit benannt. Eine Analyse der führenden Public Health-Fakultäten zeigt wie im Bereich von Juniorforschern deutlich mehr Frauen als Männer beschäftigt sind, und deutlich weniger Forscher aus ethnischen Minderheiten. Auf dem Senior-Level ist der Anteil von Männern aus

der ethnischen Mehrheit auf über 45% angestiegen (Khan *et al.* 2019). Der Anteil von Frauen im gesamten GH-Feld wird auf 2/3 geschätzt (Yount *et al.* 2020), ist also auf der Führungsebene deutlich unterrepräsentiert, obwohl Geschlechtergerechtigkeit nicht nur die Globale Gesundheit verbessern kann, sondern auch in der GH-Arbeit zu mehr Produktivität, Innovation, besseren Entscheidungen und höherer Arbeitszufriedenheit insgesamt beitragen kann (Shannon *et al.* 2019) und darüber hinaus auch eine Frage der Fairness darstellt. Inzwischen gibt es auch ein deutsches Chapter des von Ilona Kickbusch gegründeten Netzwerkes „Women in Global Health“ (Ludwig *et al.* 2018). Die Diversifizierung des GH-Feldes wird auch in der Zukunft weiterhin konzertierte Anstrengungen benötigen.

Als weitere entscheidende Aspekte für die Zukunft werden – auch im Einklang mit unseren Interviews – die weitere **Digitalisierung** (Mac-Seing *et al.* 2019, Sheath *et al.* 2020), die Notwendigkeit zur Förderung von **Innovation** (Feng 2020, Halpaap *et al.* 2020) und die Stärkung von inter- und **transdisziplinären** Ansätzen (Ding *et al.* 2020) benannt, die in ähnlicher Weise bereits zuvor unter „Didaktische Ansätze“ (S.103) diskutiert wurden.

GH in der medizinischen Ausbildung lässt sich nicht losgelöst von der weltweiten Entwicklung betrachten. Wie dieser Abschnitt gezeigt hat, reflektieren die Interviewinhalte und auch die daraus gewonnenen Modelle die Vielfalt und Dynamik von GH, was sicherlich auch darauf mit zurückzuführen ist, dass ein Großteil der interviewten Experten selber in diesem Feld aktiv tätig ist.

6.3 Limitationen und Stärken

Diese Arbeit ist mit dem Ziel begonnen worden, ein klareres Verständnis von Global Health für die medizinische Ausbildung zu erlangen. Auf Grund der spärlichen Datenlage für den deutschen Raum und der vielen offenen grundsätzlichen Fragen haben wir ein auf der Grounded Theory Methodology (GTM) basierendes Mixed Methods Design verwendet. Die Vor- und Nachteile wurden bereits unter 6.1 Methodik (S.81) diskutiert. So erlaubt unsere Studie keine Aussagen zur Repräsentativität im klassischen Sinne quantitativer Forschung und hat daher auch gerade in Bezug auf mögliche Themen und Unterrichtsinhalte in GH keinen Anspruch auf Vollständigkeit noch erlaubt sie eine Gewichtung nach Vorkommen in den Unterrichtsangeboten. Dafür hat diese Vorgehensweise mit ihrem explorativen Charakter die Entdeckung impliziter Konzepte wie dem Verständnis von GH als Umbrella Term ermöglicht.

Die Arbeit hat – primär durch ihre Beschränkung auf GH in der medizinischen Ausbildung und in Deutschland – einige inhärente Limitationen, mit denen sie dem eigenen GH-Verständnis

nicht gerecht wird: alle Interviewees haben (zumindest auch) Medizin studiert, auch wenn sie nicht alle an medizinischen Fakultäten unterrichten. Zwar hatten alle Interviewees interkulturelle Erfahrung, aber nur ein Interviewee kam aus dem globalen Süden. Damit wird diese Arbeit zwei der zentralen Aspekte von GH nicht ausreichend gerecht: echter Internationalität und echter Transdisziplinarität. So reflektiert die Arbeit zwar die aktuelle Realität von GH in der medizinischen Ausbildung, die weiterhin stark Medizin-zentriert ist und in Deutschland oftmals echte Internationalität nur sehr eingeschränkt umsetzt, kommt aber in der Praxis selbst nicht darüber hinaus. Hier ist in Zukunft weitere Forschung mit einer stärkeren Ausrichtung auf Internationalität und Transdisziplinarität notwendig. Gleichzeitig kann die Arbeit aber auch zeigen, dass zumindest ein Bewusstsein für diese Mängel auch in der medizinischen Ausbildung bei den Interviewees vorhanden ist und innovative Konzepte zum Erreichen von mehr Internationalität und Transdisziplinarität entwickelt werden. Interessanterweise fällt gerade im Vergleich mit der internationalen Literatur, und insbesondere der Lehrforschung aus den USA auf, dass unter den Interviewees ein deutlich größeres Bewusstsein für die Notwendigkeit von Transdisziplinarität herrscht und versucht wird einem engen medizinischen Verständnis von GH bewusst entgegen zu wirken.

Diese Arbeit gibt auch auf Grund ihrer Methodik keine konkrete Definition oder auch Empfehlung für Unterrichtsinhalte vor. Projekte hierzu laufen aktuell andernorts. Dafür kann diese Arbeit auf einer Metaebene dazu beitragen das Verständnis von GH zu schärfen und auch zu erklären, warum eine klare Definition und Abgrenzung bislang so schwierig ist.

Damit ist unsere Arbeit die unseres Wissens nach erste Arbeit, die sich mit einem explizit qualitativen Ansatz das praktische GH-Verständnis von Lehrenden in der Medizin anschaut. Der Validierungs-Survey als Teil der Studie zeigt zumindest unter den Teilnehmenden eine weitgehende Zustimmung zu den erarbeiteten Modellen und dem hier präsentierten GH-Verständnis. Ob und wie weit dies GH-Verständnis auch außerhalb der medizinischen Ausbildung Gültigkeit hat, kann auf Grund der hier erhobenen Daten nicht bestimmt werden und höchstens im Vergleich mit der internationalen Literatur diskutiert werden, wobei sich größere Schnittmengen zwischen den GH-Diskussionen in dieser Arbeit zur medizinischen Lehrforschung und der weltweiten GH-Forschung und -Praxis zeigen. Erste Anhaltspunkte dafür, dass unser Modell auch außerhalb des Medizinstudiums Relevanz hat, könnten sich aus der Verwendung des Modells durch das Institut für Globale Gesundheit (2018) oder die Rezeption in wissenschaftlichen Arbeiten zur Förderung der GH-Landschaft in Deutschland (Grosse Frie 2019) und Europa (Berner-Rodoreda *et al.* 2019) ergeben.

6.4 Global Health als Umbrella Term

Unter Abschnitt 5.7 (**Abbildung 18**, S.77) präsentieren wir ein zusammenfassendes Modell von GH als Umbrella Term. Wir zeigen, wie GH transdisziplinär verstanden werden kann, und wie GH als Umbrella Term mit seinem Total- und Halbschatten, seinen Kernaspekten und erweiterten Aspekten aussehen kann. GH als Umbrella Term zu verstehen, kann dabei helfen eine Reihe von aktuellen Debatten im Feld der globalen Gesundheit zu verstehen:

(1) Verhältnis zu anderen Disziplinen

GH ist keine eigene Disziplin, sondern auf die verschiedenen Disziplinen angewiesen. Es kann die verschiedenen Disziplinen zusammenbringen, aber nicht ersetzen. Dies erklärt, warum bisherige Versuche GH einer einzigen Disziplin zuzuschreiben nicht zielführend gewesen sind (vgl. Diskussion der ersten Hauptfrage, S.91). Unser Modell zeigt, wie die verschiedenen Disziplinen dabei zusammenwirken. Dies gilt für die GH-Lehre in der medizinischen Ausbildung, kann aber auch auf GH-Forschung und -Praxis außerhalb des Medizinstudiums angewandt werden.

(2) Zugehörige Themenfelder

Diese Arbeit schlägt keinen fixen Themenkatalog vor, weder für die Ausbildung im Medizinstudium noch für GH im Allgemeinen. Stattdessen wird die Unterscheidung in Kern- und erweiterte Aspekte angewandt. Dadurch wird es möglich, einen inhaltlichen Kern von GH zu bestimmen und zum Beispiel für grundlegende Lehrangebote zu verwenden. Gleichzeitig können aber weitere Themen auch aus Randgebieten außerhalb des Kerns unter GH erfasst werden. Ein Projekt, das zum Beispiel die sozioökonomischen Determinanten von Gesundheit komplett außen vorlässt, kann so unter dem GH-Umbrella integriert werden, wobei deutlich wird, dass es zentrale Aspekte von GH ignoriert und damit nicht GH allgemein repräsentiert. Dies könnte in der medizinischen Ausbildung zum Beispiel ein Wahlfach in Tropen- oder Reisemedizin sein, das für einen GH-Track anerkannt wird, aber nicht für sich genommen GH repräsentiert.

(3) Die normative Komponente von GH

Diese Studie diskutiert an mehreren Stellen die politische oder normative Komponente von GH (zum Beispiel unter der Diskussion der ersten Hauptfrage, S. 97 oder der Diskussion der Zukunft von GH weltweit, S. 115). Auch hier zeigt sich der Charakter von GH als Umbrella Term: GH bringt Disziplinen, in denen ein normativer Aspekt seit langem zum Selbstverständnis gehört und dementsprechend auch

diskutiert wird, mit anderen zusammen, die ihre Arbeit oftmals als rein technisch und unberührt von normativen Aspekten betrachtet haben. Hier zeigt unser Konzept, wie GH im Kern nicht unpolitisch sein kann. Gleichzeitig bringt es technische Lösungsansätze oder molekularbiologische Forschung mit sozial- oder politikwissenschaftlichen Konzepten und verschiedenen politischen Perspektiven zusammen.

Zentrales Anliegen dieser Arbeit ist es gewesen die Datenlage zur GH Ausbildung im Medizinstudium zu verbessern und zu verstehen, wie GH in Deutschland unterrichtet wird und in Zukunft unterrichtet werden kann. Hierzu haben wir auf Basis der Interviews in Modellen gezeigt, wie GH verstanden wird, welche Themen dazu gehören, welche didaktischen Ansätze hilfreich sein können und was für die Zukunft wichtig ist. Dabei sticht insbesondere der interdisziplinäre Charakter hervor, und wie die Integration von GH-Aspekten in das Medizinstudium nicht nur dem Anliegen von GH dient, sondern auch zur Ausbildung kompetenter Ärztinnen und Ärzte beiträgt. Diese Arbeit kann damit die konkrete Entwicklung von GH-Angeboten unterstützen, die weitere Integration von GH in das Medizinstudium fördern und als Grundlage für weitere Projekte in der Lehrforschung dienen.

Gerade mit den dynamischen Prozessen zu GH in Deutschland und der Gründung des Global Health Hub Germany, der neuen GH-Strategie der Bundesregierung und dem Start der German Alliance for Global Health Research, lässt sich spekulieren, wieweit die Ergebnisse dieser Arbeit auch über das Medizinstudium hinaus hilfreiche Erkenntnisse zum Verständnis von GH beitragen können.

Im Bild des Umbrellas wird deutlich wie wichtig der richtige Abstand zwischen Lichtquelle, Umbrella und Projektionsfläche ist, um das Verhältnis zwischen genuinem GH-Kern und weiteren Aspekten im Halbschatten zu bestimmen (**Abbildung 10**, S. 44). Dieses Ringen um einen genuinen Kern von GH in Lehre, Forschung und Praxis bei gleichzeitiger pluralistischer Weite kann eine entscheidende Kraft im Diskurs um die weitere Entwicklung von GH und damit auch von unserer globalisierten Gesellschaft und der Gesundheit ihrer Mitglieder werden.

7 Abstract

Health and medicine in Germany are increasingly influenced by factors beyond national health systems, traditional country borders or international organisations. The flow and exchange of goods, information, human resources, patients and pathogens across countries change the way we understand health and its determinants and change the way we practice medicine. There is a growing worldwide demand to adapt the medical education to the impact of globalisation, among others by integrating Global Health into the medical curriculum. Until now there is no full consensus on the definition and understanding of Global Health.

This study uses a grounded-theory methodology based mixed-method design to gain insights into GH teaching within German medical education. We conducted 10 in-depth interviews with 11 experts and an online survey for participant validation to explore the understanding, teaching contents and didactics among German GH teachers.

Findings were categorised under four questions: (1) What is Global Health? (2) Which topics belong to Global Health? (3) How can Global Health be taught? and (4) What is important for the future of Global Health?

Within these findings we present the historical background of Global Health, its relationship with Public Health, International Health and Tropical Medicine, contents and main goals associated with Global Health, target groups of Global Health education, teaching forms, didactic approaches, integration into the medical curriculum and ideas for the future development of Global Health in German medical education and in general.

Central finding of this study is the understanding of Global Health as an umbrella term. The term was used by one interviewee and its concept reverberated in other interviews as well. Building on its metaphorical use, we developed the concept of a core and half shadow cast by an umbrella to illustrate how Global Health relates to other disciplines like Public Health and International Health or Tropical Medicine, and also how contents associated with Global Health can be part of the core aspects, that is the umbra, of Global Health or rather be part of the more diffuse penumbra.

As core element of Global Health, we identified the understanding of supraterritorial determinants of health. These determinants of health go beyond traditional borders and territories and are usually not covered by traditional models of socioeconomic determinants of health.

In our final model we demonstrate what this understanding of Global Health looks like and how it can be applied to Global Health training within the medical education. The globality and complexity of Global Health necessitate a transdisciplinary approach and innovative teaching forms. We show ways, how this can be integrated into the medical curriculum and how Global Health can serve the overall goal to educate medical doctors in the 21st century with an understanding for the global interdependencies that influence health, with intercultural competencies and a transformative approach that encourages responsibility and moral and political awareness.

To our knowledge this is the first study using in-depth interviews with Global Health teachers in medical education to explore their GH understanding and practice. Understanding Global Health as an umbrella term is a new concept that harmonises some of the existing discrepancies in Global Health definitions. By presenting supraterritorial determinants of health as its genuine core, we distinguish Global Health from more arbitrary understandings and argue for a unique perspective that cannot be covered by existing disciplines. Based on our interviews we can show how the Global Health understanding among German Global Health teachers in medical education reflects some of the international debates surrounding Global Health's colonial heritage and its normative demands. An awareness for these issues can be a chance to promote a broader learning and understanding in medicine by strengthening approaches from the social sciences. An analysis of the Global Health landscape in Germany and current political developments reveals its relevance for today's society and its growing recognition in national and international policies.

Understanding Global Health as an umbrella term can help shape future Global Health education, research and practice. Fostering its integration into the medical curriculum can contribute to educate medical professionals for this century equipped to meet the needs of a society in a globalised world.

8 Zusammenfassung

Gesundheit und Medizin werden zunehmend von Faktoren beeinflusst, die über nationale Gesundheitssysteme und traditionelle Ländergrenzen hinausgehen. Der Fluss und Austausch von Waren, Informationen, Arbeitskräften, Patienten und Krankheitserregern zwischen Ländern verändert unser Verständnis von Gesundheit, den Determinanten von Gesundheit und die Art und Weise in der Medizin praktiziert wird. Weltweit wird zunehmend gefordert die medizinische Ausbildung an den Einfluss der Globalisierung anzupassen, unter anderem durch die Integration von Global Health in das medizinische Curriculum. Doch bis jetzt gibt es keine einheitliche Definition oder einheitliches Verständnis von Global Health.

Diese Studie verwendet ein auf der Grounded Theory-Methodologie basierendes Mixed-Method-Design, um besser zu verstehen, wie GH in der medizinischen Ausbildung in Deutschland unterrichtet wird. Wir haben zehn Interviews mit elf Experten geführt und eine Online-Umfrage im Rahmen der Teilnehmervalidierung angeschlossen. Dabei ging es darum das Verständnis von GH, die Unterrichtsinhalte und die didaktische Vorgehensweise von Global Health-Lehrenden in Deutschland zu explorieren.

Die Interviewinhalte wurden in vier Hauptfragen kategorisiert: (1) Was ist Global Health? (2) Welche Themen gehören zu Global Health? (3) Wie kann Global Health unterrichtet werden? und (4) Was ist wichtig für die Zukunft von Global Health?

Als Ergebnisse zeigen wir die historische Entwicklung von Global Health, die Beziehung zu Public Health, International Health und Tropenmedizin, die Unterrichtsinhalte und -ziele, die Zielgruppen des Global Health-Unterrichts, Unterrichtsformen, didaktische Ansätze, Wege wie Global Health in das medizinische Curriculum integriert werden kann und Ideen zur Zukunft von Global Health im Allgemeinen und in der deutschen medizinischen Ausbildung.

Das zentrale Ergebnis dieser Studie ist das Verständnis von Global Health als Umbrella Term. Dieser Begriff wurde von einem der interviewten Experten in einem Nebensatz verwendet und fand in einer Reihe der Interviews großen Anklang. Die Metapher des „Umbrellas“ haben wir dann weiterentwickelt, um am Beispiel des Schirmes („Umbrella“), der hinter einer Lichtquelle einen Kernschatten und einen umgebenden Halbschatten wirft, das Verhältnis zwischen Global Health und anderen Disziplinen wie Public Health, International Health und Tropenmedizin zu verdeutlichen und aufzuzeigen, wie einige Themen zum klaren Kern von Global Health gehören, während andere eher vom diffuseren Halbschatten abgedeckt

werden. Im Kern von Global Health steht demnach das Verständnis der supraterritorialen Determinanten von Gesundheit. Diese Determinanten überschreiten traditionale Grenzen und Territorien und werden in der Regel nicht durch traditionelle Modelle der sozioökonomischen Gesundheitsdeterminanten erfasst.

In unserem abschließenden Modell zeigen wir, wie das konkret aussehen kann, insbesondere für die medizinische Ausbildung. Global Health erfordert auf Grund seiner bereits im Namen enthaltenen Globalität und der damit verbundenen Komplexität einen transdisziplinären Ansatz und innovative Unterrichtsformen. Wir zeigen, wie diese in das medizinische Curriculum integriert werden können und dem übergeordneten Ziel dienen, Ärztinnen und Ärzte für das 21. Jahrhundert auszubilden mit einem Verständnis für die globalen Abhängigkeiten und deren Einfluss auf die Gesundheit, mit interkulturellen Kompetenzen und einem transformativen Ansatz, der Verantwortungsübernahme, sowie ein moralisches und politisches Bewusstsein fördert.

Nach unserem Kenntnisstand ist dies die erste Studie, die ausführliche Interviews mit Global Health-Lehrenden in der medizinischen Ausbildung nutzt, um deren Global Health-Verständnis und -Praxis zu erkunden. Das Verständnis von Global Health als Umbrella Term ist dabei ein neues Konzept, das einige der Diskrepanzen zwischen bisherigen Global Health-Definitionen zusammenführt. Mit den supraterritorialen Determinanten von Gesundheit als genuiner Kern von Global Health wird eine sauberere Definition und Abgrenzung zu anderen Disziplinen, Fächern und Feldern erleichtert. Das Global Health-Verständnis der von uns interviewten Lehrenden in der medizinischen Ausbildung spiegelt dabei die internationalen Diskussionen um die normativen Ansprüche und das koloniale Erbe von Global Health wider. Das Bewusstsein für diese Themen kann dabei zu einer Stärkung der Sozialwissenschaften innerhalb der medizinischen Ausbildung und damit einem tiefergehenden Verständnis von Medizin im Allgemeinen beitragen. Die Analyse der deutschen Global Health-Landschaft und der aktuellen politischen Entwicklungen belegt die Relevanz von Global Health in der heutigen Gesellschaft und seine wachsende Bedeutung im nationalen und internationalen politischen Geschehen.

Das Verständnis von Global Health als Umbrella Term hat das Potential die weitere Zukunft von Global Health in Lehre, Forschung und Praxis mitzugestalten. Die Integration von Global Health in das medizinische Curriculum trägt dazu bei, Gesundheitsfachkräfte auf die Bedürfnisse einer globalisierten Welt in unserer Zeit vorzubereiten.

9 Literaturverzeichnis

- ABIMBOLA, S. 2019. The foreign gaze: authorship in academic global health. *BMJ Glob Health*, 4, e002068.
- ABLAH, E., BIBERMAN, D. A., WEIST, E. M., BUEKENS, P., BENTLEY, M. E., BURKE, D., FINNEGAN, J. R., JR., FLAHAULT, A., FRENK, J., GOTSCH, A. R., KLAG, M. J., RODRIGUEZ LOPEZ, M. H., NASCA, P., SHORTELL, S. & SPENCER, H. C. 2014. Improving global health education: development of a Global Health Competency Model. *Am J Trop Med Hyg*, 90, 560-5.
- ADAMS, L. V. & SOSIN, A. N. 2016. Beyond Visas and Vaccines: Preparing Students for Domestic and Global Health Engagement. *Annals of Global Health*, 82, 1056–1063.
- ADAMS, L. V., WAGNER, C. M., NUTT, C. T. & BINAGWAHO, A. 2016. The future of global health education: Training for equity in global health. *BMC medical education*, 16, 296.
- ADAMS, V., BEHAGUE, D., CADUFF, C., LOWY, I. & ORTEGA, F. 2019. Re-imagining global health through social medicine. *Glob Public Health*, 14, 1383-1400.
- ADLER-NISSEN, R. (ed.) 2013. *Bourdieu in International Relations*, Oxon: Routledge.
- AKCAY, M., DREES, S., GEFFERT, K., HAVEMANN, M., HOMMES, F., JAEHN, P., KRISAM, M., MOHSENPOUR, A., SELL, K., STRATIL, J. & VON PHILIPSBORN, P. 2019. [Public Health in Germany From The Perspective of Young Professionals]. *Gesundheitswesen*, 81, 176-181.
- AKIN, H. 2017. Overview of the Science of Science Communication. In: JAMIESON, K. H., KAHAN, D. M. & SCHEUFELE, D. A. (eds.) *The Oxford Handbook of the Science of Science Communication*.
- ALBANESE, M. A., MEJICANO, G., MULLAN, P., KOKOTAILO, P. & GRUPPEN, L. 2008. Defining characteristics of educational competencies. *Med Educ*, 42, 248-55.
- ALUTTIS, C., CLEMENS, T. & KRAFFT, T. 2017. Global health and domestic policy - What motivated the development of the German Global Health Strategy? *Glob Public Health*, 12, 1156-1168.
- ANDERSON, K. C., SLATNIK, M. A., PEREIRA, I., CHEUNG, E., XU, K. & BREWER, T. F. 2012. Are we there yet? Preparing Canadian medical students for global health electives. *Acad Med*, 87, 206-9.
- ANDREW, L. 2010. Two Regimes of Global Health. *Humanity: An International Journal of Human Rights, Humanitarianism, and Development*, 1, 59-79.
- ANNELLS, M. 1996. Grounded Theory Method: Philosophical Perspectives, Paradigm of Inquiry, and Postmodernism. *Qual Health Res*, 6, 379-393.
- ARKINSTALL, J., CHILDS, M., MENGHANEY, L., FORD, N. & VON SCHOEN-ANGERER, T. 2011. The reality behind the rhetoric: How European policies risk harming access to generic medicines in developing countries. *Journal of Generic Medicines: The Business Journal for the Generic Medicines Sector*, 8, 14-22.
- ARNASON, V. 1994. Towards authentic conversations. Authenticity in the patient-professional relationship. *Theor Med*, 15, 227-42.
- ARTHUR, M. A., BATTAT, R. & BREWER, T. F. 2011. Teaching the basics: core competencies in global health. *Infect Dis Clin North Am*, 25, 347-58.
- ASGARY, R., SAENGER, P., JOPHLIN, L. & BURNETT, D. C. 2013. Domestic global health: a curriculum teaching medical students to evaluate refugee asylum seekers and torture survivors. *Teach Learn Med*, 25, 348-57.
- ASKHEIM, C., HEGGEN, K. & ENGBRETSEN, E. 2015. Politics and Power in Global Health: The Constituting Role of Conflicts Comment on "Navigating Between Stealth Advocacy and Unconscious Dogmatism: The Challenge of Researching the Norms, Politics and Power of Global Health". *International Journal of Health Policy and Management*, 5, 117-119.

- B20 HEALTH INITIATIVE 2017. Stepping Up Global Health Towards Resilient, Responsible and Responsive Health Systems. Berlin.
- BADGLEY, R., MITTON, G., CARPENTER, H., ROBINSON, C., CHANT ROBINSON, E., GOODACRE, R., LLOYD JONES, T., DOUGHTY, J. & OSBORN, J. 1963. Social Sciences and Public Health. *Canadian Journal of Public Health*, 54, 147-163.
- BALASEGARAM, M., BALASEGARAM, S., MALVY, D. & MILLET, P. 2008. Neglected diseases in the news: a content analysis of recent international media coverage focussing on leishmaniasis and trypanosomiasis. *PLoS Negl Trop Dis*, 2, e234.
- BALLARD, K. & ELSTON, M. A. 2005. Medicalisation: A Multi-dimensional Concept. *Social Theory & Health*, 3, 228-241.
- BANTA, J. E. 2001. From international health to global health. *J Community Health*, 26, 73-6; discussion 77.
- BATTAT, R., SEIDMAN, G., CHADI, N., CHANDA, M. Y., NEHME, J., HULME, J., LI, A., FARIDI, N. & BREWER, T. F. 2010. Global health competencies and approaches in medical education: a literature review. *BMC Med Educ*, 10, 94.
- BEAGLEHOLE, R. & BONITA, R. 2010. What is global health? *Glob Health Action*, 3.
- BEAGLEHOLE, R., BONITA, R., HORTON, R., ADAMS, O. & MCKEE, M. 2004. Public health in the new era: improving health through collective action. *The Lancet*, 363, 2084-2086.
- BEAGLEHOLE, R. & DAL POZ, M. R. 2003. Public health workforce: challenges and policy issues. *Hum Resour Health*, 1, 4.
- BENATAR, S. 1995. Change and coping with change. *Journal of the Royal College of Physicians in London*, 29, 436-441.
- BENATAR, S. R. 2009. Global Health: Where to Now? *Global Health Governance*, 2.
- BENATAR, S. R., GILL, S. & BAKKER, I. 2009. Making progress in global health: the need for new paradigms. *International Affairs*, 85, 347-371.
- BENELLI, E. 2003. The role of the media in steering public opinion on healthcare issues. *Health Policy*, 63, 179-186.
- BERAN, D., BYASS, P., GBAKIMA, A., KAHN, K., SANKOH, O., TOLLMAN, S., WITHAM, M. & DAVIES, J. 2017. Research capacity building—obligations for global health partners. *The Lancet Global Health*, 5, e567-e568.
- BERGENHEIM, S. 2018. The population, its health and social sciences. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 35, 84-90.
- BERGNER, S. & VOSS, M. 2020. EU Global Health Policy: An Agenda for the German Council Presidency. *SWP Comment*, 12.
- BERNER-RODOREDA, A., REHFUESS, E. A., KLIPSTEIN-GROBUSCH, K., COBELENS, F., RAVIGLIONE, M., FLAHAUT, A., CASAMITJANA, N., FROSCHL, G., SKORDIS-WORRAL, J., ABUBAKAR, I., ASHRAFIAN, H., AGARDH, A., VISSER, L., SCHULTSZ, C., PLASENCIA, A., JAHN, A., NORTON, R., VAN LEEUWEN, R., HAGANDER, L. & BARNIGHAUSEN, T. 2019. Where is the 'global' in the European Union's Health Research and Innovation Agenda? *BMJ Glob Health*, 4, e001559.
- BGM. 2018. *Neue Schwerpunkte für die globale Gesundheitspolitik: Bundesgesundheitsministerium im Austausch mit nichtstaatlichen Organisationen* [Online]. Berlin: Bundesgesundheitsministerium. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2018/september/globale-gesundheitspolitik.html> [Abgerufen am 30.11.2019].
- BIEHL, J. 2016. Theorizing global health. *Medicine Anthropology Theory*, 3.
- BIEHL, J. & PETRYNA, A. 2013. *When People Come First: Critical Studies in Global Health*, Princeton, New Jersey, Princeton University Press.
- BIRN, A.-E. 2014. Philanthrocapitalism, past and present: The Rockefeller Foundation, the Gates Foundation, and the setting(s) of the international/ global health agenda. *Hypothesis*, 12.
- BIRT, L., SCOTT, S., CAVERS, D., CAMPBELL, C. & WALTER, F. 2016. Member Checking: A Tool to Enhance Trustworthiness or Merely a Nod to Validation? *Qual Health Res*.

- BLAAS, S. H., MUTTERLEIN, R., WEIG, J., NEHER, A., SALZBERGER, B., LEHN, N. & NAUMANN, L. 2008. Extensively drug resistant tuberculosis in a high income country: a report of four unrelated cases. *BMC Infect Dis*, 8, 60.
- BLOOM, B. R., FINEBERG, H. V., CAMPBELL, J., FEACHEM, R. G. A., FRENK, J., JAMISON, D. T., KENNEDY, E. T., KLEINMAN, A., PAUL, W. E., ROSENFELD, A., ROSENFELD, P. L., RYAN, T. J., SCRIMSHAW, S., OSBORN, J. E., BRYANT, J. H., FOEGE, W. H. & RALL, D. P. 1997. *America's Vital Interest in Global Health: Protecting Our People, Enhancing Our Economy, and Advancing Our International Interests*. Board on International Health, Institute of Medicine, PRESS, N. A.
- BMBF 2017. Beschlusstext Masterplan Medizinstudium 2020. Berlin.
- BMBF. 2020. *Gebündelte Expertise für globale Gesundheit* [Online]. URL: <https://www.bmbf.de/de/gebuendelte-expertise-fuer-globale-gesundheit-10783.html> [Abgerufen am 03.06.2020].
- BOGNER, A., LITTIG, B. & MENZ, W. 2014. *Interviews mit Experten Eine praxisorientierte Einführung*, Wiesbaden, Srpinger Fachmedien.
- BOGNER, A. & MENZ, W. 2009. The Theory-generating Expert Interview: Epistemological Interest, Forms of Knowledge, Interaction. In: BOGNER, A., LITTIG, B. & MENZ, W. (eds.) *Interviewing Experts*. Hampshire: Palgrave Macmillan.
- BOLLINGER, R. C., MCKENZIE-WHITE, J. & GUPTA, A. 2011. Building a Global Health Education Network for Clinical Care and Research. The Benefits and Challenges of Distance Learning Tools. Lessons Learned from the Hopkins Center for Clinical Global Health Education. *Infectious Disease Clinics of North America*, 25, 385–398.
- BONK, M. 2018. *Positionspapier der Think Tank Gruppe für die Globale Gesundheitsstrategie der Bundesregierung*. Berlin, E.V., I. F. G. G.
- BÖSNER, S., PICKERT, J. & STIBANE, T. 2015. Teaching differential diagnosis in primary care using an inverted classroom approach: student satisfaction and gain in skills and knowledge. *BMC Med Educ*, 15, 63.
- BOZINOFF, N., DORMAN, K. P., KERR, D., ROEBBELEN, E., ROGERS, E., HUNTER, A., O'SHEA, T. & KRAEKER, C. 2014. Toward reciprocity: host supervisor perspectives on international medical electives. *Medical education*, 48, 397–404.
- BOZORGMEHR, K. 2010. Rethinking the 'global' in global health: a dialectic approach. *Globalization and health*, 6, 19.
- BOZORGMEHR, K., BRUCHHAUSEN, W. & HEIN, W. 2013. Germany and global health: an unfinished agenda? *Lancet*.
- BOZORGMEHR, K., DIETERICH, A. & OFFE, J. 2019. UN concerned about the right to health for migrants in Germany. *The Lancet*, 393, 1202-1203.
- BOZORGMEHR, K., MENZEL-SEVERING, J., SCHUBERT, K. & TINNEMANN, P. 2010a. Global Health Education: a cross-sectional study among German medical students to identify needs, deficits and potential benefits (Part 2 of 2: Knowledge gaps and potential benefits). *BMC medical education*, 10, 67.
- BOZORGMEHR, K., SAINT, V. A. & TINNEMANN, P. 2011. The 'global health' education framework: a conceptual guide for monitoring, evaluation and practice. *Globalization and health*, 7, 8.
- BOZORGMEHR, K., SCHUBERT, K., MENZEL-SEVERING, J. & TINNEMANN, P. 2010b. Global Health Education: a cross-sectional study among German medical students to identify needs, deficits and potential benefits (Part 1 of 2: Mobility patterns & educational needs and demands). *BMC medical education*, 10, 66.
- BRAVEMAN, P. 2006. Health disparities and health equity: concepts and measurement. *Annu Rev Public Health*, 27, 167-94.
- BREUER, F. 2010. *Reflexive Grounded Theory: Eine Einführung für die Forschungspraxis*.
- BREWER, T. F. & HALL, T. 2009. *Global Health Essential Core Competencies*. Joint US / Canadian Committee on Global Health Core Competencies.
- BROOKS, M. A. 2009. Medical education and the tyranny of competency. *Perspect Biol Med*, 52, 90-102.

- BROOKS, N. J. 2010. Spiral Curriculum. In: KRIDEL, C. (ed.) *Encyclopedia of Curriculum Studies*.
- BROWN, G. W. 2015. Knowledge, politics and power in global health: Comment on "Knowledge, moral claims and the exercise of power in global health". *Int J Health Policy Manag*, 4, 111-3.
- BROWN, L. D. 2014. Towards defining interprofessional competencies for global health education: drawing on educational frameworks and the experience of the UW-Madison Global Health Institute. *Journal of Law, Medicine & Ethics*.
- BROWN, T. M., CUETO, M. & FEE, E. 2006. The World Health Organization and the transition from "international" to "global" public health. *American journal of public health*, 96, 62-72.
- BROWN, T. M. & FEE, E. 2014. Social movements in health. *Annu Rev Public Health*, 35, 385-98.
- BRUCHHAUSEN, W. 2010. ['Biomedicine' in anthropological literature. The career of a concept between analysis and polemics]. *NTM*, 18, 497-522.
- BRUCHHAUSEN, W. & TINNEMANN, P. 2011. Global Health in der Medizinischen Ausbildung. *Deutsches Ärzteblatt*, 108, 2223-2224.
- BRUEN, C. & BRUGHA, R. 2014. A ghost in the machine? Politics in global health policy. *Int J Health Policy Manag*, 3, 1-4.
- BRUNER, J. S. 1960. *The Process of Education*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.
- BUCHBINDER, E. 2010. Beyond Checking: Experiences of the Validation Interview. *Qualitative Social Work*, 10, 106-122.
- BUNDESREGIERUNG 2013. Globale Gesundheitspolitik gestalten – gemeinsam handeln – Verantwortung wahrnehmen: Konzept der Bundesregierung. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit, Referat Globale Gesundheitspolitik.
- BUNYAVANICH, S. & WALKUP, R. B. 2001. US public health leaders shift toward a new paradigm of global health. *American journal of public health*, 91, 1556-1558.
- BURNS, D. & HOWARD, J. 2015. Introduction: What is the Unique Contribution of Volunteering to International Development? *IDS Bulletin*, 46.
- BUSE, K., DRAGER, N., HEIN, W., DAL, B. & LEE, K. 2009. Global Health Governance: the Emerging Agenda. In: BUSE, K., HEIN, W. & DRAGER, N. (eds.) *Making Sense of Global Health Governance*.
- BVMD 2009. *Lehre am Puls der Zeit: Global Health in der medizinischen Ausbildung: Positionen, Lernziele und methodische Empfehlungen*. In: BOZORGMEHR, K., LAST, K., MEISNER, T., MENZEL-SEVERING, J., MÜLLER, A., ÖZBAY, J., THILKE, K. & SCHUBERT, K. (eds.). Bonn: Globalisation and Health Initiative (GandHI), bvmd.
- BVMD 2018. *Position der Jugend zu der neuen Strategie der Bundesregierung zu Globaler Gesundheit*.
- BYASS, P. 2013. Is global health really global? *Glob Health Action*, 6, 1-3.
- CALHOUN, J. G., SPENCER, H. C. & BUEKENS, P. 2011. Competencies for global health graduate education. *Infectious disease clinics of North America*, 25, 575-92, viii.
- CAMPBELL, R. M., PLEIC, M. & CONNOLLY, H. 2012. The importance of a common global health definition: How Canada's definition influences its strategic direction in global health. *J Glob Health*, 2, 010301.
- CARLSON, J. A. 2010. Avoiding Traps in Member Checking. *The Qualitative Report*, 15.
- CHARMAZ, K. 2016. The Power of Constructivist Grounded Theory for Critical Inquiry. *Qualitative Inquiry*, 23, 34-45.
- CHEN, X. 2014. Understanding the development and perception of global health for more effective student education. *The Yale journal of biology and medicine*, 87, 231-240.
- CHU, K. M., JAYARAMAN, S., KYAMANYWA, P. & NTAKIYIRUTA, G. 2014. Building research capacity in Africa: equity and global health collaborations. *PLoS Med*, 11, e1001612.

- CISNEROS-PUEBLA, C. A. 2007. "To learn to think conceptually": Juliet Corbin in conversation with Cesar A. Cisneros-Puebla. *Historical Social Research, Supplement*, 80-92.
- CLARK, A. M. 2008. Critical Realism. In: GIVEN, L. M. (ed.) *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods*.
- CLARK, J. 2014. Medicalization of global health 1: has the global health agenda become too medicalized? *Global health action*, 7, 23998.
- CLARK, M., RAFFRAY, M., HENDRICKS, K. & GAGNON, A. J. 2016. Global and public health core competencies for nursing education: A systematic review of essential competencies. *Nurse Educ Today*, 40, 173-80.
- COMMITTEE ON THE U.S. COMMITMENT TO GLOBAL HEALTH 2009. The U.S. Commitment to Global Health: Recommendations for the Public and Private Sectors. In: INSTITUT OF MEDICINE OF THE NATIONAL ACADEMIES (ed.). Washington, D.C.: National Academic Press.
- COOK, D. A., LEVINSON, A. J., GARSIDE, S., DUPRAS, D. M., ERWIN, P. J. & MONTORI, V. M. 2008. Internet-based learning in the health professions: a meta-analysis. *JAMA*, 300, 1181-96.
- COOK, D. A. & TRIOLA, M. M. 2014. What is the role of e-learning? Looking past the hype. *Med Educ*, 48, 930-7.
- CORBIN, J. M. & STRAUSS, A. L. 2015a. *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*.
- CORBIN, J. M. & STRAUSS, A. L. 2015b. Theoretical Sampling. *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Fourth edition ed.
- CRANE, J. 2011. Scrambling for Africa? Universities and global health. *The Lancet*, 377, 1388-1390.
- CRANTON, P. & CARUSETTA, E. 2016. Perspectives on Authenticity in Teaching. *Adult Education Quarterly*, 55, 5-22.
- CRESWELL, J. W. & MILLER, D. L. 2000. Determining Validity in Qualitative Inquiry. *Theory Into Practice*, 39, 124-130.
- CRUICKSHANK, J. 2012. Positioning positivism, critical realism and social constructionism in the health sciences: a philosophical orientation. *Nurs Inq*, 19, 71-82.
- CRUMP, J. A. & SUGARMAN, J. 2010. Ethics and best practice guidelines for training experiences in global health. *The American journal of tropical medicine and hygiene*, 83, 1178-1182.
- CSDH 2008. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Commission on Social Determinants of Health, WORLD HEALTH ORGANIZATION, C. O. S. D. O. H.
- CUMMING, H. S. 1926. The International Sanitary Conference. *American journal of public health*, 16.
- D'SOUZA, R. S., D'SOUZA, S., STRAND, N., ANDERSON, A., VOGT, M. N. P. & OLATOYE, O. 2020. YouTube as a source of medical information on the novel coronavirus 2019 disease (COVID-19) pandemic. *Glob Public Health*, 15, 935-942.
- DE COCK, K. M., SIMONE, P. M., DAVISON, V. & SLUTSKER, L. 2013. The new global health. *Emerg Infect Dis*, 19, 1192-7.
- DELL, E. M., VARPIO, L., PETROSONIAK, A., GAJARIA, A. & MCCARTHY, A. 2014. The ethics and safety of medical student global health electives. *Int J Med Educ*, 5, 63-72.
- DENZIN, N. K. & LINCOLN, Y. S. 2017. *The SAGE Handbook of Qualitative Research*, SAGE Publications.
- DEPOUX, A., MARTIN, S., KARAFILLAKIS, E., PREET, R., WILDER-SMITH, A. & LARSON, H. 2020. The pandemic of social media panic travels faster than the COVID-19 outbreak. *J Travel Med*, 27.
- DEWEY, J. 1938. *Logic, the Theory of Inquiry*, H. Holt.

- DIEL, R., NIENHAUS, A., LAMPENIUS, N., RUSCH-GERDES, S. & RICHTER, E. 2014. Cost of multi drug resistance tuberculosis in Germany. *Respir Med*, 108, 1677-87.
- DILGER, H. & MATTES, D. 2018. Im/mobilities and dis/connectivities in medical globalisation: How global is Global Health? *Glob Public Health*, 13, 265-275.
- DING, Y., PULFORD, J. & BATES, I. 2020. Practical actions for fostering cross-disciplinary global health research: lessons from a narrative literature review. *BMJ Glob Health*, 5.
- DOTCHIN, C., VAN DEN ENDE, C. & WALKER, R. 2010. Delivering global health teaching: the development of a global health option. *Clin Teach*, 7, 271-5.
- DRAGER, N., WOODWARD, D., BEAGLEHOLE, R. & LIPSON, D. 2001. Globalization and the Health of the Poor. *Development*, 44, 73-76.
- DRAIN, P. K., PRIMACK, A., HUNT, D. D., FAWZI, W. W., HOLMES, K. & GARDNER, P. 2007. Global Health in Medical Education: A Call for More Training and Opportunities. *Acad Med*, 82, 226-30.
- DROBAC, P. & MORSE, M. 2016. Medical Education and Global Health Equity. *AMA J Ethics*, 18, 702-9.
- DURNING, S. J., DONG, T., ARTINO JR, A. R., LAROCHELLE, J., PANGARO, L., VAN DER VLEUTEN, C. & SCHUWIRTH, L. W. T. 2012. Instructional Authenticity and Clinical Reasoning in Undergraduate Medical Education: A 2-Year, Prospective, Randomized Trial. *Military Medicine*, 177, 38-43.
- DUSSAULT, G., FRONTEIRA, I. & CABRAL, J. 2009. *Migration of health personnel in the WHO European Region*. WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION, T. R. O. F. E.
- EAGHA. 2012. *Global Health Education Declaration 1.0* [Online]. European Academic Global Health Alliance. URL: www.eagha.org [Abgerufen am 19.12.2017].
- EDWARDS, R., ROWSON, M. & PIACHAUD, J. 2001. Teaching international health issues to medical students. *Medical education*, 35, 807-808.
- EICHBAUM, Q. G., ADAMS, L. V., EVERT, J., HO, M. J., SEMALI, I. A. & VAN SCHALKWYK, S. C. 2020. Decolonizing Global Health Education: Rethinking Institutional Partnerships and Approaches. *Acad Med*.
- ELLIS, M., ACHORA, S., ALDER, D., BARYASHABA, A., ANDERSON, E. & COOK, J. 2012. e-Learning for north-south global health partnership students. *Medical education*, 46, 1127-1128.
- ELMENDORF, E. 2010. Global Health: Then and Now. *UN Chronicle*, 47, 11-14.
- ENGBRETSSEN, E. & HEGGEN, K. 2015. Powerful concepts in global health: Comment on "Knowledge, moral claims and the exercise of power in global health". *International journal of health policy and management*, 4, 115-117.
- ERIKSON, S. L. 2015. Secrets from Whom? *Current Anthropology*, 56, S306-S316.
- EUROBAROMETER 2015. *The European Year for Development: Citizens' views on Development, Cooperation and Aid. Special Eurobarometer*. COMMISSION, E.
- EUROBAROMETER 2016. *Antimicrobial Resistance. Flash Eurobarometer*. COMMISSION, E.
- EUROPEAN COMMISSION 2010. *The EU Role in Global Health*. Brussels.
- EVERT 2006. Components of a Curriculum in Global Health. In: HALL, T. (ed.) *Developing Global Health Curricula: A Guidebook of US Medical Schools*. Washington DC: Global health Education Consortium.
- FALK-RAFAEL, A. 2006. Globalization and global health: toward nursing praxis in the global community. *ANS Adv Nurs Sci*, 29, 2-14.
- FARMER, P., KIM, J. Y., KLEINMAN, A. & BASILICO, M. 2013. *Reimagining global health: An introduction*, Berkeley, University of California Press.
- FARMER, P. E. & RHATIGAN, J. J. 2016. Embracing Medical Education's Global Mission. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*.
- FAUCI, A. S. & EISINGER, R. W. 2018. PEPFAR - 15 Years and Counting the Lives Saved. *N Engl J Med*, 378, 314-316.
- FENG, Y. 2020. The global health community needs innovation and reform. *The Lancet Global Health*, 8, e325-e326.

- FINCHER, S. & TENENBERG, J. 2005. Making sense of card sorting data. *Expert Systems*, 22, 89-93.
- FLAHAULT, A., GEISSBUHLER, A., GUESSOUS, I., GUERIN, P. J., BOLON, I., SALATHE, M. & ESCHER, G. 2017. Precision global health in the digital age. *Swiss Med Wkly*, 147, w14423.
- FORMAN, L. 2019. What do human rights bring to discussions of power and politics in health policy and systems? *Glob Public Health*, 14, 489-502.
- FRENK, J., CHEN, L., BHUTTA, Z. A., COHEN, J., CRISP, N., EVANS, T., FINEBERG, H., GARCIA, P., KE, Y., KELLEY, P., KISTNASAMY, B., MELEIS, A., NAYLOR, D., PABLOS-MENDEZ, A., REDDY, S., SCRIMSHAW, S., SEPULVEDA, J., SERWADDA, D. & ZURAYK, H. 2010. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376, 1923-1958.
- FRENK, J. & GÓMEZ-DANTÉS, O. 2017. False dichotomies in global health: the need for integrative thinking. *The Lancet*, 389, 667-670.
- FRENK, J., GÓMEZ-DANTÉS, O. & MOON, S. 2014. From sovereignty to solidarity: a renewed concept of global health for an era of complex interdependence. *The Lancet*, 383, 94-97.
- FRENK, J. & MOON, S. 2013. Governance challenges in global health. *N Engl J Med*, 368, 936-42.
- FRIED, L. P., BENTLEY, M. E., BUEKENS, P., BURKE, D. S., FRENK, J. J., KLAG, M. J. & SPENCER, H. C. 2010. Global health is public health. *Lancet*, 375, 535-537.
- FRIEDLAND, L. A. & KONIECZNA, M. 2011. *The Field of Nonprofit Funding of Journalism in the United States*. In: WORMER, H. (ed.). Dortmund, Germany, DORTMUND, T. U. O.
- G20 2017. *Berlin Declaration of the G20 Health Ministers: Together Today for a Health Tomorrow*.
- GABRYSCH, S. & JAEHN, P. 2018. Germany must invest in its global health academic workforce. *The Lancet*, 391, 656-657.
- GAGNON, M. L. & LABONTE, R. 2013. Understanding how and why health is integrated into foreign policy - a case study of health is global, a UK Government Strategy 2008-2013. *Global Health*, 9, 24.
- GALE, N. K., HEATH, G., CAMERON, E., RASHID, S. & REDWOOD, S. 2013. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *Bmc Medical Research Methodology*, 13.
- GALLO, R. C. & MONTAGNIER, L. 2003. The discovery of HIV as the cause of AIDS. *N Engl J Med*, 349, 2283-5.
- GARRETT, L. 2013. *Existential Challenges to Global Health*. NEW YORK UNIVERSITY, C. O. I. C.
- GARRETT, L. 2020. COVID-19: the medium is the message. *The Lancet*, 395, 942-943.
- GAUTIER, L., SIELEUNOU, I. & KALOLO, A. 2018. Deconstructing the notion of "global health research partnerships" across Northern and African contexts. *BMC Med Ethics*, 19, 49.
- GEFFERT, K., HAGEDORN, C., HAVEMANN, M., HOMMES, F., SCHWIENHORST-STICH, E.-M. & STRATIL, J. 2018. Ein Netzwerk für Lernende und Lehrende im Bereich Globaler Gesundheit. *Das Gesundheitswesen*, 80, 91-91.
- GERHARDUS, A., BÄRNIGHAUSEN, T., BRUCHHAUSEN, W., JAHN, A., KOHLER, S., RAZUM, O. & REHFUESS, E. A. 2018. *Positionspapier der Wissenschaft zur Neuen Strategie der Bundesregierung zu Globaler Gesundheit*. HEALTH, D. G. F. P.
- GERHARDUS, A., RAZUM, O. & ZEEB, H. 2015. Reforming public and global health research in Germany. *The Lancet*, 386, 852.
- GHCOP BERLIN. 2017. *About us* [Online]. Berlin: Global Health Student Community of Practice in Berlin. URL: <https://globalhealthcharite.wordpress.com/> [Abgerufen am 06.06.2020].

- GIACOMINI, M. K. & COOK, D. J. 2000. Users' guides to the medical literature: XXIII. Qualitative research in health care A. Are the results of the study valid? Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA*, 284, 357-62.
- GINSBURG, S., MCILROY, J., OULANOVA, O., EVA, K. & REGEHR, G. 2010. Toward authentic clinical evaluation: pitfalls in the pursuit of competency. *Acad Med*, 85, 780-6.
- GKIOULEKA, A., HUIJTS, T., BECKFIELD, J. & BAMBRA, C. 2018. Understanding the micro and macro politics of health: Inequalities, intersectionality & institutions - A research agenda. *Soc Sci Med*, 200, 92-98.
- GLASER, B. 2007. Constructivist Grounded Theory? *Historical Social Research, Supplement*, 19, 93-105.
- GLASER, B. & HOLTON, J. A. 2004. Remodeling Grounded Theory. *Forum: Qualitative Social Research*, 5.
- GLASER, B. & STRAUSS, A. 1967. *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*, New York, Adline Publishing Company.
- GLEESON, C. 2010. Education beyond competencies: a participative approach to professional development. *Med Educ*, 44, 404-11.
- GLICKMAN, L. B., RAMBOB, I. & LEE, M. C. 2016. Global Learning Experiences, Interprofessional Education, and Knowledge Translation: Examples From the Field. *Ann Glob Health*, 82, 1048-1055.
- GMA ADVISORY BOARD 2019. Position of the advisory and executive board of the German Association for Medical Education (GMA) regarding the "masterplan for medical studies 2020". *GMS J Med Educ*, 36, Doc46.
- GOLAFSHANI 2003. Understanding Reliability and Validity in Qualitative Research. *The Qualitative Report*, 8, 597-607.
- GOLDNER, B. W. & BOLLINGER, R. C. 2012. Global health education for medical students: New learning opportunities and strategies. *Medical teacher*, 34, e58-63.
- GOODELL, A. J., KAHN, J. G., NDEKI, S. S., KAALE, E., KAAAYA, E. E. & MACFARLANE, S. B. J. 2016. Modeling solutions to Tanzania's physician workforce challenge. *Global health action*, 9, 31597.
- GÖPFERT, A., MOHAMEDBHAI, H., MISE, J., DRIESSEN, A., SHAKIL, A., FITZMAURICE, A. & GRAHAM, W. 2014. Do medical students want to learn about global health? *Global health action*, 7, 23943.
- GOSTIN, L. O. & FRIEDMAN, E. A. 2017. Global Health: A Pivotal Moment Of Opportunity And Peril. *Health Aff (Millwood)*, 36, 159-165.
- GOSTIN, L. O., MEIER, B. M., THOMAS, R., MAGAR, V. & GHEBREYESUS, T. A. 2018. 70 years of human rights in global health: drawing on a contentious past to secure a hopeful future. *The Lancet*, 392, 2731-2735.
- GOSTIN, L. O. & SRIDHAR, D. 2014. Global health and the law. *N Engl J Med*, 370, 1732-40.
- GREEN, A. 2019a. *The activists trying to 'decolonize' global health* [Online]. Berlin: Devex.com. URL: devex.com/news/the-activists-trying-to-decolonize-global-health-94904 [Abgerufen am 03.07.2020].
- GREEN, A. 2019b. Germany's Global Health hub. *The Lancet*, 393.
- GREEN, J., WILLIS, K., HUGHES, E., SMALL, R., WELCH, N., GIBBS, L. & DALY, J. 2007. Generating best evidence from qualitative research: the role of data analysis. *Aust N Z J Public Health*, 31, 545-50.
- GRÖHE, H. 2017. Together today for a healthy tomorrow—Germany's role in global health. *The Lancet*.
- GROSSE FRIE, K. 2019. German-African Cooperation in Global Health: The Role of Social Sciences in Higher Education Degree Studies, Training, and Research Projects. *Zeitschrift für internationale Bildungsforschung und Entwicklungspädagogik*, 42, 37-32.
- GRUNER, D., POTTIE, K., ARCHIBALD, D., ALLISON, J., SABOURIN, V., BELCAID, I., MCCARTHY, A., BRINDAMOUR, M., AUGUSTINCIC POLEC, L. & DUKE, P. 2015.

- Introducing global health into the undergraduate medical school curriculum using an e-learning program: a mixed method pilot study. *BMC medical education*, 15, 142.
- GUBA, E. G. & LINCOLN, Y. S. 1994. Competing Paradigms in Qualitative Research. In: DENZIN, N. K. & LINCOLN, Y. S. (eds.) *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage.
- GUO, C. & SAXTON, G. D. 2013. Tweeting Social Change. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 43, 57-79.
- HAGLIN, K., CHAPMAN, D., MOTTA, M. & KAHAN, D. 2019. How Localized Outbreaks and Changes in Media Coverage Affect Zika Attitudes in National and Local Contexts. *Health Commun*, 1-12.
- HALL, A. 2006. Whose progress? The language of global health. *J Med Philos*, 31, 285-304.
- HALPAAP, B. M., TUCKER, J. D., MATHANGA, D., JUBAN, N., AWOR, P., SARAVIA, N. G., HAN, L., DE VILLIERS, K., KITAMURA, M., CUERVO, L. G., PEELING, R. & REEDER, J. C. 2020. Social innovation in global health: sparking location action. *The Lancet Global Health*, 8, e633-e634.
- HANEWALD, B., VOGELBUSCH, O., HEATHCOTE, A., TEICHMANN, F. S., YAZGAN, B., KNIPPER, M., GALLHOFER, B. & STINGL, M. 2017. A Concept of Clinical Care for Refugees on a General Psychiatric Ward. *Journal of Psychology & Psychotherapy*, 07.
- HANRIEDER, T. 2018. Aus der Ferne sieht man besser: Erweckungserlebnisse im globalen Süden verändern das Medizinstudium. *WZB Mitteilungen*.
- HANRIEDER, T. 2019. How Do Professions Globalize? Lessons from the Global South in US Medical Education. *International Political Sociology*, 13, 296-314.
- HANRIEDER, T. & KREUDER-SONNEN, C. 2014. WHO decides on the exception? Securitization and emergency governance in global health. *Security Dialogue*, 45, 331-348.
- HARMER, A., LEE, K. & PETTY, N. 2015. Global health education in the United Kingdom: a review of university undergraduate and postgraduate programmes and courses. *Public health*, 129, 797-809.
- HARP, T. M., MCKENNA, M., SHUTE, N. & RUTZ, D. 2005. Media, Law and the Public's Health. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 33, 64-65.
- HARRIS, I. 2003. What Does Grounded Theory have to Say to Medical Education? *Advances in Health Sciences Education*, 8, 49-61.
- HASTINGS, A., DOWELL, J. & ELIASZ, M. K. 2014. Medical student electives and learning outcomes for global health: a commentary on behalf of the UK Medical Schools Elective Council. *Medical teacher*, 36, 355-357.
- HAWKINS, R. E., WELCHER, C. M., HOLMBOE, E. S., KIRK, L. M., NORCINI, J. J., SIMONS, K. B. & SKOCHELAK, S. E. 2015. Implementation of competency-based medical education: are we addressing the concerns and challenges? *Med Educ*, 49, 1086-102.
- HECK, J. E. & PUST, R. 1993. A National Consensus on the Essential International-health Curriculum for Medical Schools. *Acad Med*, 68, 596-8.
- HELD, D., MCGREW, A., GOLDBLATT, D. & PERRATON, J. 1999. The Globalization Debate. *Global Transformations: Politics, Economics and Culture*.
- HERZIG VAN WEES, S. & HOLMER, H. 2020. Global health beyond geographical boundaries: reflections from global health education. *BMJ Glob Health*, 5.
- HEYMANN, D. L., CHEN, L., TAKEMI, K., FIDLER, D. P., TAPPERO, J. W., THOMAS, M. J., KENYON, T. A., FRIEDEN, T. R., YACH, D., NISHTAR, S., KALACHE, A., OLLIARO, P. L., HORBY, P., TORREELE, E., GOSTIN, L. O., NDOMONDO-SIGONDA, M., CARPENTER, D., RUSHTON, S., LILLYWHITE, L., DEVKOTA, B., KOSER, K., YATES, R., DHILLON, R. S. & RANNAN-ELIYA, R. P. 2015. Global health security: the wider lessons from the west African Ebola virus disease epidemic. *The Lancet*, 385, 1884-1901.
- HILGERS, J. & ROOS, P. D. 2007. European core curriculum--the students' perspective, Bristol, UK, 10 July 2006. *Medical teacher*, 29, 270-275.
- HILTS, P. 2008. Commentary: Global health acquires a meaning different from international health. *J Public Health Policy*, 29, 404-5.

- HM GOVERNMENT 2008. *Health is Global: A UK Government Strategy 2008-13*. UK Government, Ministry of Health, HER MAJESTY'S GOVERNMENT, U. K.
- HO, A. D., CHUANG, I., REICH, J., COLEMAN, C. A., WHITEHILL, J., NORTHCUTT, C. G., WILLIAMS, J. J., HANSEN, J. D., LOPEZ, G. & PETERSEN, R. 2015. HarvardX and MITx: Two Years of Open Online Courses Fall 2012-Summer 2014. *SSRN Electronic Journal*.
- HOCHSCHULREKTORENKONFERENZ 2017. *Empfehlung der 22. Mitgliederversammlung der HRK am 9. Mai 2017 in Bielefeld zur Internationalisierung der Curricula*. Berlin.
- HODGES, S. 2012. The Global Menace. *Soc Hist Med*, 25, 719-728.
- HOFFART, N. 1991. A member check procedure to enhance rigor in naturalistic research. *Western journal of nursing research*, 13, 522-34.
- HOFSTETTER, C., OPOLINER, A., MIRANDA, G. A. G., HARTMANN, A., SCHWIENHORST-STICH, E.-M., PARISI, S., STICH, A., FAZEKAS, C., MANHAL, S., SCHENKELI, E. & KNIPPER, M. Embracing the Giant: Eine Fallstudie über die Integration eines „Global Health“-MOOCs in Präsenzveranstaltungen an vier Universitäten in Deutschland, Österreich und Mexiko. Gemeinsame Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) und des Arbeitskreises zur Weiterentwicklung der Lehre in der Zahnmedizin (AKWLZ), 2017 Münster. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House.
- HOLMES, S. M., GREENE, J. A. & STONINGTON, S. D. 2014. Locating global health in social medicine. *Global public health*, 9, 475-480.
- HOLST, J. 2019a. Global Health – Hope oder Hype? *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, 19, 7-15.
- HOLST, J. 2019b. Global Health: Öffentliche Gesundheit in Theorie und Praxis. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed*, 54, 215-218.
- HOLTON, J. A. 2008. Grounded Theory as a General Research Methodology. *Grounded Theory Review*, 07.
- HOMMES, F., DREES, S., GEFFERT, K., PHILIPSBORN, P. V. & STRATIL, J. 2019. [Representation of Social Determinants of Health in German Medical Education]. *Gesundheitswesen*.
- HOMMES, F., VON PHILIPSBORN, P., GEFFERT, K. & KARDUCK, L. 2016. [A Contribution to the Current Debate on Public and Global Health in Germany]. *Gesundheitswesen*, 78, 126-9.
- HORTON, R. 2013. Offline: Is global health neocolonialist? *The Lancet*, 382, 1690.
- HORTON, R., BEAGLEHOLE, R., BONITA, R., RAEBURN, J., MCKEE, M. & WALL, S. 2014. From public to planetary health: a manifesto. *The Lancet*, 383, 847.
- HOUP, E. R., PEARSON, R. D. & HALL, T. 2007. Three Domains of Competency in Global Health Education: Recommendations for All Medical Students. *Acad Med*, 82, 222-225.
- HUANG, Y. 2020. Emerging Powers and Global Health Governance. In: MCINNES, C., LEE, K. & YOUDE, J. (eds.) *The Oxford Handbook of Global Health Politics*.
- HUANG, Y. & LEUNG, C. C. M. 2005. Western-Led Press Coverage of Mainland China and Vietnam during the SARS Crisis: Reassessing the Concept of 'Media Representation of the Other'. *Asian Journal of Communication*, 15, 302-318.
- HUBER, V. 2006. The Unification of the Globe by Disease? The International Sanitary Conferences on Cholera, 1851-1894. *The Historical Journal*, 49, 453-476.
- HUYNEN, M. & MARTENS, P. 2016. Health in a borderless world: global health complexity. In: CÖRVERS, R., DE KRAKER, J., KEMP, R., MARTENS, P. & VAN LENTE, H. (eds.) *Sustainable Development Research at ICIS: Taking stock and looking ahead*. Maastricht: ICIS, Maastricht University.
- HUYNEN, M. M., MARTENS, P. & HILDERINK, H. B. 2005. The health impacts of globalization: a conceptual framework. *Global Health*, 1, 14.
- IABGH 2019. *Erklärung des Internationalen Beratergremiums zu globaler Gesundheit*. INTERNATIONAL ADVISORY BOARD ON GLOBAL HEALTH.

- INGRAM, A. 2020. Critical Approaches to Global Health. In: MCINNES, C., LEE, K. & YOUDE, J. (eds.) *The Oxford Handbook of Global Health Politics*.
- INSTITUT FÜR GLOBALE GESUNDHEIT. 2018. *Definitionen* [Online]. Berlin. URL: <https://institut-fuer-globale-gesundheit.de/wp-content/uploads/2018/11/IGGB-Definitionen-2018.pdf> [Abgerufen am 03.07.2020].
- JAHN, A., BOZORGMEHR, K. & MÜLLER, O. 2015. Reforming public and global health research in Germany. *The Lancet*, 386, 851-852.
- JAIN, S. C. 1991. Global health: emerging frontier of international health. *Asia Pac J Public Health*, 5, 112-4.
- JAMA 1894. International Sanitary Conference. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, XXII.
- JANES, C. R. & CORBETT, K. K. 2009. Anthropology and Global Health. *Annual Review of Anthropology*, 38, 167-183.
- JOGERST, K., CALLENDER, B., ADAMS, V., EVERT, J., FIELDS, E., HALL, T., OLSEN, J., ROWTHORN, V., RUDY, S., SHEN, J., SIMON, L., TORRES, H., VELJI, A. & WILSON, L. L. 2015. Identifying interprofessional global health competencies for 21st-century health professionals. *Annals of global health*, 81, 239-247.
- JOHNSON, O., BAILEY, S. L., WILLOTT, C., CROCKER-BUQUE, T., JESSOP, V., BIRCH, M., WARD, H. & YUDKIN, J. S. 2012. Global health learning outcomes for medical students in the UK. *Lancet*, 379, 2033-2035.
- KAFFES, I., MOSER, F., PHAM, M., OETJEN, A. & FEHLING, M. 2016. Global health education in Germany: an analysis of current capacity, needs and barriers. *BMC Med Educ*, 16, 304.
- KALBARCZYK, A., NAGOURNEY, E., MARTIN, N. A., CHEN, V. & HANSOTI, B. 2019. Are you ready? A systematic review of pre-departure resources for global health electives. *BMC Med Educ*, 19, 166.
- KARDUCK, L., BEHNKE, A. L., BAIER, A., GOTHAM, D., GRABITZ, P., LENNARTZ, N., SPEER, L., TINNEMANN, P. & BRUCHHAUSEN, W. 2020. Global health research and education at medical faculties in Germany. *PLoS One*, 15, e0231302.
- KASPER, J., GREENE, J. A., FARMER, P. E. & JONES, D. S. 2016. All Health Is Global Health, All Medicine Is Social Medicine. *Academic Medicine*, 91, 628-632.
- KAY, A. & WILLIAMS, O. D. 2009. *Global Health Governance: Crisis, Institutions and Political economy*, Hampshire, England, Palgrave Macmillan.
- KELLE, U. 2005. "Emergence" vs. "Forcing" of Empirical Data? A Crucial Problem of "Grounded Theory" Reconsidered. *Forum: Qualitative Social Research*, 6, 27.
- KENNEDY, T. J. T. & LINGARD, L. A. 2006. Making sense of grounded theory in medical education. *Medical education*, 40, 101-108.
- KEYNEJAD, R. C. 2016. Global health partnership for student peer-to-peer psychiatry e-learning: Lessons learned. *Globalization and health*, 12, 82.
- KHAN, M. S., LAKHA, F., TAN, M. M. J., SINGH, S. R., QUEK, R. Y. C., HAN, E., TAN, S. M., HALDANE, V., GEA-SÁNCHEZ, M. & LEGIDO-QUIGLEY, H. 2019. More talk than action: gender and ethnic diversity in leading public health universities. *The Lancet*, 393, 594-600.
- KICKBUSCH, I. 2006. The need for a European strategy on global health. *Scand J Public Health*, 34, 561-5.
- KICKBUSCH, I. 2009. Moving Global Health Governance Forward. *Making Sense of Global Health Governance*. Palgrave Macmillan.
- KICKBUSCH, I. 2013. A Game Change in Global Health: The Best Is Yet to Come. *Public Health Reviews*, 35.
- KICKBUSCH, I. 2019. *Deutschland muss noch mehr in Globale Gesundheit investieren!* *International Reports of the Konrad-Adenauer-Stiftung*.
- KICKBUSCH, I., FRANZ, C., HOLZSCHEITER, A., HUNGER, I., JAHN, A., KÖHLER, C., RAZUM, O. & SCHMIDT, J.-O. 2017. Germany's expanding role in global health. *The Lancet*.

- KICKBUSCH, I. & IVANOVA, M. 2013. The History and Evolution of Global Health Diplomacy. In: KICKBUSCH, I. (ed.) *Global Health Diplomacy: Concepts, Issues, Actors, Instruments, Fora and Cases*. New York: Springer Science+Business Media.
- KICKBUSCH, I. & LISTER, G. 2006. European perspectives on global health: a policy glossary. European Foundation Centre.
- KICKBUSCH, I., SOTTAS, B. & TRACHSEL, M. 2012. *Gesundheitspolitik trifft Bildungspolitik: Neuausrichtung der Ausbildung für Gesundheitsfachleute*. Careum Dialog. Zürich, CAREUM.
- KIM, H., NOVAKOVIC, U., MUNTANER, C. & HAWKES, M. T. 2019. A critical assessment of the ideological underpinnings of current practice in global health and their historical origins. *Glob Health Action*, 12, 1651017.
- KING, N. B. 2016. Security, Disease, Commerce: Ideologies of Postcolonial Global Health. *Social Studies of Science*, 32, 763-789.
- KING, N. B. & KOSKI, A. 2020. Defining global health as public health somewhere else. *BMJ Global Health*, 5.
- KITCHENHAM, A. 2008. The Evolution of John Mezirow's Transformative Learning Theory. *Journal of Transformative Education*, 6, 104-123.
- KLEINMAN, A. 2010. Four social theories for global health. *The Lancet*, 375, 1518-1519.
- KNIPPER, M., BAUMANN, A., HOFSTETTER, C., KORTE, R. & KRAWINKEL, M. 2015. Internationalizing Medical Education: The Special Track Curriculum 'Global Health' at Justus Liebig University Giessen. *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung*, 32, Doc52.
- KNIPPER, M. & HOFSTETTER, C. 2015, 24.03.2015. A Global Online Course Gets Locally Grounded: An experiment and the results. *Inside Higher Education* [Online]. URL: <https://www.insidehighered.com/blogs/higher-ed-gamma/global-online-course-gets-locally-grounded> [Abgerufen am 06.06.2020].
- KNIPPER, M. & PUTZ, R. 2016. Internationalisierung der Curricula in der Medizin. In: HOCHSCHULREKTORENKONFERENZ (ed.). Hochschulrektorenkonferenz.
- KÖLLNER, B., GERING, J., MELKOSEROV, N., BUCH, S., MEASHO, Y., REIGL, L. & SECTOR PROJECTS "STRENGTHENING OF HEALTH SYSTEMS" AND "TECHNICAL VOCATIONAL EDUCATION AND TRAINING" 2016. *Employment Promotion in the Health Sector of Developing Countries*. Bonn, (GIZ), D. G. F. I. Z.
- KOPLAN, J. P., BOND, T. C., MERSON, M. H., REDDY, K. S., RODRIGUEZ, M. H., SEWANKAMBO, N. K. & WASSERHEIT, J. N. 2009. Towards a common definition of global health. *The Lancet*, 373, 1993-1995.
- KORDA, H. & ITANI, Z. 2013. Harnessing social media for health promotion and behavior change. *Health Promot Pract*, 14, 15-23.
- KOSTKOVA, P. 2015. Grand challenges in digital health. *Front Public Health*, 3, 134.
- KRAUSZ, M. 2002. *Is there a single right interpretation?*, Pennsylvania, Pennsylvania State University Press.
- KREBER, C. 2009. Academics' teacher identities, authenticity and pedagogy. *Studies in Higher Education*, 35, 171-194.
- KREBER, C. & KLAMPFLEITNER, M. 2012. Construing the Meaning of Authenticity in University Teaching: Comparing Explicit to Implicit Theories. *Journal of Constructivist Psychology*, 25, 34-69.
- KREBER, C., KLAMPFLEITNER, M., MCCUNE, V., BAYNE, S. & KNOTTENBELT, M. 2007. What Do You Mean By "Authentic"? A Comparative Review of the Literature On Conceptions of Authenticity in Teaching. *Adult Education Quarterly*, 58, 22-43.
- KRESSING, F. 2013. Vorstellung der Global Health Alliance Deutschland. *Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung*.
- KUCKARTZ, U. 2014. *Qualitative Text Analysis: A Guide to Methods, Practice and Using Software*, SAGE Publications.
- KUPFERSCHMIDT, K. 2018. Germany steps up to the plate in global health. *Science*, 359, 17-18.

- LABONTE, R. & GAGNON, M. L. 2010. Framing health and foreign policy: lessons for global health diplomacy. *Global Health*, 6, 14.
- LABONTE, R. & SCHRECKER, T. 2007. Globalization and social determinants of health: Introduction and methodological background (part 1 of 3). *Global Health*, 3, 5.
- LANCET GH 2020. Decolonising COVID-19. *The Lancet Global Health*, 8, e612.
- LARSON, E., GEORGE, A., MORGAN, R. & POTEAT, T. 2016. 10 Best resources on... intersectionality with an emphasis on low- and middle-income countries. *Health Policy Plan*, 31, 964-9.
- LEE, A. Y. L. 2005. Between Global and Local: The Glocalization of Online News Coverage on the Trans-regional Crisis of SARS. *Asian Journal of Communication*, 15, 255-273.
- LEE, K. 2001. Globalization - a new agenda for health? In: MCKEE, M., GARNER, P. & STOTT, R. (eds.) *International Co-operation in Health*. Oxford: Oxford University Press.
- LEE, K. 2003. *Globalization and Health: An Introduction*, Palgrave Macmillan UK.
- LEE, K., BUSE, K. & FUSTUKIAN, S. (eds.) 2002. *Health Policy in a Globalising World*: Cambridge University Press.
- LEFF, D. R., PROTESS, D. L. & BROOKS, S. C. 1986. Crusading Journalism: Changing Public Attitudes and Policy-Making Agendas. *Public Opinion Quarterly*, 50.
- LEON-HIMMELSTINE, C. & PINET, M. 2020. How can Covid-19 be the catalyst to decolonise development research? *From Poverty to Power* [Online]. URL: <https://oxfamblogs.org/fp2p/how-can-covid-19-be-the-catalyst-to-decolonise-development-research/> [Abgerufen am 03.07.2020].
- LEOPOLDINA 2015. *Public Health in Germany - Structures, Developments and Global Challenges*. Halle (Saale): Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, acatech – Deutsche Akademie der Technikwissenschaften, Union der deutschen Akademien der Wissenschaften, NATIONALE AKADEMIE DER WISSENSCHAFTEN LEOPOLDINA, A. D. A. D. T., UNION DER DEUTSCHEN AKADEMIEN DER WISSENSCHAFTEN.
- LETOURNEAU, N. & ALLEN, M. 1999. Post-positivistic critical multiplism: a beginning dialogue. *Journal of advanced nursing*, 30, 626-630.
- LEUNG, W. C. 2002. Competency based medical training: review. *BMJ*, 325, 693-6.
- LEVIN INSTITUTE. 2019. *Globalization 101: Health and Globalization* [Online]. The State University of New York. URL: www.globalization101.org [Abgerufen am 21.11.2019 2019].
- LIU, Y., ZHANG, Y., LIU, Z. & WANG, J. 2015. Gaps in studies of global health education: an empirical literature review. *Global Health Action*, 8, 25709.
- LOH, L. C., CHERNIAK, W., DREIFUSS, B. A., DACSO, M. M., LIN, H. C. & EVERT, J. 2015. Short term global health experiences and local partnership models: a framework. *Global Health*, 11, 50.
- LU, P. M., PARK, E. E., RABIN, T. L., SCHWARTZ, J. I., SHEARER, L. S., SIEGLER, E. L. & PECK, R. N. 2018. Impact of Global Health Electives on US Medical Residents: A Systematic Review. *Annals of Global Health*, 84.
- LUDWIG, S., DHATT, R. & KICKBUSCH, I. 2018. Women in Global Health—Germany network. *The Lancet*, 392, 120-121.
- MABRY, P. L., OLSTER, D. H., MORGAN, G. D. & ABRAMS, D. B. 2008. Interdisciplinarity and systems science to improve population health: a view from the NIH Office of Behavioral and Social Sciences Research. *Am J Prev Med*, 35, S211-24.
- MAC-SEING, M., LE NOGUE, D., BAGAYOKO, C. O., SY, A., DUMAS, J. L., DUNBAR, W., SICOTTE, C., NORDLINGER, B., DE GAUDEMAR, J. P., MAOUCHE, R. & FLAHAULT, A. 2019. Make visible the invisible: innovative strategies for the future of global health. *BMJ Glob Health*, 4, e001693.
- MACFARLANE, S. B., AGABIAN, N., NOVOTNY, T. E., RUTHERFORD, G. W., STEWART, C. C. & DEBAS, H. T. 2008a. Think globally, act locally, and collaborate internationally: global health sciences at the University of California, San Francisco. *Acad Med*, 83, 173-9.

- MACFARLANE, S. B., JACOBS, M. & KAAYA, E. E. 2008b. In the name of global health: trends in academic institutions. *Journal of public health policy*, 29, 383–401.
- MARA, D., LANE, J., SCOTT, B. & TROUBA, D. 2010. Sanitation and health. *PLoS Med*, 7, e1000363.
- MARMOT, M. 2005. Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365, 1099-1104.
- MARMOT, M. 2017. Social justice, epidemiology and health inequalities. *Eur J Epidemiol*, 32, 537-546.
- MARUŠIĆ, A. 2013. Global health - multiple definitions, single goal. *Annali dell'Istituto superiore di sanità*, 49, 2–3.
- MATLIN, S. A., KICKBUSCH, I., SCHÄFFNER, E. & STÖCKEMANN, S. 2015. *Comparison of Research and Education in Global Health in France and Germany. Workshop Report.* Centre Virchow-Villermé.
- MATSUMURA, H., NISHIMURA, Y., HORIUCHI, H., HIGASHIRA, T., KITA, Y. & NISHIZAWA, H. 2019. G20 Okayama Health Ministers' Meeting: lessons learned and way forward. *Global Health & Medicine*, 1, 65-70.
- MAYS, N. & POPE, C. 2000. Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. *Bmj*, 320, 50-2.
- MCCOOL, J., CUSSEN, A. & AMERATUNGA, S. 2011. Media reporting of global health issues and events in New Zealand daily newspapers. *Health Promot J Austr*, 22, 228-30.
- MCCOY, D. & SINGH, G. 2014. A spanner in the works? anti-politics in global health policy: Comment on "A ghost in the machine? politics in global health policy". *Int J Health Policy Manag*, 3, 151-3.
- MCKEE, M., GILMORE, A. B. & SCHWALBE, N. 2005a. International cooperation and health. Part 2: making a difference. *J Epidemiol Community Health*, 59, 737-9.
- MCKEE, M., GILMORE, A. B. & SCHWALBE, N. 2005b. International cooperation and health. Part I: Issues and concepts. *J Epidemiol Community Health*, 59, 628-31.
- MCKEE, M., STOTT, R. & GARNER, P. 2001. *International Co-Operation in Health.* Oxford, UK: Oxford University Press.
- MENNIN, S. 2010. Self-organisation, integration and curriculum in the complex world of medical education. *Med Educ*, 44, 20-30.
- MERRIAM-WEBSTER. 2017. *umbrella* [Online]. URL: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/umbrella> [Abgerufen am 19/05/17].
- MERSON, M. H., BLACK, R. E. & MILLS, A. J. 2006. *International public health: diseases, programs, systems, and policies*, Sudbury, MA, Jones and Bartlett Publishers.
- MERSON, M. H., BLACK, R. E. & MILLS, A. J. 2012. *Global Health: Diseases, Programs, Systems and Policies*, Burlington, MA, Jones&Bartlett Learning.
- MEUSER, M. & NAGEL, U. 1991. ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: GARZ, D. & KRAIMER, K. (eds.) *Qualitativ-empirische Sozialforschung*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- MEUSER, M. & NAGEL, U. 2009. The Expert Interview and Changes in Knowledge Production. In: BOGNER, A., LITTIG, B. & MENZ, W. (eds.) *Interviewing Experts*. Hampshire: Palgrave Macmillan.
- MEWS, C., SCHUSTER, S., VAJDA, C., LINDTNER-RUDOLPH, H., SCHMIDT, L. E., BÖSNER, S., GUZELSOY, L., KRESSING, F., HALLAL, H., PETERS, T., GESTMANN, M., HEMPEL, L., GRUTZMANN, T., SIEVERS, E. & KNIPPER, M. 2018. Cultural Competence and Global Health: Perspectives for Medical Education - Position paper of the GMA Committee on Cultural Competence and Global Health. *GMS J Med Educ*, 35, Doc28.
- MEY, G. & MRUCK, K. 2010. Grounded-Theory-Methodologie. *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien GmbH.
- MFT 2015. *Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin*. Berlin: MFT Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e.V. und der GMA Gesellschaft für Medizinische Ausbildung e.V., E.V., M. F. D. B. D.

- MILES, A. 2009. Complexity in medicine and healthcare: people and systems, theory and practice. *J Eval Clin Pract*, 15, 409-10.
- MILLS, J., BONNER, A. & FRANCIS, K. 2006. Adopting a constructivist approach to grounded theory: implications for research design. *Int J Nurs Pract*, 12, 8-13.
- MONROE-WISE, A., KIBORE, M., KIARIE, J., NDUATI, R., MBURU, J., DRAKE, F. T., BREMNER, W., HOLMES, K. & FARQUHAR, C. 2014. The Clinical Education Partnership Initiative: an innovative approach to global health education. *BMC medical education*, 14, 1043.
- MONTENEGRO, C. R., BERNALES, M. & GONZALEZ-AGUERO, M. 2020. Teaching global health from the south: challenges and proposals. *Critical Public Health*, 30, 127-129.
- MORRISON, J. 2004. Where now for problem based learning? *The Lancet*, 363, 174.
- MORSE, J. M. 1995. The Significance of Saturation. *Qualitative Health Research*, 5, 147-149.
- MORSE, J. M., BARRETT, M., MAYAN, M., OLSON, K. & SPIERS, J. 2002. Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1, 13-22.
- MRUCK, K. & MEY, G. 2007. Grounded Theory and Reflexivity. In: BRYANT, A. & CHARMAZ, K. (eds.) *The SAGE Handbook of Grounded Theory*. London: SAGE Publications Ltd.
- MSF 2011-2019. *International Activity Reports 2010-2018*. Geneva, INTERNATIONAL, M.
- MURDOCH-EATON, D., REDMOND, A. & BAX, N. 2011. Training healthcare professionals for the future: internationalism and effective inclusion of global health training. *Medical teacher*, 33, 562-569.
- MUSHTAQ, M. U. 2009. Public health in british India: a brief account of the history of medical services and disease prevention in colonial India. *Indian J Community Med*, 34, 6-14.
- MYLOPOULOS, M., BRYDGES, R., WOODS, N. N., MANZONE, J. & SCHWARTZ, D. L. 2016. Preparation for future learning: a missing competency in health professions education? *Med Educ*, 50, 115-23.
- NAGEL, T. 2005. The Problem of Global Justice. *Philos Public Aff*, 33, 113-147.
- NATURE 1885. The International Sanitary Conference of Rome. *Nature*, 33, 25-25.
- NELSON, B. D., SALTZMAN, A. & LEE, P. T. 2012. Bridging the global health training gap: Design and evaluation of a new clinical global health course at Harvard Medical School. *Medical teacher*, 34, 45-51.
- OBELENE, V. 2009. Expert versus Researcher. Ethical Considerations in the Process of Bargaining a Study. In: BOGNER, A., LITTIG, B. & MENZ, W. (eds.) *Interviewing Experts*. Hampshire: Palgrave Macmillan.
- ONG, A. & COLLIER, S. J. 2005. *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*, Blackwell Publishing.
- ONI, T., YUDKIN, J. S., FONN, S., ADONGO, P., KASEJE, M., AJUWON, A., DOYAL, L. & LONDON, L. 2019. Global public health starts at home: upstream approaches to global health training. *The Lancet Global Health*, 7, e301-e302.
- OOMS, G. 2014. From international health to global health: how to foster a better dialogue between empirical and normative disciplines. *BMC Int Health Hum Rights*, 14, 36.
- OOMS, G. 2015. Navigating Between Stealth Advocacy and Unconscious Dogmatism: The Challenge of Researching the Norms, Politics and Power of Global Health. *Int J Health Policy Manag*, 4, 641-4.
- OOMS, G. & HAMMONDS, R. 2014. Right to health and global public health research: from tensions to synergy? *Trop Med Int Health*, 19, 620-624.
- OOMS, G., HAMMONDS, R., DECOSTER, K. & VAN DAMME, W. 2011. Global Health - What it has been so far, what it should be, and what it could become.
- OOMS, G., KEYGNAERT, I. & HAMMONDS, R. 2019. The right to health: from citizen's right to human right (and back). *Public Health*, 172, 99-104.
- OPHIR, Y. 2019. The Effects of News Coverage of Epidemics on Public Support for and Compliance with the CDC- An Experimental Study. *J Health Commun*, 24, 547-558.
- OTTEN, A. L. 1992. The influence of the mass media on health policy. *Health Aff (Millwood)*, 11, 111-8.

- OTTERSEN, O. P., DASGUPTA, J., BLOUIN, C., BUSS, P., CHONGSUWIVATWONG, V., FRENK, J., FUKUDA-PARR, S., GAWANAS, B. P., GIACAMAN, R., GYAPONG, J., LEANING, J., MARMOT, M., MCNEILL, D., MONGELLA, G. I., MOYO, N., MØGEDAL, S., NTSALUBA, A., OOMS, G., BJERTNESS, E., LIE, A. L., MOON, S., ROALKVAM, S., SANDBERG, K. I. & SCHEEL, I. B. 2014. The political origins of health inequity: prospects for change. *The Lancet*, 383, 630-667.
- OWEN, J. W. & ROBERTS, O. 2005. Globalization, health and foreign policy: emerging linkages and interests. *Global Health*, 1, 12.
- PATTON, M. Q. 1999. Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Serv Res*, 34, 1189-208.
- PAVLI, A., TSIODRAS, S. & MALTEZOU, H. C. 2014. Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV): prevention in travelers. *Travel Med Infect Dis*, 12, 602-8.
- PELUSO, M. J., ENCANDELA, J., HAFLER, J. P. & MARGOLIS, C. Z. 2012. Guiding principles for the development of global health education curricula in undergraduate medical education. *Medical teacher*, 34, 653-658.
- PETERS, I. 2014. Too Abstract to Be Feasible? Applying the Grounded Theory Method in Social Movement Research.
- PFADENHAUER, M. 2009. At Eye Level: The Expert Interview - a Talk between Expert and Quasi-Expert. In: BOGNER, A., LITTIG, B. & MENZ, W. (eds.) *Interviewing Experts*. Hampshire: Palgrave Macmillan.
- PFEIFFER, J., BESCHTA, J., HOHL, S., GLOYD, S., HAGOPIAN, A. & WASSERHEIT, J. 2013. Competency-based curricula to transform global health: redesign with the end in mind. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 88, 131-136.
- PIOT, P. 2013. *No time to lose: A life in pursuit of deadly viruses*, New York, NY, W.W. Norton & Company.
- PLSEK, P. E. & GREENHALGH, T. 2001. Complexity science: The challenge of complexity in health care. *BMJ*, 323, 625-8.
- POPE, C. & MAYS, N. 2006. *Qualitative Research in Health Care*, Oxford, Blackwell Publishing Ltd.
- PORTEN, K., FAENSEN, D. & KRAUSE, G. 2006. SARS Outbreak in Germany 2003: Workload of Local Health Departments and Their Compliance in Quarantine Measures— Implications for Outbreak Modeling and Surge Capacity? *J Public Health Manag Pract*, 12, 242-247.
- POWERS, B. W., NAVATHE, A. S. & JAIN, S. H. 2014. Medical education's authenticity problem. *Bmj*, 348, g2651-g2651.
- PRIDEAUX, D. 2019. The global-local tension in medical education: turning 'think global, act local' on its head? *Med Educ*, 53, 25-31.
- PROTSIV, M., ATKINS, S. & CONSORTIUM, A. 2016. The experiences of lecturers in African, Asian and European universities in preparing and delivering blended health research methods courses: a qualitative study. *Glob Health Action*, 9, 28149.
- QUINN, T. C. 2008. The Johns Hopkins Center for Global Health: transcending borders for world health. *Acad Med*, 83, 134-42.
- RANGEL DE ALMEIDA, J. J. 2012. *The 1851 International Sanitary Conference and the construction of an international sphere of public health*. PhD in Science and Technology Studies, The University of Edinburgh.
- RAZUM, O., BECHER, H., KAPAUN, A. & JUNGHANSS, T. 2003. SARS, lay epidemiology, and fear. *The Lancet*, 361, 1739-1740.
- REDWOOD-CAMPBELL, L., PAKES, B., ROULEAU, K., MACDONALD, C. J., ARYA, N., PURKEY, E., SCHULTZ, K., DHATT, R., WILSON, B., HADI, A. & POTTIE, K. 2011. Developing a curriculum framework for global health in family medicine: emerging principles, competencies, and educational approaches. *BMC medical education*, 11, 46.
- REICHERTZ, J. 2007. Abduction: the logic of discovery of Grounded Theory. In: BRYANT, A. & CHARMAZ, K. (eds.) *The SAGE handbook of Grounded Theory*. London: Sage.

- REICHERTZ, J. 2010. Abduction: The Logic of Discovery of grounded Theory. *Forum: Qualitative Social Research*, 11.
- RENNIE, D. L. 2005. Die Methodologie der Grounded Theory als methodische Hermeneutik : zur Versöhnung von Realismus und Relativismus. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung*, 6, 85-104.
- RESNICOW, K. & PAGE, S. E. 2008. Embracing Chaos and Complexity: A Quantum Change for Public Health. *Am J Public Health*, 98, 1382-9.
- RICHTER-KUHLMANN, E. 2017. Masterplan Medizinstudium 2020: Jahr der Entscheidung. *Deutsches Ärzteblatt*, 114, A12-14.
- ROBINSON, K. 1999. *All Our Futures: Creativity, Culture and Education*. NACCCE. National Advisory Committee on Creative and Cultural Education.
- ROBINSON, K. 2001. *Unlocking Creativity: A Strategy for Development*.
- ROSE, N. 2007. Beyond medicalisation. *The Lancet*, 369, 700-702.
- ROWSON, M., SMITH, A., HUGHES, R., JOHNSON, O., MAINI, A., MARTIN, S., MARTINEAU, F., MIRANDA, J. J., POLLIT, V., WAKE, R., WILLOTT, C. & YUDKIN, J. S. 2012a. The evolution of global health teaching in undergraduate medical curricula.
- ROWSON, M., WILLOTT, C., HUGHES, R., MAINI, A., MARTIN, S., MIRANDA, J. J., POLLIT, V., SMITH, A., WAKE, R. & YUDKIN, J. S. 2012b. Conceptualising global health: theoretical issues and their relevance for teaching. *Globalization and Health*, 8, 36.
- ROWTHORN, V. & OLSEN, J. 2014. All Together Now: Developing a Team Skills Competency Domain for Global Health Education.
- RUGER, J. P. 2005. The Changing Role of the World Bank in Global Health. *American journal of public health*, 95, 60-70.
- RUSHTON, S. 2015. The politics of researching global health politics Comment on "Knowledge, moral claims and the exercise of power in global health". *Int J Health Policy Manag*, 4, 311-4.
- SADLER, J. Z., JOTTERAND, F., LEE, S. C. & INRIG, S. 2009. Can medicalization be good? Situating medicalization within bioethics. *Theor Med Bioeth*, 30, 411-25.
- SAIDIA, P., EMILY, F. & MLAWI, V. 2013. *Where are the Doctors? Tracking Medical Doctors in Tanzania*. Dar es Salaam, TANZANIA, S. A. T. M. A. O.
- SANDELOWSKI, M. & BARROSO, J. 2003. Classifying the findings in qualitative studies. *Qual Health Res*, 13, 905-23.
- SCHOLTE, J. A. 2005. *Globalization: A critical Introduction*, Basingstoke, Hampshire, Palgrave Macmillan.
- SCHOLTE, J. A. 2008. Defining Globalisation. *The World Economy*, 31, 1471-1502.
- SCHOLTE, J. A. 2014. Jan Aart Scholte (Interview). *Globalizations*, 11, 503-513.
- SCHRECKER, T. 2020. Towards a Critical Political Economy of Global Health. In: MCINNES, C., LEE, K. & YOUDE, J. (eds.) *The Oxford Handbook of Global Health Politics*.
- SCHUBERT, K., ÖZBAY, J. & TINNEMANN, P. 2009. *Hier und Dort*, Berlin, Globalisation and Health Initiative (GandHI).
- SCOTT, M., BUNCE, M. & WRIGHT, K. 2019. Foundation Funding and the Boundaries of Journalism. *Journalism Studies*, 20, 2034-2052.
- SEIFALIAN, A., OSBORNE, A., GURUNG, B., NORTON, E., HAMPAL, R., BANDYOPADHYAY, S., CAO, J. L. L., HOERNKE, K., MITCHELL, E., EGBIVWIE, N., SOLOMOU, G., KARPONIS, D., KHAN, P. & JOSHI, Y. 2019. Improving foundations for future global health practitioners. *The Lancet*, 393, 641-642.
- SEN, A. 2002. Why health equity? *Health Econ*, 11, 659-66.
- SHADLEN, K. C., SAMPAT, B. N. & KAPCZYNSKI, A. 2019. Patents, trade and medicines: past, present and future. *Review of International Political Economy*, 27, 75-97.
- SHAH, S., LIN, H. C. & LOH, L. C. 2019. A Comprehensive Framework to Optimize Short-Term Experiences in Global Health (STEGH). *Globalization and Health*, 15.
- SHANNON, G., JANSEN, M., WILLIAMS, K., CÁCERES, C., MOTTA, A., ODHIAMBO, A., ELEVELD, A. & MANNELL, J. 2019. Gender equality in science, medicine, and global health: where are we at and why does it matter? *The Lancet*, 393, 560-569.

- SHAWAR, Y. R. & RUGER, J. P. 2020. The Politics of Global Health Inequalities. In: MCINNES, C., LEE, K. & YOUDE, J. (eds.) *The Oxford Handbook of Global Health Politics*. Oxford University Press.
- SHEATH, D. J., CASTAÑEDA, R. R. D., BEMPONG, N.-E., RAVIGLIONE, M., MACHALABA, C., PEPPER, M. S., VAYENA, E., RAY, N., WERNLI, D., ESCHER, G., GREY, F., ELGER, B. S., HELBING, D., KLEINEBERG, K.-K., BERAN, D., MIRANDA, J. J., HUFFMAN, M. D., HERSCH, F., ANDAYI, F., THUMBI, S. M., D'ACREMONT, V., HARTLEY, M.-A., ZINSSTAG, J., LARUS, J., RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, M., GUERIN, P. J., MERSON, L., NGYUEN, V.-K., RÜHLI, F., GEISSBUHLER, A., SALATHÉ, M., BOLON, I., BOEHME, C., BERKLEY, S., VALLERON, A.-J., KEISER, O., KAISER, L., ECKERLE, I., UTZINGER, J. & FLAHAULT, A. 2020. Precision global health: a roadmap for augmented action. *Journal of Public Health and Emergency*, 4, 5-5.
- SHELTON, R. C., HATZENBUEHLER, M. L., BAYER, R. & METSCH, L. R. 2017. Future Perfect? The Future of the Social Sciences in Public Health. *Front Public Health*, 5, 357.
- SHIFFMAN, J. 2014. Knowledge, moral claims and the exercise of power in global health. *Int J Health Policy Manag*, 3, 297-9.
- SHIRKY, C. 2011. The Political Power of Social Media: Technology, the Public Sphere, and Political Change. *Foreign Affairs*, 90, 28-41.
- SIRILI, N., KIWARA, A., GASTO, F., GOICOLEA, I. & HURTIG, A. K. 2017. Training and deployment of medical doctors in Tanzania post-1990s health sector reforms: assessing the achievements. *Hum Resour Health*, 15, 27.
- SMITH R & RICHARDS, T. 2002. Medicine in the age of global interdependence. *BMJ*, 324, 309-10.
- SMITH, S. L. & SHIFFMAN, J. 2020. The Politics of Global Health Agenda Setting. In: MCINNES, C., LEE, K. & YOUDE, J. (eds.) *The Oxford Handbook of Global Health Politics*. Oxford University Press.
- SNELL, L. S. & FRANK, J. R. 2010. Competencies, the tea bag model, and the end of time. *Med Teach*, 32, 629-30.
- SOLAR, O. & IRWIN, A. 2010. *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva, ORGANIZATION, W. H.
- SOROKA, S. N. 2016. Media, Public Opinion, and Foreign Policy. *Harvard International Journal of Press/Politics*, 8, 27-48.
- STAPLETON, F. B., WAHL, P. W., NORRIS, T. E. & RAMSEY, P. G. 2006. Addressing Global Health Through the Marriage of Public Health and Medicine: Developing the University of Washington Department of Global Health. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 81, 897-901.
- STEEB, D. R., MILLER, M. L., SCHELLHASE, E. M., MALHOTRA, J. V., MCLAUGHLIN, J. E., DASCANIO, S. A. & HAINES, S. T. 2020. Global Health Learning Outcomes in Pharmacy Students Completing International Advanced Pharmacy Practice Experiences. *Am J Pharm Educ*, 84, 7586.
- STIFTERVERBAND. 2018. *Ars Legendi-Fakultäten Preis Medizin* [Online]. URL: <https://www.stifterverband.org/ars-legendi-medizin> [Abgerufen am].
- STIGLITZ, J. E. 2002. *Globalization and Its Discontents*.
- STIGLITZ, J. E. 2006. *Making Globalization Work*, New York, W.W. Norton & Company.
- STRATIL, J. M., VON PHILIPSBORN, P., MARCKMANN, G., PFADENHAUER, L. M., ZEEB, H. & REHFUESS, E. A. 2018. Advancing Germany's new global health strategy. *BMJ Glob Health*, 3, e001140.
- STRÜBING, J. 2007. Glaser vs. Strauss? Zur methodologischen und methodischen Substanz einer Unterscheidung zweier Varianten von Grounded Theory. *Historical Social Research, Supplement*, 19, 157-173.
- STRÜBING, J. R. 2014. *Grounded theory: zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung*, Wiesbaden, Verlag für Sozialwissenschaften.

- STUCKLER, D. & MCKEE, M. 2008. Five metaphors about global-health policy. *The Lancet*, 372, 95-97.
- SWING, S. R. 2010. Perspectives on competency-based medical education from the learning sciences. *Medical teacher*, 32, 663-668.
- SZABO, E. 2020. *Global Health für Vorkliniker* [Online]. Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin; Philipps-Universität Marburg. URL: <https://www.uni-marburg.de/de/fb20/bereiche/methoden-gesundheit/allgprmed/lehre/vorklinik/global-health-fuer-vorkliniker> [Abgerufen am 03.06.2020].
- SZLEZÁK, N. A., BLOOM, B. R., JAMISON, D. T., KEUSCH, G. T., MICHAUD, C. M., MOON, S., CLARK, W. C. & WALT, G. 2010. The Global Health System: Actors, Norms, and Expectations in Transition. *PLoS Medicine*, 7, e1000183.
- TABER, S., FRANK, J. R., HARRIS, K. A., GLASGOW, N. J., IOBST, W. & TALBOT, M. 2010. Identifying the policy implications of competency-based education. *Med Teach*, 32, 687-91.
- TAN, Y. & WEAVER, D. H. 2009. Local Media, Public Opinion, and State Legislative Policies. *The International Journal of Press/Politics*, 14, 454-476.
- TARRANT, J. 2000. What is Wrong with Competence? *Journal of Further and Higher Education*, 24, 77-83.
- TAYLOR, A. & SIDDIQUI, F. 2016. Bringing Global Health Home: The Case of Global to Local in King County, Washington. *Annals of Global Health*, 82, 972-980.
- THOMPSON, M. J., HUNTINGTON, M. K., HUNT, D. D., PINSKY, L. E. & BRODIE, J. J. 2003. Educational Effects of International Health Electives on U.S. and Canadian Medical Students and Residents: A Literature Review. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 78, 342-348.
- TIAN, Y. & STEWART, C. M. 2005. Framing the SARS Crisis: A Computer-Assisted Text Analysis of CNN and BBC Online News Reports of SARS. *Asian Journal of Communication*, 15, 289-301.
- TIMMERMANS, S. & TAVORY, I. 2012. Theory Construction in Qualitative Research. *Sociological Theory*, 30, 167-186.
- TOBIN, G. A. & BEGLEY, C. M. 2004. Methodological rigour within a qualitative framework. *Journal of advanced nursing*, 48, 388-96.
- TONG, A., SAINSBURY, P. & CRAIG, J. 2007. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*, 19, 349-57.
- TOUCHIE, C. & TEN CATE, O. 2016. The promise, perils, problems and progress of competency-based medical education. *Med Educ*, 50, 93-100.
- TROCHIM, W. M., CABRERA, D. A., MILSTEIN, B., GALLAGHER, R. S. & LEISCHOW, S. J. 2006. Practical challenges of systems thinking and modeling in public health. *Am J Public Health*, 96, 538-46.
- TURCOTTE-TREMBLAY, A. M., FREGONESE, F., KADIO, K., ALAM, N. & MERRY, L. 2020. Global health is more than just 'Public Health Somewhere Else'. *BMJ Glob Health*, 5.
- VAN BELLE, S., VAN DE PAS, R. & MARCHAL, B. 2017. Towards an agenda for implementation science in global health: there is nothing more practical than good (social science) theories. *BMJ Glob Health*, 2, e000181.
- VELJI, A. & BRYANT, J. H. 2011. Global health: evolving meanings. *Infect Dis Clin North Am*, 25, 299-309.
- VERAS, M., POTTIE, K., CAMERON, D., DAHAL, G. P., WELCH, V., RAMSAY, T. & TUGWELL, P. 2013. Assessing and comparing global health competencies in rehabilitation students. *Rehabilitation research and practice*, 2013, 208187.
- VON PHILIPSBORN, P., HOMMES, F., KLOCK, W., STRATIL, J., GEFFERT, K., MOHSENPOUR, A., KRISAM, M., HAUSMANN, S. & BRÄGELMANN, A. 2017. *360° - Eine Einführung in die global Gesundheit als Vorbereitung auf Auslandsaufenthalte*, Berlin, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.

- VOSS, M. & HUNGER, I. 2018. Engagement für globale Gesundheit. *SWP-Aktuell*, 56.
- WALPOLE, S. C., SHORTALL, C., SCHALKWYK, M. C., MERRIEL, A., ELLIS, J., OBOLENSKY, L., DIAS, M., BROWN, C., WATSON, J., JALL, J., PETTIGREW, L. & ALLEN, S. 2015. *Global Health Competencies for UK Health Professionals*. Intercollegiate Global Health Junior Doctors Working Group.
- WATKINS, D. A., YAMEY, G., SCHÄFERHOFF, M., ADEYI, O., ALLEYNE, G., ALWAN, A., BERKLEY, S., FEACHEM, R., FRENK, J., GHOSH, G., GOLDIE, S. J., GUO, Y., GUPTA, S., KNAUL, F., KRUK, M., NUGENT, R., OGBUOJI, O., QI, J., REDDY, S., SAXENIAN, H., SOUCAT, A., JAMISON, D. T. & SUMMERS, L. H. 2018. Alma-Ata at 40 years: reflections from the Lancet Commission on Investing in Health. *The Lancet*, 392, 1434-1460.
- WATLING, C. J. & LINGARD, L. 2012. Grounded theory in medical education research: AMEE Guide No. 70. *Medical teacher*, 34, 850-861.
- WATTS, N., AMANN, M., ARNELL, N., AYEB-KARLSSON, S., BELESOVA, K., BOYKOFF, M., BYASS, P., CAI, W., CAMPBELL-LENDRUM, D., CAPSTICK, S., CHAMBERS, J., DALIN, C., DALY, M., DASANDI, N., DAVIES, M., DRUMMOND, P., DUBROW, R., EBI, K. L., ECKELMAN, M., EKINS, P., ESCOBAR, L. E., FERNANDEZ MONTOYA, L., GEORGESON, L., GRAHAM, H., HAGGAR, P., HAMILTON, I., HARTINGER, S., HESS, J., KELMAN, I., KIESEWETTER, G., KJELLSTROM, T., KNIVETON, D., LEMKE, B., LIU, Y., LOTT, M., LOWE, R., SEWE, M. O., MARTINEZ-URTAZA, J., MASLIN, M., MCALLISTER, L., MCGUSHIN, A., JANKIN MIKHAYLOV, S., MILNER, J., MORADI-LAKEH, M., MORRISSEY, K., MURRAY, K., MUNZERT, S., NILSSON, M., NEVILLE, T., ORESZCZYN, T., OWFI, F., PEARMAN, O., PENCHEON, D., PHUNG, D., PYE, S., QUINN, R., RABBANIHA, M., ROBINSON, E., ROCKLÖV, J., SEMENZA, J. C., SHERMAN, J., SHUMAKE-GUILLEMOT, J., TABATABAEI, M., TAYLOR, J., TRINANES, J., WILKINSON, P., COSTELLO, A., GONG, P. & MONTGOMERY, H. 2019. The 2019 report of The Lancet Countdown on health and climate change: ensuring that the health of a child born today is not defined by a changing climate. *The Lancet*, 394, 1836-1878.
- WEIMER, M. 2011. Authenticity in Teaching. *The Teaching Professor*, Oct 2, 2011.
- WERNLI, D., TANNER, M., KICKBUSCH, I., ESCHER, G., PACCAUD, F. & FLAHAULT, A. 2016. Moving global health forward in academic institutions. *J Glob Health*, 6, 010409.
- WESTERA, W. 2001. Competences in education: a confusion of tongues. *Journal of Curriculum Studies*, 33, 75-88.
- WHITMEE, S., HAINES, A., BEYRER, C., BOLTZ, F., CAPON, A. G., DE SOUZA DIAS, B. F., EZEH, A., FRUMKIN, H., GONG, P., HEAD, P., HORTON, R., MACE, G. M., MARTEN, R., MYERS, S. S., NISHTAR, S., OSOFSKY, S. A., PATTANAYAK, S. K., PONGSIRI, M. J., ROMANELLI, C., SOUCAT, A., VEGA, J. & YACH, D. 2015. Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation-Lancet Commission on planetary health. *The Lancet*, 386, 1973-2028.
- WHO 2016. *Global strategy on human resources for health: workforce 2030*. Geneva, ORGANIZATION, W. H.
- WILDNER, M., WIELER, L. H. & ZEEB, H. 2018. Germany's expanding role in global health. *The Lancet*, 391, 657.
- WILKINS, L. 2005. Plagues, Pestilence and Pathogens: The Ethical Implications of News Reporting of a World Health Crisis. *Asian Journal of Communication*, 15, 247-254.
- WILKINSON, R. & MARMOT, M. 2003. *The Social Determinants of Health: The Solid Facts*, Copenhagen, World Health Organization Europe.
- WILLIAMS, G. & POPAY, J. 2007. Social science and public health: issues of method, knowledge and power. *Critical Public Health*, 7, 61-72.
- WILSON, L., CALLENDER, B., HALL, T. L., JOGERST, K., TORRES, H. & VELJI, A. 2014. Identifying global health competencies to prepare 21st century global health professionals: report from the global health competency subcommittee of the consortium of universities for global health. *The Journal of law, medicine & ethics : a journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics*, 42 Suppl 2, 26-31.

- WILSON, L., MENDES, I. A., KLOPPER, H., CATRAMBONE, C., AL-MAAITAH, R., NORTON, M. E. & HILL, M. 2016. 'Global health' and 'global nursing': proposed definitions from The Global Advisory Panel on the Future of Nursing. *Journal of advanced nursing*, 72, 1529-40.
- WIPFLI, H. & KOTLEWSKI, J. A. 2014. Into the deep end: Incorporating a global health governance and diplomacy experience in graduate public health training. *Global public health*, 9, 827-840.
- WOODWARD, D., DRAGER, N., BEAGLEHOLE, R. & LIPSON, D. 2001. Globalization and health: a framework for analysis and action. *Bulletin of the World Health Organization*, 79.
- WOODWARD, D., DRAGER, N., BEAGLEHOLE, R. & LIPSON, D. 2002. Globalization, global public goods, and health. In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (ed.) *Trade in Health Services: Global, Regional, and Country Perspectives*.
- YOUNT, K. M., CHEONG, Y. F., MIEDEMA, S. S., CHEN, J. S., MENSTELL, E., MAXWELL, L., RAMAKRISHNAN, U., CLARK, C. J., ROCHAT, R. & DEL RIO, C. 2020. Gender equality in global health leadership: Cross-sectional survey of global health graduates. *Glob Public Health*, 15, 852-864.
- YUDKIN, J. S., BAYLEY, O., ELNOUR, S., WILLOTT, C. & MIRANDA, J. J. 2003. Introducing medical students to global health issues: a Bachelor of Science degree in international health. *Lancet*, 362, 822-824.
- ZACHAROWSKI, K., BRODT, H.-R. & WOLF, T. 2015. Medical treatment of an Ebola-infected doctor—ethics over costs? *The Lancet*, 385.
- ZHU, N., ZHANG, D., WANG, W., LI, X., YANG, B., SONG, J., ZHAO, X., HUANG, B., SHI, W., LU, R., NIU, P., ZHAN, F., MA, X., WANG, D., XU, W., WU, G., GAO, G. F., TAN, W. & CHINA NOVEL CORONAVIRUS INVESTIGATING RESEARCH TEAM 2020. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*, 382, 727-733.

10 Anhang

Anhang A Übersicht über Definitionen von Global Health

Jain (1991)	Global Health, like any other concept, is first of all a mindset, which is neither rooted in the notions of "Us" and "Them" nor obsessed with international diplomacy, nor engrossed with the priorities and workings of international organizations, but which recognizes the field of health as a field in which interdependence of nations is an endemic and germane characteristic.
Lee (2003)	Global Health concerns the way in which globalization is impacting on both the determinants of health and health outcomes.
Brown <i>et al.</i> (2006)	The term "global" is also associated with the growing importance of actors beyond governmental or intergovernmental organizations and agencies—for example, the media, internationally influential foundations, nongovernmental organizations, and transnational corporations. Logically, the terms "international," "intergovernmental," and "global" need not be mutually exclusive and in fact can be understood as complementary
Kickbusch (2006), Kickbusch & Lister (2006)	Global Health refers to those health issues that transcend national boundaries and governments and call for actions on the global forces that determine the health of people.
Macfarlane <i>et al.</i> (2008b)	This new phenomenon seems to reflect: (1) a greater international connectedness [...] (2) more public awareness of common vulnerabilities to the spread [diseases, ...] (3) discomfort that there are huge inequalities in disease burden [...]
HM Government (2008)	Global health refers to health issues where the determinants circumvent, undermine or are oblivious to the territorial boundaries of states, and are thus beyond the capacity of individual countries to address through domestic institutions. Global health is focused on people across the whole planet rather than the concerns of particular nations. Global health recognizes that health is determined by problems, issues and concerns that transcend national boundaries.
Janes & Corbett (2009)	It frequently serves as a gloss signalling complexities inherent in linking health and accelerating and intensifying global processes, although it sometimes simply refers to work that has an international (read: low-income country) dimension.
Koplan <i>et al.</i> (2009) supported by Canadian	Global health is an area of study, research, and practice that places a priority on improving health and achieving equity in health for all people worldwide. Global health emphasizes transnational health issues, determinants, and solutions;

Commission in Campbell <i>et al.</i> (2012)	involves many disciplines within and beyond the health sciences and promotes interdisciplinary collaboration; and is a synthesis of population-based prevention with individual-level clinical care.
US Institute of Medicine Committee on the U.S. Commitment to Global Health (2009)	Global health is the goal of improving health for all people in all nations by promoting wellness and eliminating avoidable disease, disability, and death. It can be attained by combining population-based health promotion and disease prevention measures with individual-level clinical care.
Beaglehole & Bonita (2010)	Collaborative trans-national research and action for promoting health for all
Bozorgmehr (2010)	The field is about building and re-building, researching and analysing, teaching and learning the links between social determinants of people's health anywhere in the world.
Lancet Commission Health professionals for a new century, Frenk <i>et al.</i> (2010)	Consensus is growing about its key tenets—universalism, global perspectives in discovery and translation, inclusion of broad determinants of health, interdisciplinary approaches, and comprehensive framework.
Rowson et al in Bozorgmehr (2010)	A field of practice, research and education focussed on health and the social, economic, political and cultural forces that shape it across the world. The discipline has an historical association with the distinct needs of developing countries but it is also concerned with health-related issues that transcend national boundaries and the differential impacts of globalisation. It is a cross-disciplinary field, blending perspectives from the natural and social sciences to understand the social relationships, biological processes and technologies that contribute to the improvement of health worldwide.
Global Health Alliance Bozorgmehr <i>et al.</i> (2013)	The focus of Global Health is on health and its social, economic, political and cultural determinants that have a worldwide – in industrialised as well as in developing countries – impact. Simultaneously it analyses diverse global inter-relations that lead to events in one part of the world affecting the health of people in other parts of the world.
Velji & Bryant (2011)	For the authors, the concept of global health reaches beyond the rich-poor dichotomy and geographic boundaries and borders to the forces that separate the powerful, free, privileged populations from the population that is powerless and unfree.
European Academic Global Health Alliance EAGHA (2012)	Global health is an emerging field encompassing research, policy and practice. The concept implies an understanding of the interdependence and complexity of influences on human health.
The European Commission European Commission (2010)	It is about worldwide improvement of health, reduction of disparities, and protection against global health threats.
Frenk & Moon (2013)	Global health should be defined by two key elements: its level of analysis, which involves the entire population of the world, and the relationships of

	interdependence that bind together the units of social organization that make up the global population (e.g., nation states, private organizations, ethnic groups, and civil society movements).
Chen (2014)	A fundamental task of global health science is to understand the aetiology of medical and health conditions with a global perspective and to obtain concrete data supporting intervention strategies to improve health.
Liu <i>et al.</i> (2015)	Global health implies consideration of the health needs of the people of the whole planet above the concerns of particular nations [...] Global health education reflects the increasing attention to social accountability in medical education.
Wernli <i>et al.</i> (2016)	Within the normative framework of human rights, global health is a system-based, ecological and transdisciplinary approach to research, education, and practice which seeks to provide innovative, integrated, and sustainable solutions to address complex health problems across national boundaries and improve health for all.
King & Koski (2020)	Global health is public health somewhere else.

Anhang B Zusammenschau von Global Health-Unterrichtsinhalten

Johnson et al. (2012)	Bozorgmehr et al. (2011)	Rowson et al. (2012a)	BVMD (2009)
<ul style="list-style-type: none"> - Global Burden of Disease - Socioeconomic and environmental determinants of health - Health Systems - Global Health Governance - Human rights and ethics - Cultural diversity and health 	<ul style="list-style-type: none"> - Embrace health determinants from the territorial up to the supraterritorial dimension. - Link these dimensions 'adequately' and provide an understanding of their interrelations. - Lead to the literacy and ability of the health workforce to link and transfer local health issues to global contexts (and vice versa). - Facilitate the identification of actions – aimed at the different dimensions – to achieve health equity and health for all. 	<ul style="list-style-type: none"> - International elective exchanges - The effects of poverty and inequality on health - International comparison of health systems - Globalization and health - International comparison of burden of disease - Tropical medicine - Travel medicine - International health and development - International movement of people 	<ul style="list-style-type: none"> - Politics, Policies and Polity - Individual and Population Health - Social and Transborder Determinants of Health

CUGH, Jogerst et al. (2015)	Haupt et al. (2007)	Harmer et al. (2015)	Walpole et al. (2015)	Unsere Studie
<ul style="list-style-type: none"> - Global Burden of Disease - Globalization of Health and Health Care - Social and Environmental Determinants of Health - Capacity Strengthening* - Collaboration, Partnering and Communication - Ethics - Professional Practice - Health Equity and Social Justice - Program Management* - Sociocultural and Political Awareness - Strategic Analysis* 	<ul style="list-style-type: none"> - Burden of global disease - Traveler's medicine - Immigrant Health 	<ul style="list-style-type: none"> - Global burden of Disease - Epidemiology of tropical diseases - Population mobility - Social studies (culture, social responsibility, humanism, social change) - Socio-economic determinants of health - Health care services - Health systems (including management of health systems) - Global governance - Environmental change - Population health - Globalisation - Human rights & ethics - Development - Monitoring&Evaluation - Management and Leadership - Policy analysis & development 	<ul style="list-style-type: none"> - Diversity, human rights an ethics - Environmental, social and economic determinants of health - Global epidemiology of disease - Global health governance - Health systems and health professionals 	<ul style="list-style-type: none"> - Health and Disease - Society and Environment - Politics and Healthcare Systems

Anhang C Studieninfo und Einverständniserklärung



Informationsblatt für Studienteilnehmer

Liebe Kollegin, lieber Kollege!

Im Rahmen eines Projektes der Abteilung Allgemeinmedizin der Philipps-Universität Marburg bitten wir Sie, an unserer Studie „Global Health Curricula: Kompetenzen und Didaktik“ teilzunehmen.

Die Bedeutung von Global Health in der medizinischen Lehre hat im letzten Jahrzehnt deutlich zugenommen. Weltweit gibt es zahlreiche und vielfältige curriculare und außercurriculare Angebote für Medizinstudenten, vom Pflichtfach über Wahlmodule bis hin zum eigenständigen Studiengang. Dabei gibt es verschiedene Modell-Curricula in Amerika, in Europa und inzwischen auch in Deutschland.

In der Konzeption eines konkreten Lehrangebotes „Global Health“ muss zwischen den verschiedenen Modellen und inhaltlichen Varianten eine Auswahl getroffen werden. Unsere Studie will die Hintergründe für eine solche Auswahl beleuchten und dem Lehrenden konkrete Argumente für die Auswahl von Inhalten und didaktischer Vorgehensweise bieten. Darüber hinaus will die Studie zeigen, wie weit sich die internationalen Forschungsergebnisse auf die Situation an deutschen Universitäten übertragen lassen.

Dafür wollen wir Interviews mit Dozenten, im Bereich von Global Health tätigen Ärzten und Studenten durchführen.

Für die Durchführung der Studie und Erhebung Ihrer Daten benötigen wir Ihr Einverständnis. Die Interviews werden aufgezeichnet, in unserem Institut transkribiert und pseudonymisiert. Die Audioaufnahmen werden danach unwiderruflich vernichtet und nur die pseudonymisierte Transkription gespeichert und ausgewertet.

Selbstverständlich können Sie ohne Angabe von Gründen bis zu 28 Tage nach dem Interview Ihr Einverständnis zurückziehen. Alle erhobenen Daten werden dann vernichtet und nicht verwertet.

Für Rückfragen stehen Ihnen unser wissenschaftlicher Mitarbeiter PD Dr. Stefan Bösner (boesner@staff.uni-marburg.de) und unser Doktorand Matthias Havemann (mhavemann@students.uni-marburg.de) zur Verfügung.

Wir danken Ihnen für Ihr Interesse!

Kontakt:

Matthias Havemann
Medizinischer Doktorand
mhavemann@students.uni-marburg.de

PD Dr. Stefan Bösner
Abteilung für Allgemeinmedizin,
Präventive und Rehabilitative Medizin
Philipps-Universität Marburg
Karl-von-Frisch-Str. 4
35043 Marburg
Telefon: 06421 – 28 65 122
Email: boesner@staff.uni-marburg.de

**Universität Marburg/ Abteilung für Allgemeinmedizin, Prävention und
Rehabilitation**

„Global Health Curricula: Kompetenzen und Didaktik“

Einverständniserklärung

Ich, _____, wurde heute vollständig über
Wesen und Bedeutung der oben genannten wissenschaftlichen Untersuchung
aufgeklärt. Ich habe den Aufklärungstext gelesen und verstanden und hatte die
Möglichkeit Fragen zu stellen und habe die Antworten verstanden.

Ich weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist. Meine Zustimmung kann ich, ohne dass
mir dadurch Nachteile entstehen und ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Ich habe eine Kopie dieser Einverständniserklärung erhalten und erkläre mich hiermit
einverstanden, an der Studie „Global Health Curricula: Kompetenzen und Didaktik“
teilzunehmen.

Ort, Datum

Unterschrift (Teilnehmer)

Unterschrift (Wiss. Mitarbeiter)

Anhang D Interviewleitfaden

Interviewleitfaden GH-Curricula

Letzte Aktualisierung 05.01.16, Matthias Havemann

Einführung: geplante 60 min, Erläuterung des Hintergrunds, Vorstellung Gliederung

-> Wie sind Sie in den Bereich Global Health gekommen?

Definition Global Health

Bezug auf aktuellen Diskurs, Abgrenzung von Global Health zu Tropenmedizin, International Health und Public Health.

-> Was ist für Sie **das Entscheidende** an Global Health?

-> Wie **wichtig oder relevant** ist die Abgrenzung für die medizinische Lehre?

Ziele

Bezug auf unterschiedliche Ziele (Famulatur-Vorbereitung, Überblick geben, etc.)

-> Was wäre für Sie das **Hauptziel** eines Global Health-Wahlpflichtfaches?

Einen Allgemeinen Überblick zu geben / spezifische Kompetenzen zu vermitteln / Interesse an Arbeit im Ausland vermitteln? Auf Tätigkeit im Ausland vorbereiten? Auf Kompetenzerweiterung (höheres Interesse an AllgMed, höhere Sozialkompetenz / Sensibilisierung für Arbeit mit Migranten) für Arbeit im Inland zielen?

Kompetenzen / Unterrichtsinhalte

-> Was wären für Sie die **wichtigsten Kompetenzen**, die Studierende durch ein Wahlfach erwerben sollten?

-> Wo sehen Sie für GH **relevante Unterschiede** zwischen der angelsächsischen und der deutschen Medizin-Ausbildung?

-> Welche Rolle sollte **die Vor/Nachbereitung von International Health Experiences**, z.B. im Rahmen von Famulaturen spielen?

-> Welche Rolle spielt die Vermittlung **interkultureller Kompetenzen**?

-> Welche Kompetenzen würden Sie sich von einem an Global Health interessierten, aber **in Deutschland praktizierenden** Arzt wünschen?

Didaktische Vorgehensweise

Es gibt einiges zur Curriculums-Entwicklung und vor allem zur Konsensfindung bei Kompetenzen, aber bislang wenig Publikationen zur didaktischen Vorgehensweise im Bereich Global Health.

- > Was ist Ihnen bei **der Vermittlung von GH-Kompetenzen wichtig?**
Womit haben **Sie gute Erfahrungen** gemacht?
- > Wie groß ist die Gefahr, dass so ein Kurs „**gefährliches Halbwissen**“ vermittelt?
- > Haben Sie Erfahrungen mit **praktischen Übungen** in GH-Kursen?

Barrieren für eine GH-Karriere

- > Vor welchen **Herausforderungen** stehen Medizinstudenten, die eine Karriere in GH anstreben?
- > Wie können Universitäten da **Unterstützung** bieten?
- > Was muss sich **politisch** dafür ändern?
- > Was wären **Ihre persönlichen Empfehlungen** an Medizinstudenten, die sich so einen Karriereweg vorstellen können?

Zukunft von GH

Im Bereich der Entwicklungshilfe und auch der Katastrophenhilfe hat es in den vergangenen Jahrzehnten zahlreiche Paradigmenwechsel gegeben, gerade auch im medizinischen Bereich. (vom praktizierenden zum lehrenden Mediziner, Community-Based Health Care)

- > Was **erwarten Sie** für die kommenden Jahre?
- > **Welche Rolle** wird der „klassische“ Mediziner dadrin noch spielen?
(Stichwort Capacity Building, Public Health/Epidemiologie, Research, Clinical Practice, Teaching)

Anhang E Transkriptionsregeln

Wörtliche Transkription ohne Wortverschleifungen. Auf die Transkription von Stottern, Wort- oder Satzabbrüche, Verständnissignalen des Interviewers, sofern nicht sinngebend, wird der erleichterten Lesbarkeit wegen verzichtet.

(...)	Pause mit (.)-(...) je nach Länge
(lacht)	Emotion / Lautäußerung
(?)	Unverständliches Wort, bei Teilverständnis (Klinikum?)
(???)	Unverständlicher Satzteil
[Anmerkung]	Anmerkung des Transkribierenden

Fremdsprachliche Äußerungen werden in der Originalsprache transkribiert.

Der Interviewer wird mit „I:“, der Experte mit „E:“ abgekürzt. Wird ein Interview mit mehreren Experten geführt, werden diese mit E1-N identifiziert.

Orts- und Organisationsnamen wurden zur Anonymisierung bei der Transkription mit einem einzelnen Buchstaben abgekürzt.

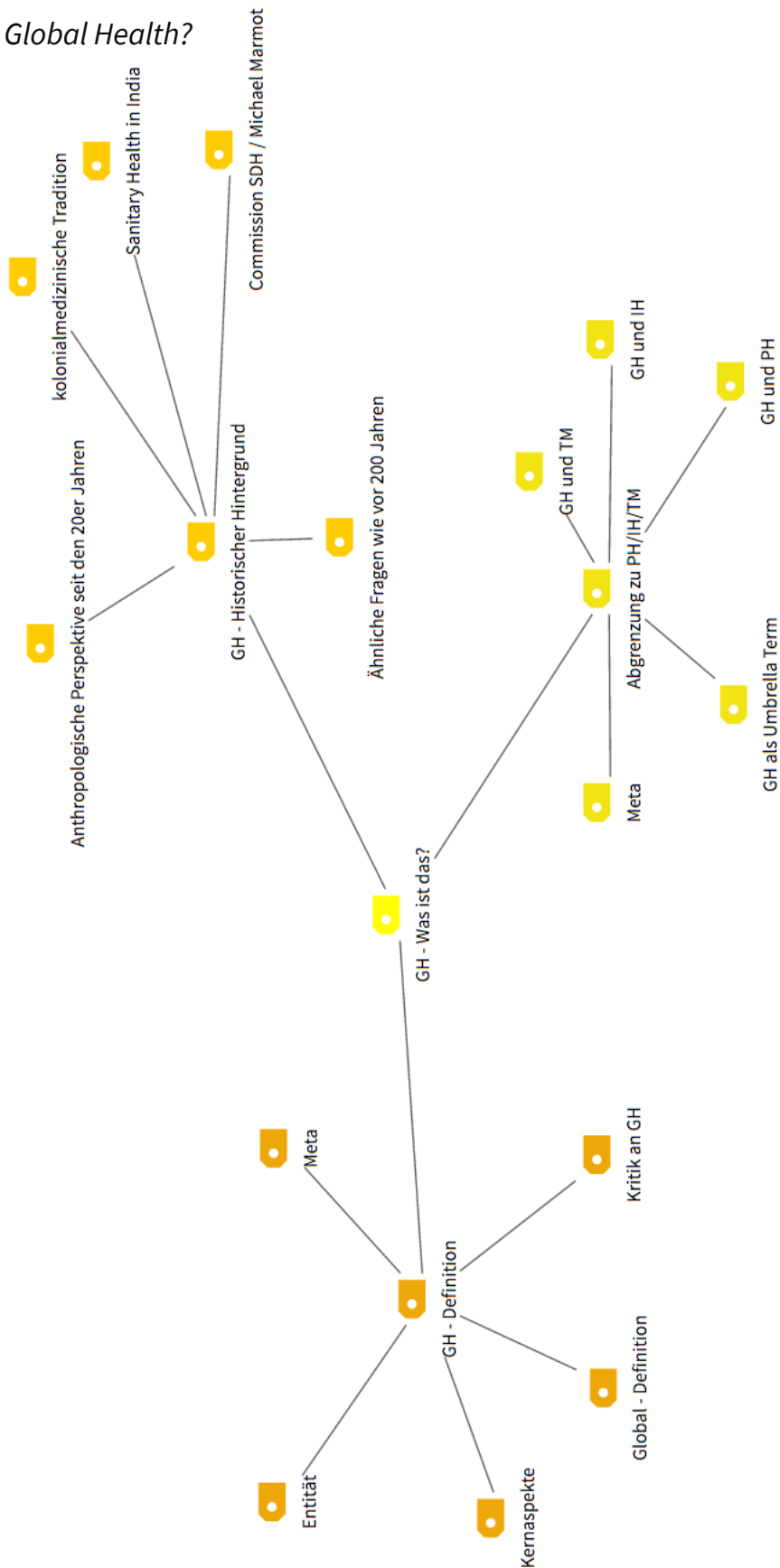
Absätze werden fortlaufend nummeriert. Jeder Wechsel der sprechenden Person wird mit einem neuen Absatz und dem vorangestellten „I:“ oder „E:“ verdeutlicht.

In der Arbeit werden Zitate in folgender Form referenziert:
I[Interviewnummer]:[Absatznummer], also z.B. I2:10 oder I5:2-5.

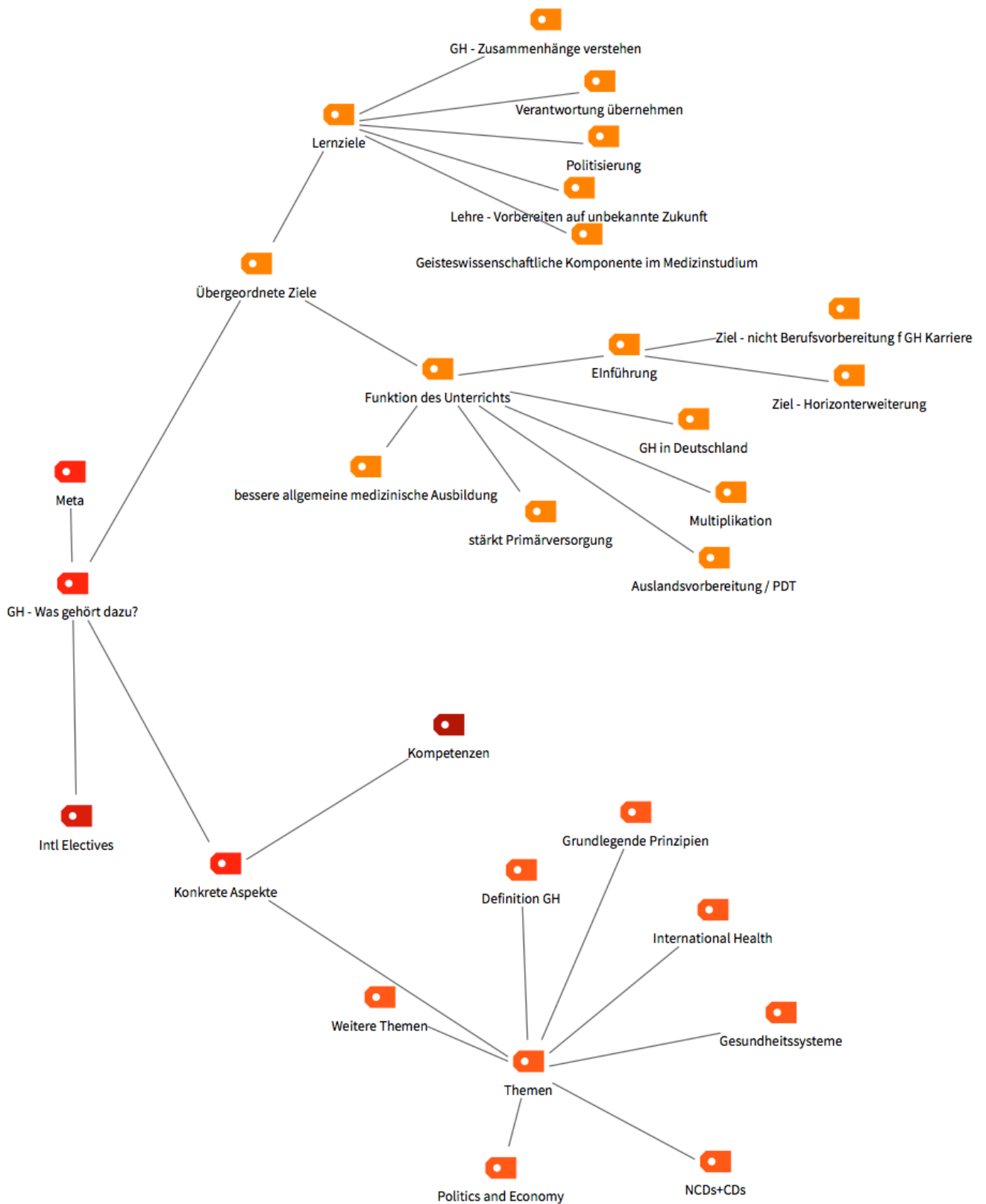
Anhang F Codebäume

Die hier repräsentierten Codebäume erhalten aus Gründen der Leserlichkeit nicht alle Einzelcodes, sondern oftmals nur die Codes der ersten bis dritten Ebene.

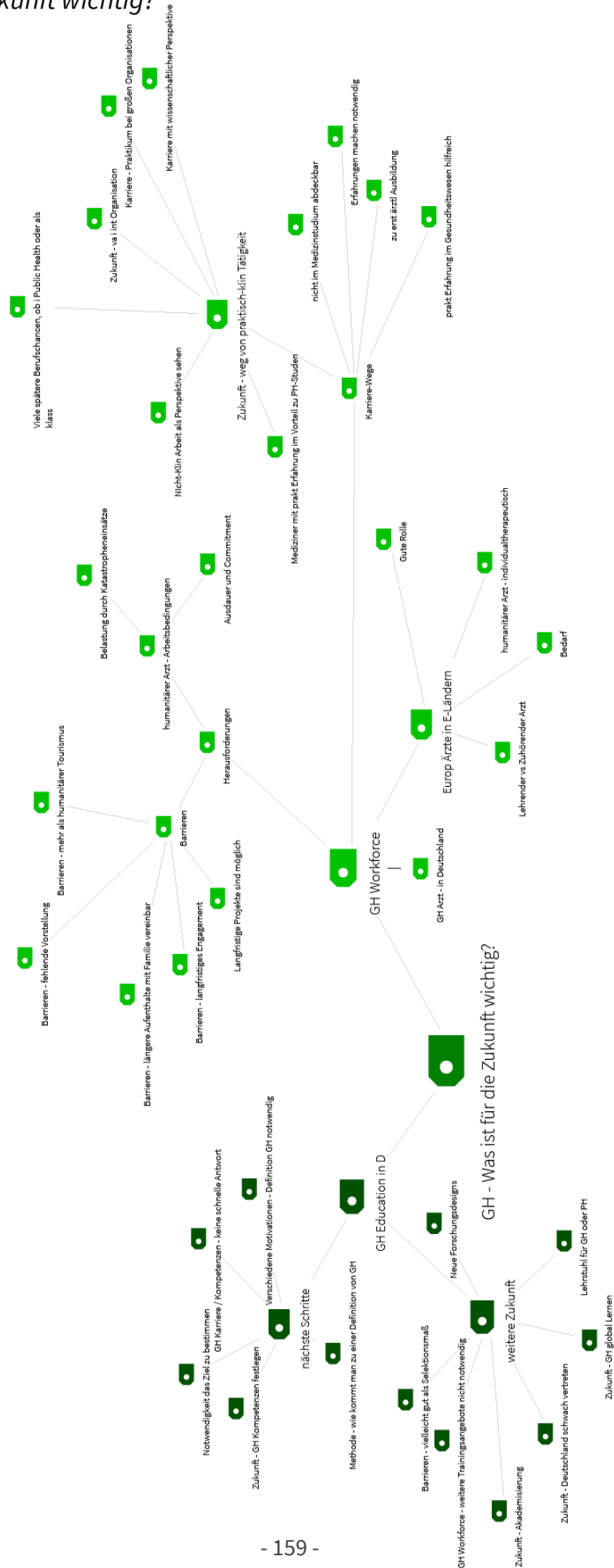
Was ist Global Health?



Was gehört zu Global Health?



Was ist für die Zukunft wichtig?



Anhang G Online-Fragebogen

Der Online-Survey wurde mit Hilfe von Google Forms (Teil von Google Docs) umgesetzt und den Teilnehmern per Link zugeschickt.

Erster Abschnitt: Was ist Global Health?

Generelle Aussagen

In einem ersten Schritt haben wir versucht einige zentrale Aspekte aus den Interviews zu Global Health (GH) in der medizinischen Ausbildung als gebündelte Aussagen zusammenzufassen. Bitte geben Sie an, wie weit Sie diesen Aussagen zustimmen.

GH ist ein weites, nicht ganz klar abgestecktes Feld, das sich - vor allem durch die Prozesse der Globalisierung bedingt - mit der supraterritorialen Wechselwirkung von sozioökonomischen Determinanten und ihrem Einfluss auf die Gesundheit von Bevölkerung und Individuen befasst.

Ich stimme mit der obigen Aussage überein:

In vollem Umfang Weitgehend Eingeschränkt Überhaupt nicht

GH integriert insbesondere in der medizinischen Ausbildung Komponenten aus Tropenmedizin, International Health und Public Health.

Ich stimme mit der obigen Aussage überein:

In vollem Umfang Weitgehend Eingeschränkt Überhaupt nicht

Durch den interdisziplinären Charakter werden Studierende für eine über das Biomedizinische hinausgehende Perspektive sensibilisiert und in der Wahrnehmung ihrer Verantwortungsvollen Position innerhalb der Gesellschaft gefördert.

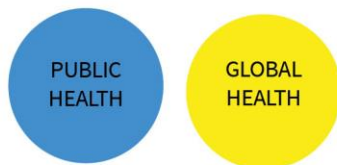
Ich stimme mit der obigen Aussage überein:

In vollem Umfang Weitgehend Eingeschränkt Überhaupt nicht

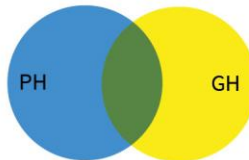
Haben Sie weitere Ideen / Kommentare?

Verhältnis von Global Health und Public Health

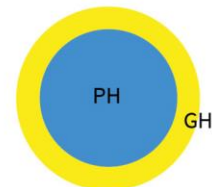
Unsere Arbeit hat gezeigt, dass eine der Hauptschwierigkeiten in der Beschreibung des Feldes von GH das Verhältnis zu PH ist. Ergänzen sich die beiden Felder? Haben sie bloß eine gemeinsame Schnittmenge oder umfasst eins das andere, und wenn ja welches? Im Folgenden haben wir probiert, mögliche Verhältnisse grafisch darzustellen.



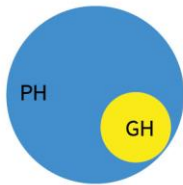
MODELL A
GH und PH ohne Zusammenhang



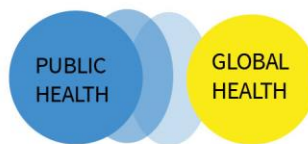
MODELL B
GH und PH mit gemeinsamer Schnittmenge



MODELL C
GH als Erweiterung von PH



MODELL D
GH als Teilgebiet von PH



MODELL E
GH als Weiterentwicklung von PH

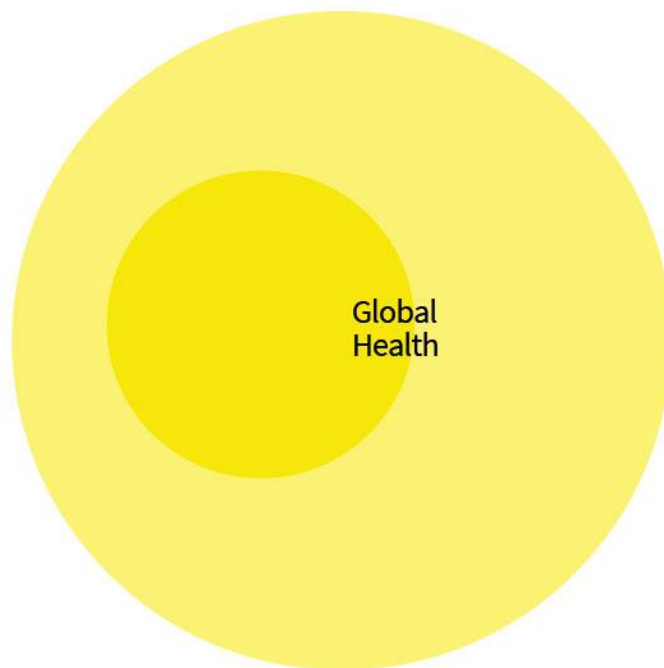
Welches der Modelle oben spiegelt am ehesten Ihre Perspektive auf das Verhältnis von GH und PH wieder?

A B C D E

Haben Sie weitere Ideen / Kommentare?

Global Health als Umbrella Term

Im Verlauf der Interviews zeigte sich ein breites Spektrum im Verständnis von GH. Wir konnten Kernaspekte herausarbeiten, die von den meisten Experten als zentrale Elemente und teilweise auch als genuine Aspekte von GH gesehen wurden. Darüber hinaus konnten wir ein breites Feld an möglichen Aspekten aufzeigen, die sich unter GH zusammenfassen lassen, aber nicht zwingend dazu gehören müssen. Insbesondere im Feld der medizinischen Lehre von GH lässt sich dieses Verständnis von GH gut mit GH als "Umbrella Term" beschreiben: Der feste eigenständige Kern, und dann unter dem Schirm vereint, die weiteren Begriffe.



GH als Umbrella Term, dargestellt mit den Kernaspekten (Dunkelgelb) und den möglichen erweiterten Aspekten des Felds GH.

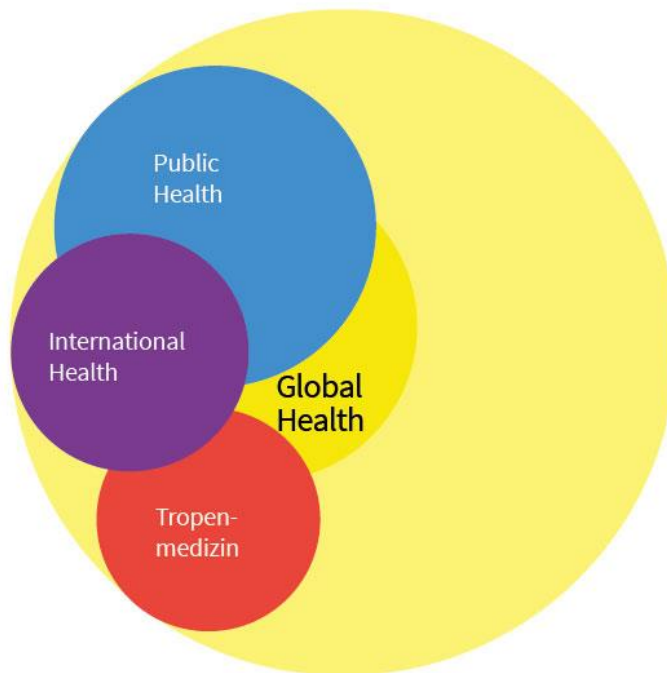
Wie weit stimmen Sie mit dem oben beschriebenen Modell überein?

In vollem Umfang Weitgehend Eingeschränkt Überhaupt nicht

Haben Sie weitere Ideen / Kommentare?

GH und die Rolle von Public Health, International Health und Tropenmedizin

Diese Grafik versucht das Verhältnis von GH zu PH, IH und TM zu beschreiben. Es gibt Überlappungen der drei Gebiete untereinander, sie überlappen sich mit Kernaspekten von GH, haben aber auch eigenständige Aspekte außerhalb des GH-Kerns. Mit einem sehr weitgehenden GH-Verständnis kann GH aber die Bereiche von PH, IH und TM umfassen.



Wie weit stimmen Sie mit dem oben beschriebenen Modell überein?

In vollem Umfang Weitgehend Eingeschränkt Überhaupt nicht

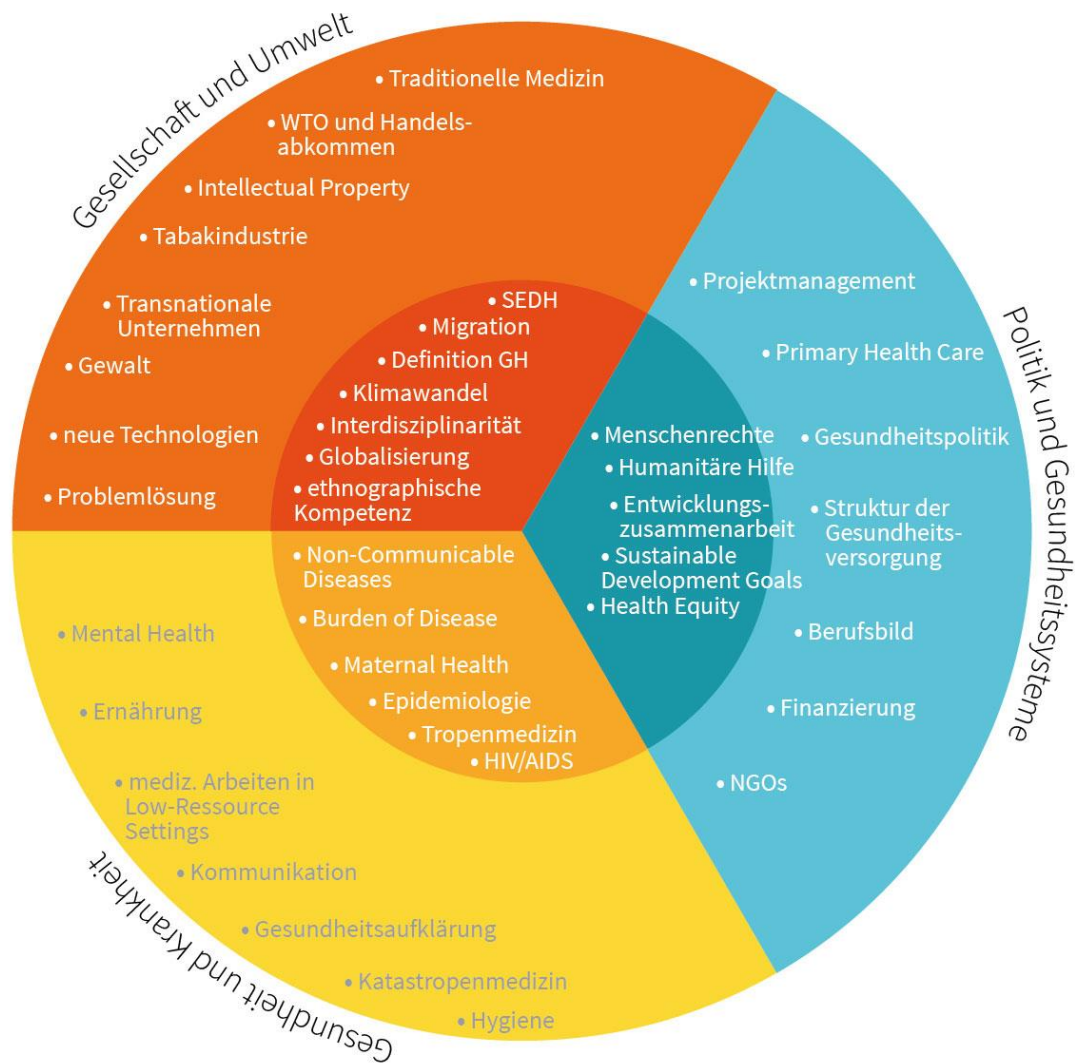
Haben Sie weitere Ideen / Kommentare?

Zweiter Abschnitt: Welche Themen gehören zu GH?

Wir haben Sie in den Interviews gefragt, welche Themen Ihnen wichtig sind und welche Themen aus Ihrer Sicht zwingend zu GH gehören.

Das haben wir in zwei Richtungen ausgewertet: Einmal haben wir nach Kategorien und Clustern geschaut, und andererseits haben wir die Themen genutzt, um daran das oben vorgestellte Modell von GH als Umbrella Term zu prüfen.

GH-Themen nach Kategorien und Kern- und erweiterten Aspekten



Wir haben drei übergeordnete Themengebiete herausgearbeitet, denen wir die einzelnen Stichpunkte zugeordnet haben. Darüber hinaus haben wir die Themen dem Zentrum oder der Peripherie zugeordnet. Dabei haben wir uns sowohl an der Konsensbreite zwischen den Experten orientiert, an der Priorität, die den Themen zugeschrieben wurde, und auch an der Genuität ihres GH-Aspekts.

Wie weit stimmen Sie mit dem oben beschriebenen Modell überein?

() In vollem Umfang () Weitgehend () Eingeschränkt () Überhaupt nicht

Haben Sie weitere Ideen / Kommentare?

Haben wir wichtige Themen übersehen? Würden Sie Themen anders zuordnen?

GH-Themen nach Fachgebiet / Disziplin



Verdeutlichung des interdisziplinären Charakters

	Global	Public Health	International Health	Medizinische Aspekte	Weitere Disziplinen
Migration	Supraterritoriale Aspekte wie Klimawandel, Flüchtlingskonventionen, Ressourcenverteilung	Epidemiologische Überwachung, Zugang zu Gesundheitsversorgung, Erreger-Spektrum	Aufbau / Unterhalt von Flüchtlingscamps, Impfkampagnen, Rolle des UNHCR	MDR-TB, Scabies, Unterkühlung, Schussverletzungen, Masern, Arbeit mit Dolmetschern	Jura: Flüchtlingsrecht Ökonomie: Push- and Pullfaktoren für Migration Sozialwissenschaften: Integration
Health Equity	Einfluss von Globalisierung, Patentrechte für Medikamente, Kommunikationstechnologie zur Unterstützung von Benachteiligten, Medizintourismus	Krankheitsverteilung in Abhängigkeit von der sozialen Schicht, gezielte Präventionsmaßnahmen	Rolle von humanitärer Hilfe oder Entwicklungszusammenarbeit, Sustainable Development Goals	Vorurteile oder Barrieren in der medizinischen Praxis, Versorgung von Illegalisiererten oder Obdachlosen	Ökonomie: Wirtschaftsförderung, Arbeitslosigkeit Sozialwissenschaften: Verständnis von Armut, Empowerment
Sozioökonomische Determinanten von Gesundheit	Supraterritoriale Determinanten wie Transnationale Unternehmen, Handelsabkommen, internationaler Arbeitsmarkt	Analyse der Determinanten für spezifische Bevölkerungsgruppen oder Staaten	Identifikation von negativen Determinanten in bestimmten Länder(-gruppen) und Implementierung von Interventionen	Risikoprofile erkennen, pathogenetisches Verständnis, medizinische Interventionen	Politikwissenschaften: Rolle von Gewalt und Konflikten Anthropologie: Verständnis für kulturelle Einflüsse / Perspektiven

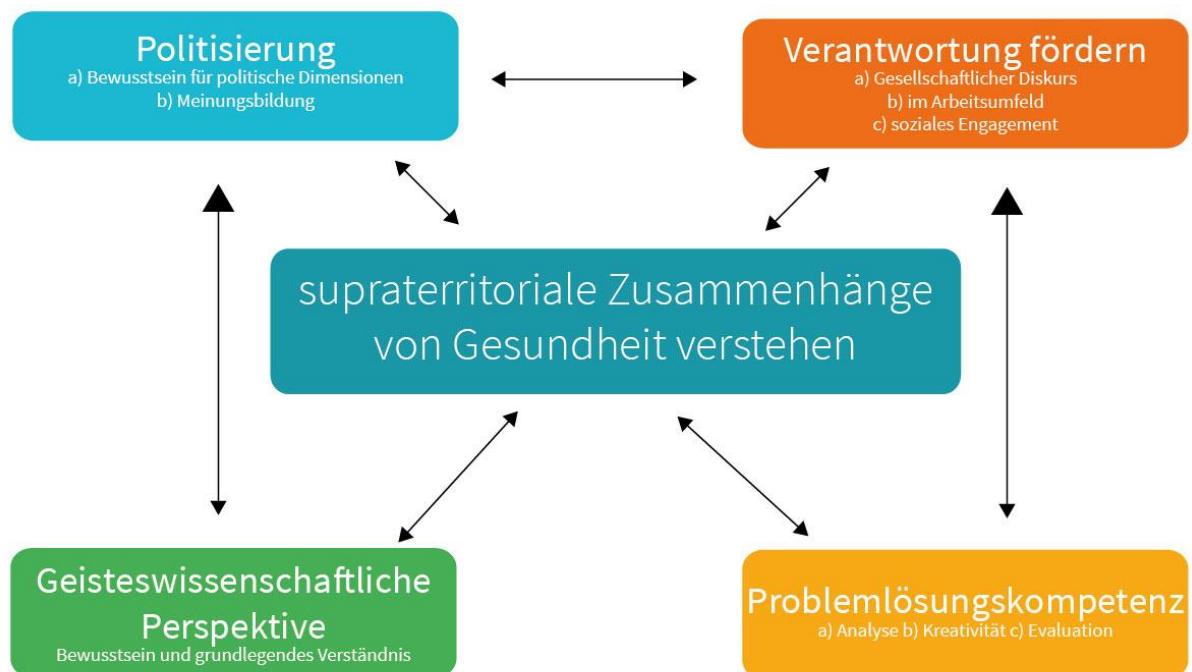
Im obigen Modell haben wir die Themen ihrem nahestehendsten Fachgebiet (TM, PH, IH, andere) zugeordnet, und gleichzeitig "Global als Supraterritorial" als GH-Alleinstellungsmerkmal hinzugefügt. Die konzentrischen Kreise zeigen beispielhaft den Querschnittscharakter des Fachs an. Das wird in der darunter befindlichen "auseinandergelappten" Erklärung noch deutlicher.

Wie weit stimmen Sie mit dem oben beschriebenen Modell überein?

() In vollem Umfang () Weitgehend () Eingeschränkt () Überhaupt nicht

Haben Sie weitere Ideen / Kommentare?**Dritter Abschnitt: Wie kann man GH unterrichten?**

Im Folgenden wollen wir einen kurzen Überblick geben auf die Frage, welche Ziele Dozenten mit GH-Unterricht verfolgen, wie sie die Zielgruppe(n) beschreiben, und welche didaktischen Prinzipien und Unterrichtsformen wichtig sind.

Übergeordnete Ziele

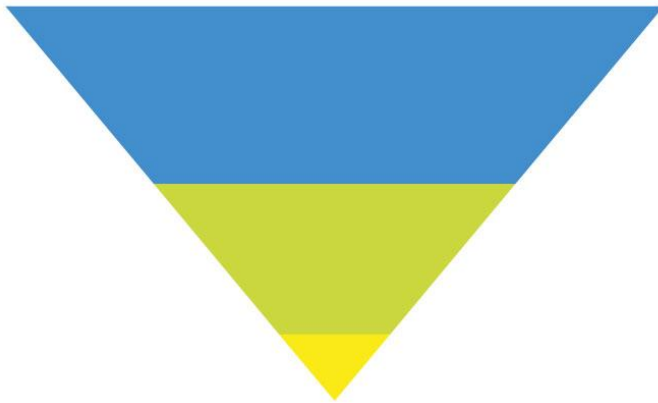
Als zentrales Anliegen haben wir das Verstehen von supratoritorialen Zusammenhängen herausgearbeitet. Darüber hinaus wurden in den Interviews eine Reihe weiterer Ziele erwähnt, die sich größtenteils gegenseitig verstärken.

Wie weit stimmen Sie mit dem oben beschriebenen Modell überein?

() In vollem Umfang () Weitgehend () Eingeschränkt () Überhaupt nicht

Vermissen Sie noch wichtige / entscheidende Aspekte in dem Schaubild?**Haben Sie weitere Ideen / Kommentare?**

Zielgruppen des GH-Unterrichts



„DIE GROSSE MEHRHEIT“

breite Masse an Medizinstudenten, die das Thema nicht sonderlich interessiert

-> Interesse wecken, Grundkenntnisse für Arztsein in Deutschland (SEDH, Interkulturelle Kompetenzen), Gesellschaftliche Verantwortung, Politisierung

„DIE GLOBAL HEALTH AFFINEN“

planen Famulatur / PJ-Tertial im Ausland, oft bereits Auslandserfahrung, deutliches Interesse, häufig sozial engagiert

-> Horizont aufzeigen, Vorbereitung auf (kurze) Auslandsaufenthalte, detailliertere Auseinandersetzung mit globalen Phänomenen, Politisierung

„THE ONE PERCENT“

streben Arbeit im GH-Feld an, in NGOs, WHO, oder Forschung

-> nicht im Medizinstudium abdeckbar, zusätzliches Training notwendig, strittig ob Bedarf für weitere Angebote

Wir haben drei mögliche Zielgruppen für den GH-Unterricht identifiziert. Von oben nach unten nimmt die zahlenmäßige Größe der Gruppen ab, gleichzeitig steigt die benötigte oder angebrachte Tiefe der zu vermittelnden Kompetenzen / Wissens.

Wie weit stimmen Sie mit dem oben beschriebenen Modell überein?

In vollem Umfang Weitgehend Eingeschränkt Überhaupt nicht

Haben Sie weitere Ideen / Kommentare?

Didaktische Prinzipien

Wir haben gefragt, was Ihnen bei der Unterrichtsgestaltung wichtig ist, oder wie Sie die Ziele Ihres Unterrichts erreichen / vermitteln wollen.



Wie weit stimmen Sie mit dem oben beschriebenen Modell überein?

In vollem Umfang Weitgehend Eingeschränkt Überhaupt nicht

Haben Sie weitere Ideen / Kommentare?*Unterrichtsformen*

In den Interviews haben wir eine große Bandbreite an möglichen Organisationsformen oder Formaten für den GH-Unterricht gefunden. Hier sind wir noch am Überlegen, wie weit es Sinn macht, die Optionen nebeneinander stehen zu lassen, oder sie nochmal weiter zu sortieren, z.B. nach möglicher Tiefe oder Zielgruppen etc.

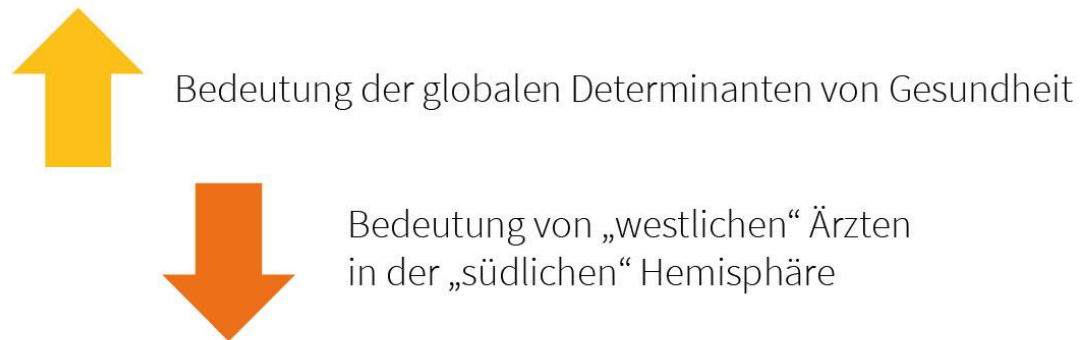
**Wie weit stimmen Sie mit dem oben beschriebenen Modell überein?**

In vollem Umfang Weitgehend Eingeschränkt Überhaupt nicht

Haben Sie weitere Ideen / Kommentare?

Vierter Abschnitt: Was ist für die Zukunft wichtig?

Hier haben Sie ganz viele spannende und wertvolle Gedanken eingebracht. Wir haben probiert, die zwei wichtigsten Aspekte herauszufiltern und diese gegenüber zu stellen:



Weltweit wird die Bedeutung von globalen Determinanten von Gesundheit zunehmen (und damit den ärztlichen Alltag noch weiter zunehmend prägen). Gleichzeitig wird die Bedeutung von westlichen Ärzten in "klassischen" International Health Settings (zB in der Entwicklungs- und Katastrophenhilfe) durch die Entwicklung von Gesundheitsstrukturen und Ausbildungsmöglichkeiten vor Ort weiter abnehmen.

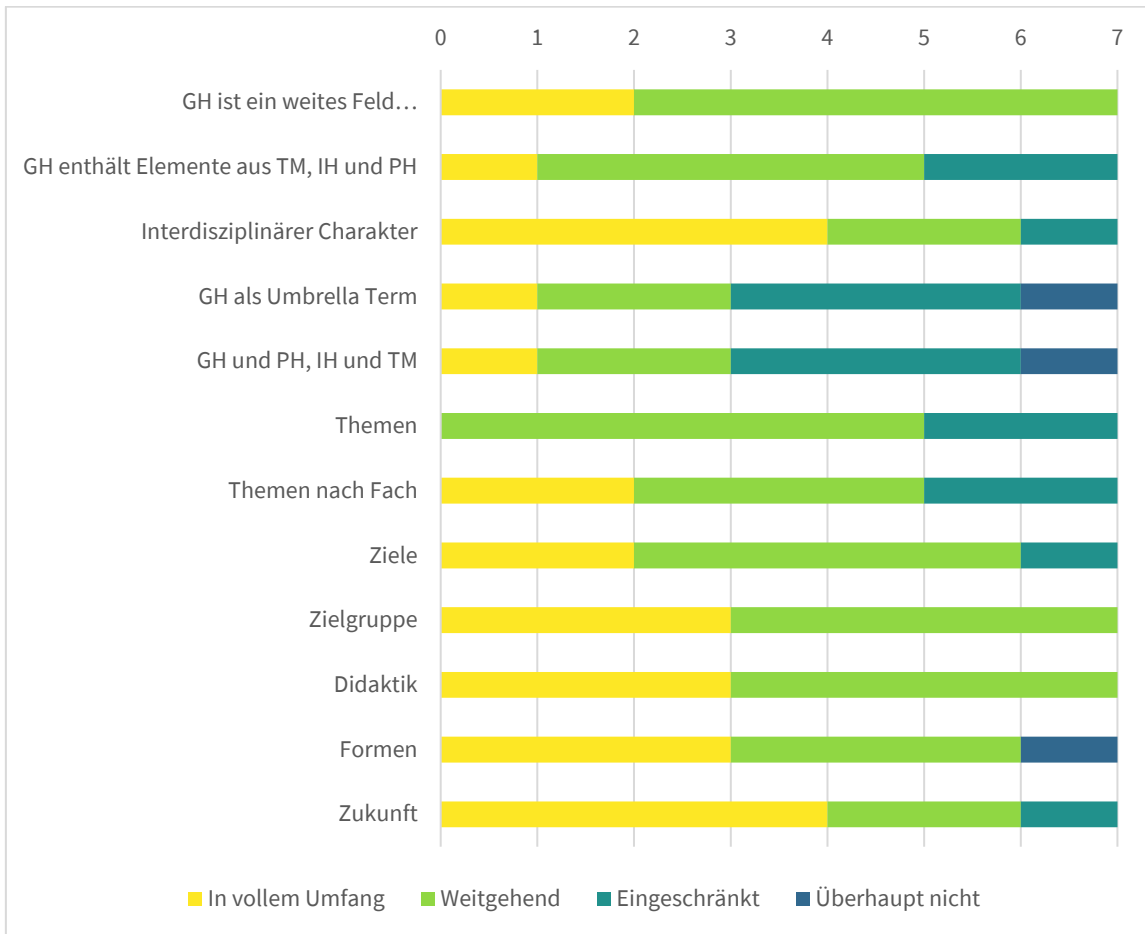
Wie weit stimmen Sie mit dem oben beschriebenen Modell überein?

In vollem Umfang Weitgehend Eingeschränkt Überhaupt nicht

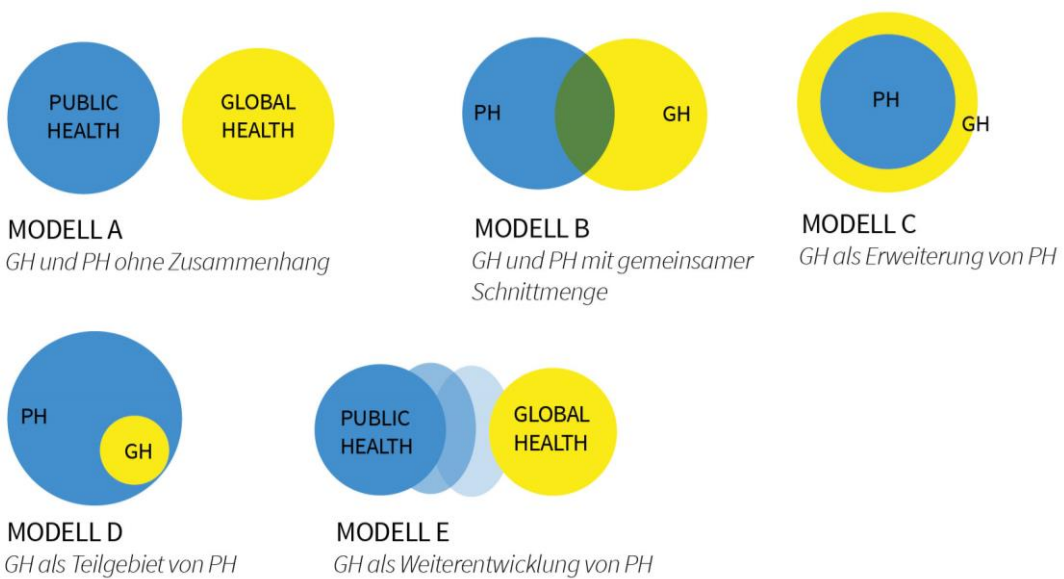
Haben Sie weitere Ideen / Kommentare?

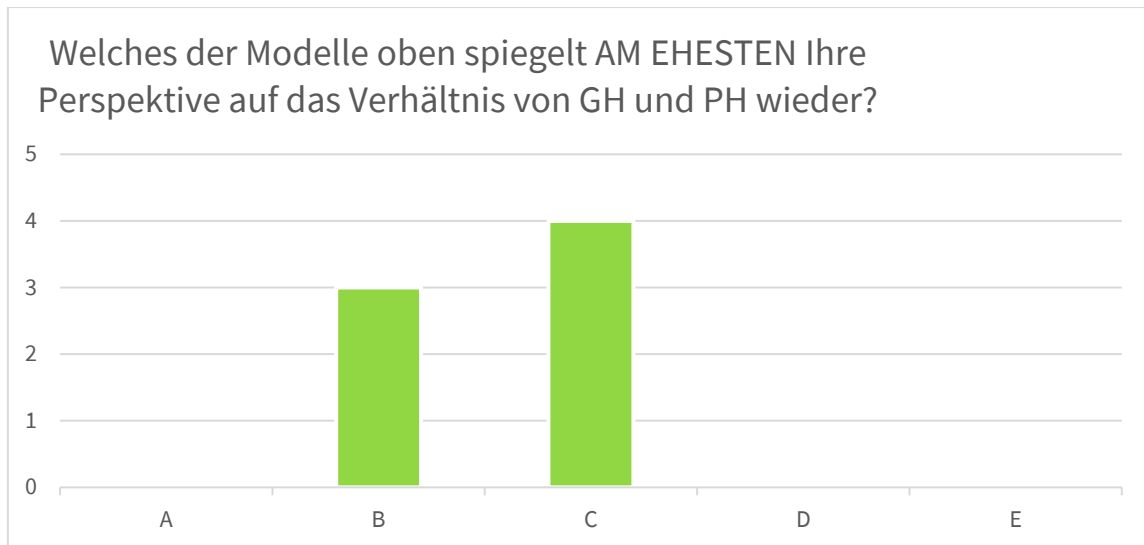
Anhang H Ergebnisse Online-Umfrage

Zustimmung zu den präsentierten Modellen



Verhältnis von Global Health und Public Health





Kommentare aus dem Online-Survey

Zusammenfassung der Kommentare und Entfernung von möglicherweise de-anonymisierenden Informationen durch den Autor.

Erster Abschnitt: Was ist GH?

- Definitionen zu sehr auf Medizin und Gesundheit reduziert
- Stärkere Betonung der Interdisziplinarität nötig
- Nicht nur sozioökonomische, sondern auch soziokulturelle etc. Determinanten von Gesundheit
- „Öffentliche Gesundheit“ statt „Public Health“ verwenden – Öffentliche Gesundheit umfasse mehr als Public Health
- Supraterritoriale Wechselwirkungen (plural nicht singular), normative Dimension notwendig
- Nicht zwischen GH im eigentlichen Sinne (=Global Public Health) und GH im weiteren Sinne (=Umbrella Term?) unterscheiden
- So lange der Kern nicht definiert ist, macht dieses Schema wenig Sinn?
- Kommt auf die Kernaspekte an
- Zur Grafik: Es gibt auch Überschneidungen zwischen Tropenmedizin und Public Health (e.g. NTDs)

Zweiter Abschnitt: Welche Themen gehören zu GH?

- Mehr nicht-medizinische Themen nötig, zu technokratisch
- Zweidimensionaler Cluster wird der Komplexität nicht gerecht
- Aufteilung zwischen Kern und Umbrella nicht klar; Genannte Punkte sind nicht nur Themen sondern auch „Strukturmerkmale“

- Verdeutlichen, dass es sich nur um Beispiele handelt

Fehlende Themen:

- Forschungslandschaft / Systeme der Forschung und Entwicklung (Intellectual Property)
- Armutssassoziierte Krankheiten
- Ethik, Sozialmedizin
- Global Surgery
- Salutogenese, Ethnomedizin
- Epidemiologie ist nicht Teil von Public Health
- Im GH-Kern: Health inequities statt Burden of Disease

Dritter Abschnitt: Wie kann man GH unterrichten?

- GH muss über die supraterritorialen Zusammenhänge auch nationale und lokale Zusammenhänge betrachten
- Ansatz der Komplexität fehlt ist aber essentiell
- Nicht die Zusammenhänge, sondern Ziele und Werte stehen im Mittelpunkt: Gesundheit und Health Equity
- Lehrinhalte und – Formate müssen justiziable prüfbar sein gemäß Ausbildungsordnung
- GH-Unterricht sollte nicht nur Mediziner adressieren, Unterricht für Studenten aus verschiedenen Fächern eine große Bereicherung
- Kompetenz der Studierenden als Ressource nutzen
- Reiner Informationsbedarf nach wie vor unverändert hoch
- Ergänzungen zu Schwerpunkt-Curricula und -Tracks noch Qualifikationsprofile
- GH nicht als eigenes Fach im Pflichtcurriculum, insbesondere da fachliche Qualifikation der Lehrenden ggf. nicht ausreichend
- Hierarchische Sortierung der Unterrichtsformen

Vierter Abschnitt: Was ist für die Zukunft wichtig?

- Es fehlt die Bedeutung von Ärzten aus der „südlichen Hemisphäre“ in „westlichen Ländern“ -> Brain Drain & Brain Gain
- Aspekte der Salutogenetischen Ressourcenorientierung und von One Health notwendig
- Gegenseitiges Lernen statt Helfer-Motivation nötig
- Die beiden präsentierten Aspekte haben sehr unterschiedliches Gewicht und sind primär westlich orientiert

Anhang I Ethik-Votum



Philipps-Universität - 35032 Marburg

Herrn
PD Dr. med. Stefan Bösner
Fachbereich Medizin
Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und
Rehabilitative Medizin
Karl-von-Frisch-Str. 4
35043 Marburg

Fachbereich Medizin
Dekanat/Ethikkommission
Prof. Dr. med. Gerd Richter (Vors.)

Tel.: 06421 586 6487
Fax: 06421 586 6505
Sek.: D. Raiss
E-Mail: ethikkom@staff.uni-marburg.de
Anschrift: Baldingerstrasse/Postfach 2360
35032 Marburg
Web: www.med.uni-marburg.de/ethikkomm
Az.: 23/15

Marburg, den 12.03.15

Studie: „Global Health Education: Zielsetzung, Hintergründe und Schwerpunkte in der Entwicklung eines Curriculums für Medizinstudenten in Deutschland.“

Eingereichte Unterlagen:

1. Anschreiben vom 11.03.2015
2. Ethikantrag ohne Datum und Versionsnummer
3. Interviewleitfaden
4. Informationsblatt für Studienteilnehmer und Einverständniserklärung, jeweils ohne Versionsnummer oder Datum

Sehr geehrter Herr Dr. Bösner,

vielen Dank für die Einreichung Ihres überarbeiteten Ethikantrages sowie der überarbeiteten Patientendokumente zur o. g. Studie. Sie haben damit alle Kommentare bearbeitet bzw. erbetenen Modifikationen des Gutachtens der Ethikkommission vom 03.03.2015 durchgeführt, so dass nunmehr keine ethischen und rechtlichen Bedenken gegen die Durchführung der o. g. Studie bestehen.

Damit schließt die Ethikkommission des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg ihr Verfahren mit einem

positiven Ethikkommissionsvotum

ab.

Entsprechend der ausschließlich beratenden Funktion der Ethik-Kommission betrifft dieses Votum nur die ethische Beurteilung der Konzeption, der vorgesehenen Methoden, der Durchführung und Überwachung des betreffenden Projektes sowie der beabsichtigten Patientenaufklärung. Die ärztliche und juristische Verantwortung verbleibt jedoch uneingeschränkt beim Projektleiter und seinen Mitarbeitern.

Bitte geben Sie uns jede Änderung in der Protokolldurchführung bekannt. Es muss dann geklärt werden, ob das Votum der Ethik-Kommission noch Gültigkeit hat.

Sekretariat : Frau Raiss Montag – Donnerstag 8.00 – 12.00 Uhr, Freitag 8.00 – 11.00 Uhr
Frau Backes Montag – Donnerstag 14.00 – 16.00 Uhr

Kommissionsmitglieder: Prof. Dr. jur. G. Freund, Prof. Dr. Dr. H. Brettel, Prof. Dr. med. J.-C. Krieg, Prof. Dr. med. Czubyayko, Prof. Dr. med. G. Richter (Vorsitzender), PD Dr. Carola Seifart, Prof. Dr. med. Uwe Wagner (stellvertretender Vorsitzender), Prof. Dr. med. R. Maier, Prof. Dr. med. N. Donner-Banzhoff, PD Dr. Hans-Helge Müller Dr. rer. nat. Nina Timmesfeld, Prof. Dr. med. A. Neubauer, PD Dr. B. Tackenberg, PD Dr. Barbara Fritz Bettina Nieth, Dr. Thomas Neubert, cand. med. Martin Koch, cand. med. Christian Kreisel,

- 2 -

Über alle schwerwiegenden oder unerwarteten unerwünschten Ereignisse, die während der Studie auftreten und die Sicherheit der Studienteilnehmer oder die Durchführung der Studie beeinträchtigen könnten, muss der Vorsitzende der Ethik-Kommission unterrichtet werden.

Die Ethik-Kommission des Fachbereichs Humanmedizin der Philipps-Universität Marburg arbeitet gemäß den nationalen gesetzlichen Bestimmungen und den ICH-GCP-Richtlinien.

Außerdem benötigt die Ethik-Kommission einen Bericht nach Abschluss der Studie.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen
für die Ethikkommission des
Fachbereichs Medizin
der Philipps-Universität Marburg

Prof. Dr. med. G. Richter
(Vorsitzender)

PD Dr. med. Carola Seifart
(Geschäftsstelle Ethikkommission)

Anhang J Berichterstattung zu Global Health in den Medien

Rationale

In den Interviews und auch in der Literatur wird immer wieder auf die zunehmende Bedeutung von Global Health in der allgemeinen Öffentlichkeit verwiesen. Da keine Surveys in der Allgemeinbevölkerung dazu existieren, oder teilweise auch direkt auf eine zunehmende Bedeutung in den Medien verwiesen wird, haben wir mit verschiedenen Verfahren versucht, eine erste Annäherung für die Berichterstattung in den Medien zu erreichen.

Methodik

Für die Auswertung der Berichterstattung wurden als internationale Zeitschriften die New York Times, der Guardian, die Financial Times und in Deutschland die Zeit, die Frankfurter Allgemeine und die Süddeutsche verwendet.***** Wo verfügbar, wurde ein Zugang zum Application Programming Interface (API) des Archives beantragt und von der New York Times, der Financial Times, dem Guardian und der Zeit gewährt. Mit Hilfe der API konnte dann über direkten URL-Aufruf, Postman oder ein benutzerkonfiguriertes Script in Google Sheets (basierend auf ImportJSON) passende Artikel oder deren Metaangaben abgerufen werden. Die Auswertung erfolgte dann mit Excel und dem PowerQuery-Tool. In den Fällen, wo keine API zur Verfügung stand, wurde mit Hilfe der Suchoberfläche der Webseite eine passende Suchabfrage generiert und dann Datumsgrenzen gesetzt, um gezielt für die einzelnen Jahre die Anzahl an Publikationen zu erhalten. Dies geschah zum Teil über Script-gesteuerte URL-Generierung.

Ergebnisse

In einem ersten Schritt haben wir „Globale Gesundheit“ und „Global Health“ in führenden deutschen Tageszeitungen gesucht. Hierbei zeigten sich nur sehr wenige Treffer mit fraglicher Aussagekraft (**Abbildung 24**):

***** Quellen- und Softwareangaben im letzten Abschnitt von Anhang J.

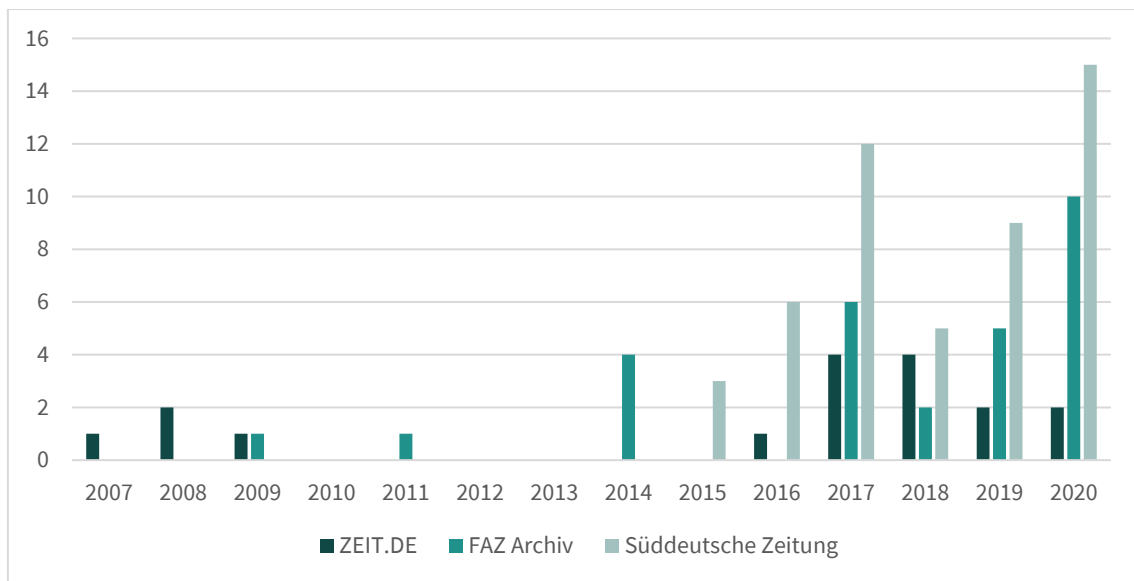


Abbildung 24 Anzahl der jährlichen Artikel zu "Globaler Gesundheit"

auf Zeit.de, FAZ Archiv und Süddeutsche Zeitung (manuelle Suche über Suchfunktion der Webseiten)

Da dies auch daran liegen könnte, dass der Begriff „Globale Gesundheit“ nicht so oft verwendet wird, die darunter verstandenen Themen aber trotzdem vorkommen, verglichen wir die Ergebnisse mit der Suche nach „Weltgesundheitsorganisation“. Hier zeigten sich deutlich mehr Artikel mit insgesamt 3323 Artikeln in der ZEIT, 5303 Treffern in der Archivsuche der Frankfurter Allgemeinen und 3262 in der Süddeutschen Zeitung (**Abbildung 25**):

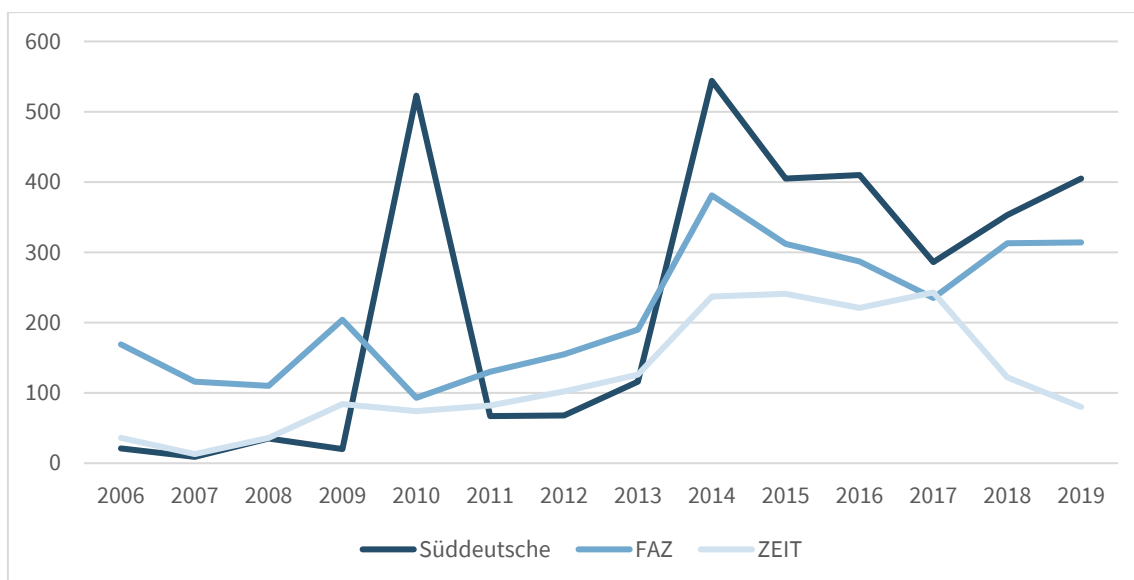


Abbildung 25 Anzahl der jährlichen Artikel zu "Weltgesundheitsorganisation"

auf Zeit.de, FAZ Archiv und Süddeutsche Zeitung (manuelle Suche über Suchfunktion der Webseiten)

International sieht es zumeist ähnlich aus, mit deutlich mehr Treffern zur Weltgesundheitsorganisation als zu Globaler Gesundheit, auch wenn sich die Anzahl an Publikationen pro Jahr deutlich unterscheiden (**Abbildung 26**).

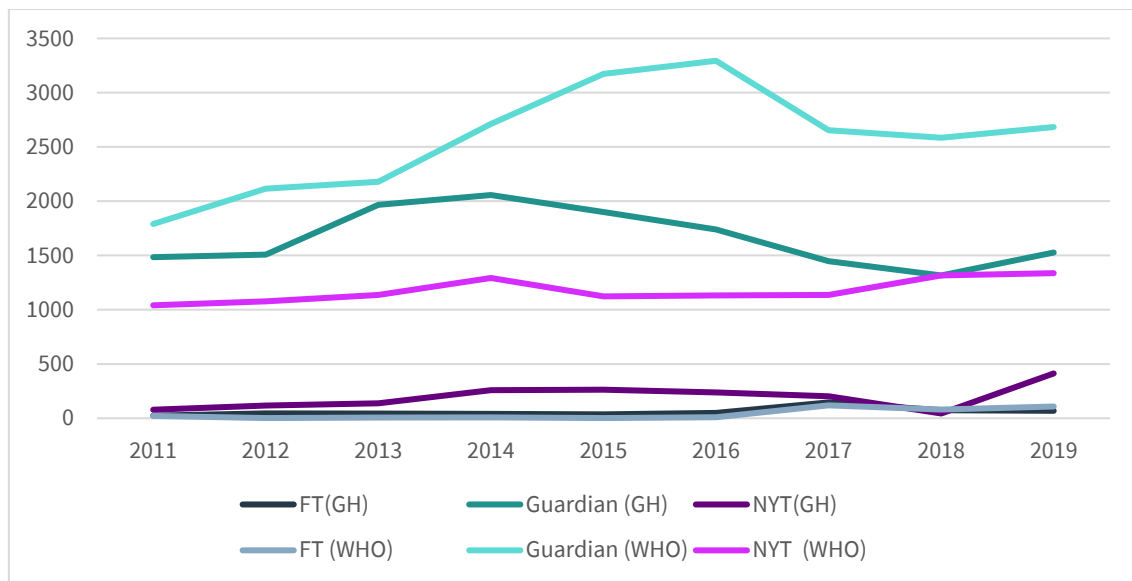


Abbildung 26 Vergleich der jährlichen Veröffentlichungen in englischsprachigen Medien zu Global Health (GH) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in der Financial Times (FT), dem Guardian und der New York Times (NYT)

Ausnahme bildet die Financial Times, die mehr Beiträge zu GH als zur WHO aufführt
(Abbildung 27):

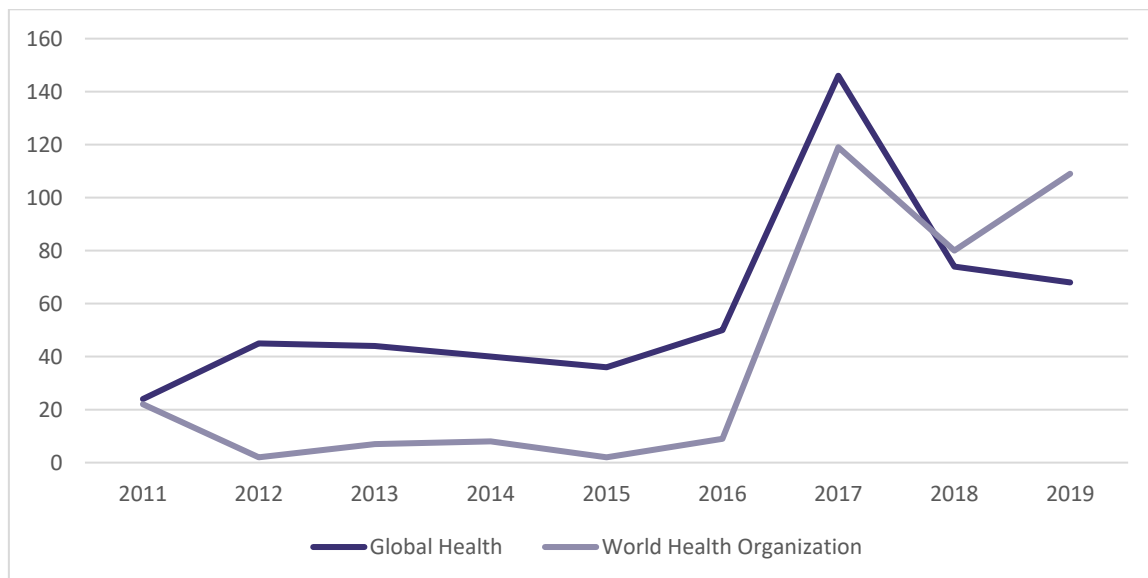


Abbildung 27 Anzahl der jährlichen Artikel zu "Global Health" und zur "World Health Organization" in der Financial Times.

Im Vergleich zu 2011 zeigt sich bei fast allen Journalen zu beiden Stichworten eine Zunahme der Artikel pro Jahr mit jedoch deutlichen Schwankungen in der Zwischenzeit, die vor allem durch konkrete Ereignisse wie die Ebola-Epidemie in 2014-2016 beeinflusst sind.

Diskussion

Die hier gezeigten Ergebnisse demonstrieren eine Zunahme der Berichterstattung zu GH-assozierten Themen seit 1946 und auch nochmal seit 2011 in den hier analysierten deutschen und englischsprachigen Medien. Die Verwendung der APIs erlaubt dabei eine relativ genaue und computergestützte Auswertung, die theoretisch auch für eine weitergehende Inhaltsanalyse genutzt werden kann. Limitation dieser kurzen Analyse sind dabei die unscharfe Unterscheidung zwischen online und nur in Print erschienen Artikeln und Beiträgen, die fehlende weiterführende Inhaltsanalyse, sowie die teilweise nicht soweit zurückreichende Archiv-Funktion der Online-Angebote.

Verwendete Quellen und Software

Software:

Excel für Microsoft 365 (Version 2005, Build 12827.20336) mit PowerQuery. Microsoft Corporation 2020

Google Sheets (Online-Software) Available under <https://docs.google.com/spreadsheets>. Google LLC 2020

Postman API Client (Version 7.26.1) Available under <https://www.postman.com/downloads/>. Postman Inc. 2020

ImportJSON (Version 1.6.0) Available under <https://github.com/bradjasper/ImportJSON>. Copyright 2017-2019 Brad Jasper und 2012-2017 Trevor Lohrbeer

Medienquellen:

The New York Times Developer Network (<https://developer.nytimes.com/>)

ZEIT ONLINE Content API (<http://developer.zeit.de/index/>)

The Guardian OpenPlatform (<https://open-platform.theguardian.com/>)

Financial Times Developer Programme (<https://developer.ft.com/portal/>)

Süddeutsche (<https://www.sueddeutsche.de/news>)

Frankfurter Allgemeine Zeitung FAZ.NET (<https://www.faz.net/suche/>)

11 Verzeichnis der akademischen Lehrer

Arabin, Bartsch, Bauer S., Baum, Becker A., Becker K., Bertoune, Bien, Bösner, Bohlander, Brehm, Burchert, Cetin, Czubayko, Daut, Decher, Del Rey, Dodel, Donner-Banzhoff, Duda, Eberhart, Ellenrieder, Fendrich, Fenner, Feuser, Fuchs-Winkelmann, Gerken, Görg, Greulich, Gress, Giese, Grgic, Haberhausen, Häußermann, Hertl, Heverhagen, Hofmann, Höffken, Holst, Hoyer, Hundt, Jerrentrup A., Jerrentrup L., Kalder, Kann, Kanngießer, Kill, Kinscherf, Kircher, Klose, Kolb-Niemann, König, Koolmann, Kühnert, Kühne, Krug, Kruse, Leonhardt, Lill, Lohoff, Lüers, Maier, Maisch, Meissner, Metzelder, Michl, Moll, Moosdorf, Müller, Mueller, Mutters, Mylius, Neubauer, Neumüller, Nikolaizik, Nimsky, Oertel, Oliver, Pagenstecher, Plant, Preisig-Müller, Printz, Ramaswamy, Reese, Renz, Richter, Riera-Knorrenschild, Roeßler, Rost, Rucholtz, Sahmland, Schäfer H., Schäfer J., Schäfer S., Schieffer, Schmidt, Schu, Schulze, Seifart, Seitz, Sekundo, Sevinc, Sommer, Stahl, Steinfeld, Steiniger, Steinkamp, Stiewe, Strik, Suske, Teymoortash, Vogelmeier, Vogt, Wagner, Waldmann, Weihe, Werner, Westermann Ra., Westerman Ro., Wiegand, Wilhelm, Wißniowski, Worzfeld, Wrocklage, Wulf, Zemlin, Zentgraf, Zoremba, Zwioerek.

12 Danksagung

Diese Arbeit wäre ohne die Unterstützung einer ganzen Reihe von Menschen und Organisationen nicht möglich gewesen. Zuallererst gebührt der Dank den Interview-Teilnehmern, die mit ihrer Erfahrung, Wissen, persönlichem Einsatz und Zeit diese Arbeit überhaupt erst möglich gemacht haben, und auf deren Aussagen diese Arbeit beruht. Der nächste Dank gilt Frau Dr. rer. nat. Elisabeth Szabo, die einen Teil der Interviews transkribiert hat. Eine große Unterstützung und Hilfe im Forschungsprozess war die AG Qualitative Forschung der Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin mit ihren monatlichen Treffen, Vorstellung von Methoden und Feedback zu Zwischenergebnissen dieser Forschungsarbeit. In ähnlicher Weise formativ waren die Netzwerktreffen und Aktivitäten der Global Health Alliance Deutschland, einem Netzwerk von Studierenden und Lehrenden mit Interesse an Global Health.

Den größten Anteil am Entstehen dieser Arbeit hat mein Doktorvater, Prof. Dr. med. Stefan Bösner, ohne dessen Idee und Anfrage diese Arbeit nicht existieren würde. Mit seiner großen fachlichen und persönlichen Kompetenz hat er mich mit großer Geduld bei dieser Arbeit begleitet und ist mir dabei beruflich und persönlich in vielen Aspekten zum Vorbild geworden.

Die vergangenen fünf Jahre durfte ich innerhalb eines wertvollen Netzes aus Familie und Freunden erleben, die mich mit Ermutigung, Motivation, Korrektur, Mitdenken, Zuhören, Ablenken und echter Freundschaft unterstützt haben: Meine Eltern HH und CH, meine Schwestern DH und AK mit ihrer Familie, enge Freunde und Begleiter in Marburg, London und darüber hinaus mit J+D R mit Familie, D+ G B mit Familie, KS, SO, H+N H mit Familie, M+R H, C G mit Familie, CS, J+J Y und A+M W. Und dann geht der Dank vor allem an meine Verlobte, KS, die mein „Ich muss noch Doktorarbeit machen“ ausgehalten und unterstützt hat, und sogar die Arbeit noch Korrektur gelesen hat. So ein Support ist alles andere als selbstverständlich - ganz vielen Dank!