

Aus dem Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie
der Medizinischen Fakultät der Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**Eine Querschnittsanalyse der Ausbildungssituation in Global Health
unter Medizinstudierenden in Deutschland sowie ein Rahmenkonstrukt
für die Lehre in Global Health zur Anwendung in Monitoring, Evaluation
und Kurskonzeption**

Zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Kayvan Bozorgmehr

aus Boroojerd, Iran

Gutachter: 1. Prof. Dr. S. N. Willich
 2. Prof. Dr. med. A. Krämer
 3. Priv.-Doz. Dr. med. W. Bruchhausen

Datum der Promotion: 30.11.2012

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS | 3 |
| PUBLIKATIONSÜBERSICHT | 4 |
| ZUSAMMENFASSUNG DER AUSGEWÄHLTEN PUBLIKATIONEN | 5 |
| ABSTRACT | 5 |
| 1. EINLEITUNG UND ZIELSTELLUNG | 7 |
| 1.1. ZIELSTELLUNG I | 8 |
| 1.2. ZIELSTELLUNG II | 9 |
| 2. METHODIK | 9 |
| 2.1. STUDIENDESIGN | 9 |
| 2.2. FRAGEBOGEN..... | 9 |
| 2.3. STRATIFIZIERUNG | 10 |
| 2.4. STATISTIK | 10 |
| 2.5. METHODIK DER ERSTELLUNG DES RAHMENKONSTRUKTS FÜR DIE LEHRE IN GLOBAL HEALTH..... | 10 |
| 3. ERGEBNISSE | 11 |
| 3.1. ERGEBNISSE DER ANALYSE DER AUSBILDUNGSSITUATION..... | 11 |
| 3.1.1. <i>Baseline Charakteristika</i> | 11 |
| 3.1.2. <i>Studienbezogene Auslandsaufenthalte, Zielländer und Vorbereitung</i> | 11 |
| 3.1.3. <i>Teilnahme an Tropenmedizin- /Global Health-Kursen</i> | 12 |
| 3.1.4. <i>Verfügbarkeit von Lehrangeboten zu Global Health und wahrgenommene Ausbildungsbedürfnisse</i> | 12 |
| 3.1.5. <i>Wichtung sozialer Determinanten der Gesundheit (SDG)</i> | 13 |
| 3.1.6. <i>Objektive und subjektive Bewertung des Wissenstands zu ausgewählten Global Health Themen</i> | 14 |
| 3.2. ERGEBNISSE DER ERSTELLUNG DES RAHMENKONSTRUKTS FÜR DIE LEHRE IN GLOBAL HEALTH | 14 |
| 3.2.1. <i>Dimensionen der Globalität</i> | 14 |
| 3.2.2. <i>Hauptmerkmale und Indikatoren der Lehre in Global Health</i> | 15 |
| 4. DISKUSSION | 16 |
| 4.1.1. <i>Studienbezogene Auslandsaufenthalte, Zielländer und Vorbereitung</i> | 16 |
| 4.1.2. <i>Teilnahme an Tropenmedizin- /Global Health-Kursen</i> | 16 |
| 4.1.3. <i>Objektive und subjektive Bewertung des Wissenstands zu ausgewählten Global Health Themen</i> | 17 |
| 4.1.4. <i>Verfügbarkeit von Lehrangeboten zu Global Health und wahrgenommene Ausbildungsbedürfnisse</i> | 17 |
| 4.1.5. <i>Wichtung sozialer Determinanten der Gesundheit (SDG)</i> | 18 |
| 4.1.6. <i>Limitationen</i> | 18 |
| 5. SCHLUSSFOLGERUNGEN | 19 |
| LITERATURVERZEICHNIS | 21 |
| ANTEILSERKLÄRUNG | 26 |
| DRUCKEXEMPLARE DER AUSGEWÄHLTEN PUBLIKATIONEN | 28 |
| LEBENS LAUF | 31 |
| KOMPLETTE PUBLIKATIONS LISTE | 32 |
| SELBSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG | 35 |
| DANKSAGUNG | 36 |
| ANNEX I: FRAGEBOGEN | 37 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-----|---|
| GH | Global Health |
| GHK | Global Health-Kurs / Kurs zu Global Health |
| HDI | Human Development Index |
| M | Mittelwert |
| Md | Median |
| N | absolute Häufigkeit |
| SD | Standardabweichung |
| SDG | soziale Determinanten der Gesundheit |
| TMK | Tropenmedizinikurs / Kurs der Tropenmedizin |
| UK | Vereinigtes Königreich |
| USA | Vereinigte Staaten von Amerika |
| WHO | Weltgesundheitsorganisation |

Publikationsübersicht

Dieser Dissertationsschrift, die im Rahmen einer Publikationspromotion durchgeführt wurde, liegen die folgenden Hauptpublikationen zu Grunde:

Publikation I:

- **Titel: 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)**
- **Autoren: Kayvan Bozorgmehr, Kirsten Schubert, Johannes Menzel-Severing, Peter Tinnemann**
- **Journal: BMC Medical Education**
- **Volume: 10**
- **DOI: 10.1186/1472-6920-10-66**
- **Verlag: BioMed Central Ltd.**
- **Erscheinungsdatum: 08.10.2010**

Publikation II:

- **Titel: 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)**
- **Autoren: Kayvan Bozorgmehr, Johannes Menzel-Severing, Kirsten Schubert, Peter Tinnemann**
- **Journal: BMC Medical Education**
- **Volume: 10**
- **DOI: 10.1186/1472-6920-10-67**
- **Verlag: BioMed Central Ltd.**
- **Erscheinungsdatum: 08.10.2010**

Publikation III:

- **Titel: The 'global health' education framework: a conceptual guide for monitoring, evaluation and practice**
- **Autoren: Kayvan Bozorgmehr, Victoria A. Saint, Peter Tinnemann**
- **Journal: BMC Globalization and Health**
- **Volume: 7**
- **DOI: 10.1186/1744-8603-7-8**
- **Verlag: BioMed Central Ltd.**
- **Erscheinungsdatum: 18.4.2011**

Zusammenfassung der ausgewählten Publikationen

Abstract

Hintergrund und Zielstellung: Die mit Globalisierung einhergehenden Veränderungen haben einschneidende Wirkungen auf die Gesundheit weltweit. Auf internationaler Ebene wird daher zunehmend die Aufnahme von Global Health in die Ausbildung der Gesundheitsberufe diskutiert. In Deutschland gab es bislang keine Untersuchungen zur Ausbildungssituation in Global Health. Primäre Ziele der Publikationen I und II waren die Bestimmung von Ausbildungsbedürfnissen, -defiziten sowie des potentiellen Nutzens der Lehre in Global Health. Primäres Ziel der Publikation III war die erstmalige Formulierung von Merkmalen und Indikatoren im Sinne eines Rahmenkonstrukts für die Lehre in Global Health.

Methodik: Zur Analyse der Ausbildungssituation (*Publikationen I und II*) wurde eine bundesweite Querschnittsstudie mittels eines strukturierten, web-basierten Fragebogens unter Medizinstudierenden aller Studienabschnitte durchgeführt. Zur Bestimmung der Ausbildungsbedürfnisse wurden studienbezogene Auslandsaufenthalte, die Vorbereitung vor Auslandsaufenthalten, Zielländer, Teilnahme an Kursen zu Global Health- und Tropenmedizin, die Nachfrage nach Lehrangeboten zu Global Health und deren Verfügbarkeit an den jeweiligen Fakultäten erfasst.

Zur Bestimmung der Ausbildungsdefizite wurde eine objektive und subjektive Bewertung des Wissensstands zu ausgewählten Global Health Themen durchgeführt. Die Erfassung des potentiellen Nutzens der Lehre in Global Health erfolgte anhand einer Wichtung der Bedeutung ausgewählter sozialer Determinanten der Gesundheit in der Lehre. Die Formulierung der Merkmale und Indikatoren des Rahmenkonstrukts für die Lehre in Global Health (*Publikation III*) erfolgte durch Deduktion, aufbauend auf eigenen Vorarbeiten und der existierenden Primärliteratur.

Ergebnisse: In die Analyse der Ausbildungssituation (*Publikationen I und II*) gingen 1126 ausgefüllte Fragebogen ein. 65,0% der Befragten über dem 9. Fachsemester gaben mindestens einen studienbezogenen Auslandsaufenthalt an. 36,0% der Befragten mit Auslandserfahrung absolvierten ihre studienbezogenen Auslandsaufenthalte in einem „Entwicklungsland“. 79,0% der angegebenen Arten der Vorbereitung fielen in die Kategorie „Literaturstudium“. 87,8 %, bzw. 72,6% der Befragten im 9.-12. Fachsemester hatten noch nie einen Global Health-Kurs, bzw. Tropenmedizin-Kurs absolviert. 94,0% der Befragten befürworteten die Einrichtung von Lehrangeboten zu Global Health. Sozialen Determinanten der Gesundheit wurde in Abhängigkeit vom Mobilitätsmuster, der Teilnahme an Global Health-Kursen sowie (teilweise) Kursen der Tropenmedizin eine signifikant höhere Bedeutung beigemessen. Das entwickelte Rahmenkonstrukt für die Lehre in Global Health (*Publikation III*)

formuliert für Gesundheitsberufe einen theoretischen Rahmen zur handlungsorientierten Auseinandersetzung mit Global Health und stellt für Monitorings- und Evaluationzwecke zehn Indikatoren für empirische Analysen zur Verfügung.

Schlussfolgerung: Durch die Querschnittsstudie (*Publikationen I und II*) konnte in der Stichprobe eine ausgeprägte Mobilität belegt werden. Die Teilnahme der Befragten an formalen Vorbereitungskursen für ihre Auslandsaufenthalte ist verschwindend gering. In der Stichprobe ließen sich eine hohe Unzufriedenheit mit dem bestehenden Lehrangebot zu Global Health sowie eine hohe Nachfrage nach entsprechenden Lehrangeboten erkennen. Hinsichtlich des potentiellen Nutzens der Lehre in Global Health konnten wir feststellen, dass eine höhere Wichtung von sozialen Determinanten der Gesundheit nicht nur mit Aufhalten in „Entwicklungsländern“, sondern auch jeweils mit Kurseexpositionen zu Global Health und (teilweise) Tropenmedizin assoziiert ist. Hierin liegt bisher ungenutztes Potenzial von Synergieeffekten bei der Entwicklung von Lehrangeboten, die auf die Förderung der studentischen Auseinandersetzung mit sozialen Determinanten der Gesundheit abzielen. Die Querschnittsstudie lieferte widersprüchliche Aussagen zur Verfügbarkeit von Lehrangeboten zu Global Health an medizinischen Fakultäten. Ausschlaggebend hierfür waren möglicherweise die heterogene Nutzung des Begriffs „globale Gesundheitsthemen“ sowie der damit einhergehende subjektive Spielraum bei der Beantwortung der entsprechenden Frage zur Kursverfügbarkeit. Somit limitierten die fehlende einheitliche Definition von Global Health sowie der fehlende Konsens über die Lehrinhalte die Möglichkeiten empirischer Untersuchungen in diesem Bereich. Durch das in Publikation III erarbeitete Rahmenkonstrukt für die Lehre in GH wurden eindeutige Merkmale der Lehre in GH identifiziert und Limitationen gängiger Diskurse zu „Globalität“ behoben. Dadurch könnten die analytischen Probleme der Ausbildungsforschung in diesem Bereich überwunden und international vergleichbare Daten generiert werden.

1. Einleitung und Zielstellung

Die mit Globalisierung (1) einhergehenden gesellschaftlichen, ökonomischen (2), politischen (3) und ökologischen (4) Veränderungen haben einschneidende Auswirkungen auf die Gesundheit weltweit (5). In den Gesundheitswissenschaften findet diese These zunehmend Anerkennung (6;7). Auf internationaler Ebene wird daher verstärkt die Aufnahme des Lehr- und Forschungsfelds Global Health (GH) in die Ausbildung der Gesundheitsberufe diskutiert. Dadurch soll auf die mit Globalisierung einhergehenden Herausforderungen und damit verbundenen neuen Ausbildungsbedürfnissen reagiert werden (8-12).

Hinsichtlich der veränderten Ausbildungsbedürfnisse kommt den sozialen Determinanten der Gesundheit (SDG) (13) eine besondere Bedeutung zu, da insbesondere diese durch wechselseitige Prozesse der Globalisierung beeinflusst werden (14). Die Kommission zu SDG der Weltgesundheitsorganisation (WHO) forderte im Jahre 2008, dass „Bildungseinrichtungen und zuständige Ministerien die sozialen Determinanten der Gesundheit zu einem standardmäßigen und verpflichtenden Teil der Ausbildung der Gesundheitsberufe machen“ (15). In (West-) Deutschland ist die Auseinandersetzung mit SDG im Rahmen gesundheitswissenschaftlicher Fächer seit den 70er Jahren verpflichtender Teil der medizinischen Ausbildung (16). Ihre Implementierung in Curricula wurde jedoch immer wieder als unzureichend kritisiert (17-21). Weiterhin wurde nachgewiesen, dass Medizinstudierende in Deutschland ein mangelndes Interesse an gesundheitswissenschaftlichen Fächern (*des früheren „Ökologischen Stoffgebiets“*) äußern und diese Fächer als irrelevant für ihre Berufsausübung erachten (22;23). Es bleibt bisher jedoch unklar, welche Maßnahmen (*außer Adaptationen der Lehrmethodik* (24;25)) dazu führen könnten, das Interesse an SDG unter Medizinstudierenden zu fördern.

Rowson und seine KollegInnen postulieren (26), dass heutige Medizinstudierende, insbesondere jene aus Industrieländern, sich durch eine hohe Mobilität im Studium auszeichnen und dadurch mit dem Themenfeld GH in Berührung kämen. Dieser Kontakt zur Welt biete die Möglichkeit, den Studierenden die SDG in einer globalen Dimension näher zu bringen (26). Verfügbare Daten zur Mobilität von Studierenden aus dem Vereinigten Königreich (UK) (27) oder den Vereinigten Staaten von Amerika (USA) (28) sprechen für die Plausibilität dieser These. Auf die hohe Mobilität wurde mit der Einrichtung neuer Lehrangebote reagiert, so z.B. in UK mit Kursen zur unmittelbaren Vorbereitung für studienbezogene Auslandsaufenthalte (29), oder mit umfassenden International Health-Kursen (9). Die Verfügbarkeit solcher Lehrangebote an medizinischen Fakultäten war in vielen Ländern bereits Gegenstand von nationalen Datenerhebungen, so z.B. in UK (30), Kanada (31) oder Italien (32). Auch internationale (bisher unveröffentlichte) Studien wurden mit dem Versuch durchgeführt das Lehrangebot

in International Health (33) oder GH (26) in der internationalen Bildungslandschaft zu bestimmen. Ebenso wurden Befragungen zur Bestimmung der Nachfrage nach entsprechenden Lehrangeboten oder der Zufriedenheit mit dem bestehenden Angebot durchgeführt, so z.B. unter Medizinstudierenden am King's College in London (34).

In Deutschland gab es bislang keine Untersuchungen zur Ausbildungssituation in GH. Internationale, an die Dekane medizinischer Fakultäten gerichtete Studien zur Bestimmung des Kursangebots zu internationalen (33), bzw. globalen Themen (26) blieben aus Deutschland entweder unzufriedenstellend (33) oder gänzlich unbeantwortet (26).

Zur studentischen Mobilität liegen repräsentative Daten vor, die jedoch in Bezug auf Zielländer, Tätigkeiten oder Vorbereitung der Studierenden lückenhaft sind (35;36). Unklar ist auch, welches Wissen Medizinstudierende in Deutschland zu GH Themen aufweisen. Darüber hinaus fehlt empirische Evidenz, die einen potentiellen Nutzen der Lehre in GH belegen könnte, insbesondere in Abgrenzung zu etablierten Fächern wie der Tropenmedizin.

1.1. Zielstellung I

Primäre Ziele der Publikationen I und II waren die Bestimmung von Ausbildungsbedürfnissen, -defiziten und des potentiellen Nutzens der Lehre in GH. Folgende Fragen sollten durch die Studie beantwortet werden:

- (1) Wie häufig sind studienbezogene Auslandsaufenthalte unter Medizinstudierenden in Deutschland und in welchen Zielländern werden diese absolviert?
- (2) Wie bereitet sich die Zielgruppe auf studienbezogene Auslandsaufenthalte vor?
- (3) Wie hoch ist die Teilnahmequote an Kursen der Tropenmedizin (TMK), bzw. Global Health (GHK)?
- (4) Wie hoch ist die Verfügbarkeit von Lehrangeboten zu GH an den Universitäten der Befragten?
- (5) Wie hoch ist die Nachfrage nach Lehrangeboten zu GH und wie hoch ist die Zufriedenheit mit dem bestehenden Lehrangebot? (*wahrgenommene Ausbildungsbedürfnisse; engl.: perceived needs*)
- (6) Welche Bedeutung misst die Zielgruppe den sozialen Determinanten der Gesundheit (SDG) in der Lehre bei? Gibt es eine Assoziation zwischen der individuellen Wichtung der SDG und a) studentischen Mobilitätsmustern, b) der Teilnahme an TMK, c) der Teilnahme an GHK?
- (7) Was weiß die Zielgruppe über ausgewählte GH Themen?

Bei der Untersuchung der Ausbildungssituation in Deutschland zeigte sich, dass empirische Analysen in diesem Bereich einerseits durch widersprüchliche und uneinheitliche Definitionen des Begriffs „Global Health“ (37) und andererseits durch den fehlenden Konsens über die Lehrinhalte des Fachgebiets (38) erschwert werden.

1.2. Zielstellung II

Primäres Ziel der Publikation III war die erstmalige Ausarbeitung von Merkmalen und Indikatoren im Sinne eines Rahmenkonstrukts für die Lehre in GH zur Anwendung bei der praktischen Kurskonzeption sowie zukünftigen empirischen Analysen der Ausbildungssituation.

2. Methodik

Die den Publikationen I und II zu Grunde liegende Datenerhebung entstand aus einer Kooperation der Globalisation and Health Initiative der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) mit dem Deutschen Ärzteblatt-Studieren.de. Die wissenschaftliche Auswertung der Daten erfolgte in Kooperation mit der Charité - Universitätsmedizin Berlin. Diese Auswertung wird im Folgenden dargestellt. Auf die Methodik, die der Publikation III zu Grunde liegt wird anschließend unter 02.5 eingegangen.

2.1. Studiendesign

Zur Analyse der Ausbildungssituation (*Publikationen I und II*) wurde von Mai bis Dezember 2007 eine bundesweite Querschnittsstudie mittels eines strukturierten, web-basierten Fragebogens unter Medizinstudierenden aller Studienabschnitte durchgeführt. Die TeilnehmerInnen wurden per Email über Mailing-Listen der bvmd sowie aller 36 medizinischen Fachschaften rekrutiert. Die Befragung erfolgte anonym und die TeilnehmerInnen gaben ihr Einverständnis zur Auswertung ihrer Antworten zum Zwecke der Verbesserung der Lehrsituation.

2.2. Fragebogen

Der der Datenerhebung zu Grunde liegende Fragebogen umfasste insgesamt 28 Fragen (*siehe Annex I*). Diese dienten der Bestimmung:

- der Anzahl bisher absolvierter studienbezogener Auslandsaufenthalte, der Zielländer, der jeweiligen im Ausland durchgeführten Tätigkeiten sowie der Art der Vorbereitung vor Auslandsaufenthalten (*Annex I: 1.1 - 1.9; 2.2*),
- der Teilnahmequote an TMK , bzw. GHK zum Zeitpunkt der Befragung (*Annex I: 4.8; 4.9*),
- des bestehenden Lehrangebots zu GH an den Universitäten der Befragten (*Annex I: 4.3.; 4.4*),
- der wahrgenommenen Ausbildungsbedürfnisse, bzw. der Nachfrage nach Lehrangeboten zu GH (*Annex I : 4.6*) sowie der Zufriedenheit mit dem bestehenden Lehrangebot (*Annex I: 4.5*),
- des potentiellen Nutzens der Lehre in GH hinsichtlich der Bedeutung, die die Befragten verschiedenen SDG bei der Vorbereitung eines studienbezogenen Auslandsaufenthalt beimessen (*Annex I: 2.1.4 - 2.1.8*),

- des objektiven Wissenstands der Befragten zu ausgewählten GH Themen (*Annex I: 3.1 - 3.5*),
- des subjektiven Wissenstands der Befragten zu Themen „Globaler Gesundheit“ auf einer Skala von 1 („eher gut“) bis 6 („eher schlecht“) (*Annex I: 4.2*) sowie
- soziodemographischer Merkmale (*Alter, Semesterzahl, Universitätszugehörigkeit*) (*Annex I: 5.1 - 5.3*).

2.3. Stratifizierung

Es erfolgte eine Stratifizierung der Stichprobe anhand der Variablen „Mobilität“ und „Kursexposition“ (*Publikation I: Table 1*). Die Zielländer wurden anhand des Human Development Index (HDI) (39) in die Kategorien „Industrieland“ (HDI > 0.85) bzw. „Entwicklungsland“ (HDI < 0.85) eingeteilt.

2.4. Statistik

Bei der Analyse der metrischen Variablen wurden die absolute Häufigkeit (N), der Mittelwert (M), Konfidenzintervalle, die Standardabweichung (SD), Extrema, Quartile (25. und 75. Perzentil) und der Median (Md) errechnet. Zum Vergleich der Verteilung von kategorialen oder ordinalen Variablen unabhängiger Stichproben wurde der exakte Test nach Fisher verwendet. Zur Bestimmung der Verteilung intervall-skalierten Daten wurde der Kolmogorov-Smirnov Test angewandt. Zum Vergleich der Werte zweier unabhängiger Stichproben, bei denen nicht von einer Normalverteilung ausgegangen werden konnte, wurde der Mann-Whitney U Test verwendet. Beim Vergleich von mehr als zwei unabhängigen Stichproben wurde der Kruskal-Wallis Test verwendet. Alle Signifikanztests wurden zweiseitig zum Signifikanzniveau $\alpha = 0.05$ durchgeführt. Die statistischen Analysen erfolgten initial mit der Software SAS © version 9.1 und anschließend mit SPSS © version 18.0. Die Abbildungen wurden mit Microsoft Excel ® 2002 sowie Adobe Illustrator ® CS2 version 12.0.1 erstellt und bearbeitet.

2.5. Methodik der Erstellung des Rahmenkonstrukts für die Lehre in Global Health

Die Deduktion von Merkmalen und Indikatoren zur Formulierung eines Rahmenkonstrukts für die Lehre in Global Health erfolgte u.a. aufbauend auf eigener Vorarbeit (37). Anhand einer dialektischen Herangehensweise wurde eine kritische Durchsicht und Diskussion der Definitionen des Begriffs „Global Health“ vorgenommen (37). Um die Dialektik des Begriffs zu verdeutlichen wurden identifizierte Konnotationen des „Globalen“ (*weltweit/universal; grenzübergreifend; supraterritoriell; holistisch*) an ausgewählte Gesundheitsprobleme (*Mangel-/Fehlernährung; HIV, Tuberkulose & Malaria; Müttersterblichkeit*) angewandt (37). Ergänzend zu existierenden GH Definitionen, erfolgte in Publikation III die Deduktion von charakteristischen Merkmalen der Lehre in GH in vier unterschiedlichen Kategorien („Gegenstand“; „Orientierung“; „Methodik“; „Lernergebnisse“).

Die Synthese und Abgrenzung verschiedener Dimensionen des „Globalen“ erfolgte zusätzlich durch die Zusammenführung und Abwandlung existierender Modelle zu „Sozialen Determinanten der Gesundheit“ (40) sowie zu „Globalisierung und Gesundheit“ (5). Es erfolgte eine rationale Validierung der Argumente, die zur Formulierung von insgesamt zehn Indikatoren in den o.g. vier Kategorien führten.

3. Ergebnisse

3.1. Ergebnisse der Analyse der Ausbildungssituation

3.1.1. Baseline Charakteristika

In die Analyse gingen die Daten von insgesamt 1126 Befragten ein. Bezogen auf die Grundgesamtheit aller im Wintersemester 2007/2008 eingeschriebenen Medizinstudierenden in Deutschland ($N = 78067$) (41) entspricht dies einer Rücklaufquote von 1,4%. „Table 2“ der Publikation I enthält die erhobenen Baseline Charakteristika der Stichprobe. Zur Verteilung der Universitätszugehörigkeit siehe „Additional File 1“ (*Publikation I*).

3.1.2. Studienbezogene Auslandsaufenthalte, Zielländer und Vorbereitung

Bezogen auf die Gesamtheit der Stichprobe ($N = 1126$) gaben 33,0% an zum Zeitpunkt der Befragung mindestens einen studienbezogenen Auslandsaufenthalt absolviert zu haben. Bei Studierenden über dem 9. Semester stieg dieser Anteil auf 65,0% an. 66,0% der Studierenden, die bisher noch nicht im Ausland waren, gaben an einen Auslandsaufenthalt zu planen.

12,0% aller Befragten, bzw. 36,0% derer mit Auslandserfahrung, absolvierten ihre studienbezogenen Auslandsaufenthalte überwiegend in als „Entwicklungsland“ kategorisierten Ländern. 20,0% aller Befragten, bzw. 62,0% derer mit Auslandserfahrung, absolvierten ihre studienbezogenen Auslandsaufenthalte überwiegend in als „Industrieland“ kategorisierten Ländern. 63,0% aller angegebenen Länder lagen auf dem europäischen oder nordamerikanischen Kontinent, 31,0% hingegen in Afrika, Asien oder Südamerika.

84,0% aller Angaben zu Tätigkeiten im Ausland waren klinischer Art. 36,0% der Befragten mit Auslandserfahrung gaben an sich „nicht besonders vorbereitet“ zu haben, obgleich sie mit anderen Gesundheitssystemen in Kontakt kamen. Davon absolvierten 81,0% ihre Auslandsaufenthalte vorwiegend in „Industrielländern“. 59,0% der Befragten mit Auslandserfahrung gaben eine Vorbereitung aus den vorgegebenen Kategorien oder in ihren freien Antworten an. Diese wurden in die Kategorien „Selbststudium“, bzw. „Kurse“ zusammengefasst und dargestellt. (*Pubikation I: Table 3*)

3.1.3. Teilnahme an Tropenmedizin- /Global Health-Kursen

84,0% aller Studierenden hatten zum Zeitpunkt der Befragung noch nie an einem „Kurs der Tropenmedizin“ teilgenommen, 91,0% noch nie „an einem Angebot zu Themen der Globalen Gesundheit“.

„Table 4“ in Publikation I stellt die Teilnahme der Befragten an TMK/GHK in Abhängigkeit von der Semesterzahl dar. Für beide Kurse bestand ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Semesteranzahl und Kursteilnahme. 72,6%, bzw. 87,8% der Studierenden über dem 9. Fachsemester gaben an, noch nie an einem TMK bzw. GHK teilgenommen zu haben.

Die Teilnahme an TMK/GHK in Abhängigkeit vom Ort des Auslandsaufenthalts sind in „Figure 5“ der Publikation I aufgeführt. Für beide Kurse bestand ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Ort des Auslandsaufenthalts und der Kursteilnahme. Die Teilnahme an beiden Kursarten war bei Studierenden, die ihre Auslandspraktika vorwiegend in „Entwicklungsländern“ absolvierten häufiger, als bei Studierenden, die vorwiegend in „Industrieländern“ waren. Diese wiederum nahmen häufiger an den Kursen teil als die Studierenden ohne jegliche Auslandserfahrung.

3.1.4. Verfügbarkeit von Lehrangeboten zu Global Health und wahrgenommene Ausbildungsbedürfnisse

16,0% der Befragten beantworteten die Frage „Gibt es an deiner Fakultät Unterricht zu derartigen globalen Gesundheitsthemen?“ (*Annex I: 4.3*) mit „Ja“, 36,0% mit „Nein“ und die Mehrzahl (47,0%) mit „Weiß nicht“. In niedrigen Semestern war das Informationsdefizit zum curricularen Angebot größer als in höheren. Der Anteil der Studierenden, die die Frage verneinten war in höheren Semestern höher. Weniger als 20,0% der jeweiligen Semestergruppen bejahte die Kurseexistenz (*Publikation I: Figure 6*). Die Antworten zur Verfügbarkeit des Kursangebots an den einzelnen Fakultäten waren jedoch widersprüchlich (*Publikation I: Figure 8*). Daher sind Schlussfolgerungen zur Existenz von „Unterricht zu derartigen globalen Gesundheitsthemen“ auf Fakultätsebene anhand der erhobenen Daten nicht eindeutig möglich.

Die Zustimmung zur Einrichtung von entsprechenden Lehrveranstaltungen, bzw. die Nachfrage nach solchen Lehrveranstaltungen war, durch alle Studienabschnitte hindurch, in ähnlichem Maße vorhanden (*Publikation I: Figure 13*). Auf die Frage „Findest du das bestehende Angebot ausreichend?“ antworteten 7,0% der Befragten „Ja“, 39,0% „Nein“ und 54,0% „Kann ich nicht beurteilen“ (*Publikation I: Figure 9*).

„Figure 10“ der Publikation I stellt die Beantwortung dieser Frage in Abhängigkeit vom Auslandsaufenthalt dar. Die Befragten, die ihre Auslandserfahrungen überwiegend in „Entwicklungsländern“ machten, gaben signifikant häufiger an mit dem bestehenden Angebot nicht zufrieden zu sein, als die Befragten, die ihre Auslandsaufenthalte überwiegend in „Industrieländern“ absolvierten. Die Befragten ohne Auslandserfahrung gaben häufiger an, das Angebot nicht beurteilen zu können (*Publikation I: Figure 10*).

In Abhängigkeit von der Semesterzahl stieg der Anteil der Studierenden, die das bestehende Angebot nicht ausreichend fanden, auf fast das Doppelte an (*Publikation I: Figure 11*).

3.1.5. Wichtung sozialer Determinanten der Gesundheit (SDG)

Gemessen am Median kam dem Item „Wirtschaft“ die geringste, dem Item „Kultur, Sprachen, Religionen“ die größte Bedeutung zu (*Publikation II: Figure 1*). Der Einfluss der Semesterzahl und des Alters auf die Gewichtung der SDG erwies sich als statistisch nicht signifikant, auch wenn deskriptiv das Interesse an SDG mit zunehmendem Alter im Mittel abnahm (*Publikation II: Figure 3*). Ausgenommen davon ist das Item „Organisation des Gesundheitssystems“, welches von Studierenden aus vorklinischen Studienabschnitten und von Studierenden im Alter von 20 und 21 Jahren signifikant wichtiger bewertet wurde (*Publikation II: Figure 2 und 3*).

Für alle SDG bestanden statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen in Abhängigkeit vom Ort des Auslandsaufenthalts. Den Befragten, deren Auslandsaufenthalt vorwiegend in „Entwicklungsländern“ stattfand, waren die Items wichtiger als denen, die in „Industrieländern“ waren. Ausgenommen davon ist das Item „Organisation des Gesundheitssystems“, welches von Studierenden ohne Auslandserfahrung als wichtiger bewertet wurde (*Publikation II: Figure 4*).

Für die SDG konnten signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen in Abhängigkeit von der Teilnahme an TMK bzw. GHK gefunden werden.

Die Befragten, die bereits an einem TMK teilgenommen hatten, bewerteten die Items „Wirtschaft“ sowie „Kultur, Sprachen, Religionen“ wichtiger als die ohne Kurserfahrung. Die Unterschiede in der Gewichtung der anderen SDG waren statistisch nicht signifikant (*Publikation II: Figure 5*).

Die Befragten, die schon einmal an einem GHK teilgenommen hatten, bewerteten alle SDG wichtiger als die ohne Kurserfahrung. Ausgenommen hiervon ist das Item „Politik“, für welches eine grenzwertige Signifikanz vorlag (*Publikation II: Figure 6*).

3.1.6. Objektive und subjektive Bewertung des Wissenstands zu ausgewählten Global Health Themen

Von den maximal acht erreichbaren Punkten, die in der objektiven Bewertung des Wissenstands erzielbar waren (*Annex 1: 3.1 – 3.4.5*), erreichten die Befragten im Mittel 3,6 (SD 1,5). Das obere Quartil lag bei 4,0 Punkten. Die Ergebnisse der Fragen zum Inhalt der Deklaration von Alma Ata, Definitionen absoluter und relativer Armut sowie der demographischen Trends der Weltbevölkerung (*Fertilitätsraten und Lebenserwartung*) sind in „Figure 7“ der Publikation II aufgeführt.

Bei der Frage zu relativen Größenordnungen der Kindersterblichkeit (*U5MR*) erreichten die Befragten von fünf erreichbaren Punkten im Mittel 1,9 Punkte (SD 1,2), d.h. im Mittel weniger als statistisch bei einer durch Zufallsauswahl entstandenen Normalverteilung anzunehmen wäre. Die Verteilung der gewählten Länder pro Länderpaar zeigt „Figure 8“ der Publikation II.

Subjektiv bewerteten die Befragten ihre eigenen Kenntnisse zu den in der Definition „Globaler Gesundheit“ aufgeführten Themen (*Annex I: 4.2*) auf der Skala von 1 („eher gut“) bis 6 („eher schlecht“) im Mittel mit 4,7 (SD 1,0). 26,0% werteten ihre Kenntnisse als „eher schlecht“, lediglich 1,0% als „eher gut“. Bei der Selbstbewertung lagen statistisch signifikante Unterschiede zwischen einzelnen Gruppen vor. Studierende, die an GHK bzw. TMK teilgenommen hatten bewerteten ihre eigenen Kenntnisse besser als Befragte ohne Kursteilnahme. Je besser die Bewertung der eigenen Kenntnisse, desto höher war der Anteil der Kursteilnehmer.

3.2. Ergebnisse der Erstellung des Rahmenkonstrukts für die Lehre in Global Health

3.2.1. Dimensionen der Globalität

Das Rahmenkonstrukt unterscheidet verschiedene Dimensionen der Globalität, die in einer Vorarbeit (37) identifiziert wurden. Durch eine dialektische Herangehensweise wurde darin aufgezeigt, dass der Gegenstand eines Fachgebiets „Global Health“ in Forschung, Lehre oder Praxis hauptsächlich davon abhängt wie Globalität definiert wird. Es konnte gezeigt werden, dass die Konzeption des „Globalen“ als supraterritoriell für das Themenfeld GH die geringsten immanenten Widersprüche, als auch die geringste Redundanz mit anderen gesundheitswissenschaftlichen Bereichen (*Public Health, International Health*) mit sich bringt. GH beschäftigt sich – sofern Widersprüche und Redundanz vermieden, als auch wissenschaftliches „Neuland“ erschlossen werden sollen – folglich mit supraterritorienten Verbindungen zwischen den SDG von Menschen an beliebigen Orten der Welt (37). Der explizite Fokus auf diese Dimension des „Globalen“ erleichtert zudem, im Gegensatz zu

holistischen/allumfassenden Konzeptionen, empirische Analysen bei der Auseinandersetzung mit GH in den Bereichen Forschung, Lehre oder Praxis (37).

3.2.2. Hauptmerkmale und Indikatoren der Lehre in Global Health

Die vor diesem Hintergrund in Publikation III deduzierten Hauptmerkmale der Lehre in GH sind in „Table 1“ der Publikation III aufgeführt. Das Rahmenkonstrukt unterscheidet die Kategorien „Gegenstand“, „Orientierung“, „Methodik“ sowie „Lernergebnisse“ der Lehre in GH. Das Konstrukt berücksichtigt zusätzlich die Perspektive relevanter Akteure bei der Analyse der Ausbildungssituation in diesem Gebiet (*Publikation III: Figure 5*). Die Kategorien werden im Folgenden kurz erläutert, für weitere Details wird auf Publikation III verwiesen.

Beschäftigungsgegenstand der Lehre in GH sind die Einflüsse sozialer, politischer, ökonomischer und kultureller Faktoren auf die Gesundheit. Diese werden durch das Modell der „Sozialen Determinanten der Gesundheit“ (40) veranschaulicht. Das Rahmenkonstrukt ergänzt dieses Modell um weitere Dimensionen, die die Einflüsse der Globalisierung berücksichtigen. Dadurch ergeben sich drei essentielle Dimensionen (*Publikation III: Figure 2*), die durch die Lehre in GH abgedeckt werden sollten. Diese umfassen die territoriale, inter- oder transterritoriale sowie supraterritoriale Dimension. Die erste, bzw. zweite Dimension charakterisieren sich durch Universalität, bzw. grenzüberschreitende Vorgänge. Die letztere zeichnet sich hingegen durch Prozesse aus, die die SDG von Individuen und Bevölkerungen an beliebigen Orten (37), jedoch nicht zwingend überall (1), auf der Welt verbinden. Somit schließt die Lehre in GH auch die Auseinandersetzung mit heimischen Themen ein, sofern diese Faktoren darstellen, die die SDG von Menschen an beliebigen Orten der Welt verbinden.

Das Rahmenkonstrukt übernimmt die Forderung der WHO, die Ausbildung der Gesundheitsberufe anhand der Grundwerte des Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“ auszurichten (*Orientierung*) (42).

In Bezug auf die Lernergebnisse der Lehre in GH schlägt das Konstrukt (*für die Kurskonzeption*) eine handlungsorientierte Auseinandersetzung mit GH vor. Zur Untersuchung der Globalität von Kursen und Curricula (*d.h. für Monitoring- und Evaluationszwecke*) wird vorgeschlagen, sich nicht auf einzelne Themen einzuschränken, sondern vielmehr die Dimension der „Globalität“ tatsächlicher oder antizipierter Lernziele zu erfassen. Dem Rahmenkonstrukt für die Lehre in GH unterliegt weiterhin interdisziplinäres (43) Lehren und Lernen sowie ein Bottom-up-Ansatz (*Methodik*).

Zur Anwendung für zukünftige empirische Analysen der Ausbildungssituation in GH stellt das Rahmenkonstrukt schließlich zehn Indikatoren zur Verfügung, die durch verschiedene methodische Herangehensweisen Aufschlüsse über den Stellenwert der oben aufgeführten Merkmale in der Ausbildung der Gesundheitsberufe geben können. (*Publikation III: Table 2*)

4. Diskussion

4.1.1. Studienbezogene Auslandsaufenthalte, Zielländer und Vorbereitung

Die untersuchte Stichprobe weist eine hohe Mobilität hinsichtlich studienbezogener Auslandsaufenthalte auf. Krankenpflegepraktika, Famulaturen und das Praktische Jahr (*bzw. Teile davon*) wurden regelhaft im Ausland, auch in „Entwicklungsländern“, absolviert. Das bestärkt die These, dass heutige Medizinstudierende durch ihre hohe Mobilität mit dem Themenfeld GH in Berührung kommen. Die Querschnittsstudie konnte vorhandene Daten zu studentischer Mobilität (35;36) um bereiste Zielländer, durchgeführte Tätigkeiten und der entsprechenden Vorbereitung ergänzen.

Formale Vorbereitungen auf studienbezogene Auslandsaufenthalte stellten in der untersuchten Stichprobe jedoch die Ausnahme dar, das Selbststudium ist die Regel. Somit ist ein Defizit zwischen dem Ausmaß der Mobilität und der formalen Vorbereitung der Befragten in der Stichprobe festzustellen. Ob Vorbereitungsmöglichkeiten nicht existieren oder aber existierende Angebote nicht in Anspruch genommen werden, kann durch die Erhebung nicht differenziert werden. In beiden Fällen stellt sich jedoch die Frage, ob Medizinstudierende ohne besondere Vorbereitung für die im Ausland durchgeführten Tätigkeiten ausgerüstet sind, bzw. ob durch die fehlende formale Vorbereitung nicht praktische, kulturelle oder auch ethische Konflikte auftreten können. Um auf die Zunahme „unregulierter“ studienbezogener Auslandsaufenthalte zu reagieren, wurden in den USA bereits ethische Leitlinien für Universitäten, Studierende und Geldgeber in diesem Kontext formuliert (44).

Wären die erhobenen Daten repräsentativ für die Grundgesamtheit der Medizinstudierenden in Deutschland, sollte diskutiert werden, ob entsprechende Maßnahmen, wie die Einrichtung von Vorbereitungsangeboten, Formulierung von Lernzielen und Anwendung von Leitlinien, auch für Deutschland notwendig sind. Aber auch ohne Anspruch auf Repräsentativität hat die Querschnittsstudie einen wenig beachteten Bereich der medizinischen Ausbildung beleuchtet, der durch die hohe Mobilität heutiger Studierender entsteht und sich bislang weitgehend den Einflüssen formaler Bildungseinrichtungen entzieht (45;46).

4.1.2. Teilnahme an Tropenmedizin- /Global Health-Kursen

Die höhere Teilnahmequote der Studierenden mit Auslandserfahrung an TMK bzw. GHK weist darauf hin, dass die hohe Mobilität entweder (i) entsprechende Ausbildungsbedürfnisse generiert, oder (ii) die Teilnahme an entsprechenden Kursen die höhere Mobilität zur Folge hat. Beide Erklärungen sind plausibel und schließen sich nicht aus. Die höhere Unzufriedenheit mobiler Studierender mit dem existierenden Lehrangebot zu „Globaler Gesundheit“ – insbesondere bei Befragten, die ihre studienbezogenen Auslandsaufenthalte vorwiegend in „Entwicklungsländern“ absolvierten – spricht

jedoch eher für ersteren Zusammenhang. Welche konkreten Ausbildungs- und Vorbereitungsbedürfnisse durch die Mobilität entstehen, wurde durch den Fragebogen in Bezug auf ausgewählte SDG erfasst. Detaillierte Analysen der Vorbereitungsbedürfnisse sollten Gegenstand zukünftiger, möglichst qualitativer Studien sein. In diese sollten Gastgeberinstitutionen eingebunden werden um den oft vernachlässigten (46) Aspekt möglicher negativer Auswirkungen der Mobilität auf die Gastinstitutionen zu erfassen.

Die Teilnahmequote an TMK bzw. GHK konnte durch die Erhebung erstmalig für eine Stichprobe Medizinstudierender in Deutschland bestimmt werden. Es liegen jedoch, insbesondere für GHK, keine Vergleichsdaten vor um abzuschätzen, ob die erhobene Teilnahmequote an den jeweiligen Kursen „hoch“ oder „niedrig“ ist. Angesichts der zunehmenden Bedeutung territorienübergreifender Einflüsse auf die Gesundheit (37) und ihrer steigenden Relevanz für akademische Institutionen (47) halten die Untersucher (*bzw. die Autoren der Publikationen I und II*) die erhobenen Teilnahmequoten für eher niedrig. Fast 75% aller befragten Studierenden über dem 9. Fachsemester hatten zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht an einem TMK teilgenommen, für GHK lag dieser Anteil bei über 80%.

4.1.3. Objektive und subjektive Bewertung des Wissenstands zu ausgewählten Global Health Themen

Vor dem Hintergrund der o.g. Teilnahmequote an GHK konnte die durchgeführte Bewertung des Wissenstands erstmalig Hinweise zu Wissensdefiziten in Bezug auf ausgewählte Global Health Themen in einer Stichprobe Medizinstudierender in Deutschland geben (*Publikation II*). Die subjektive Einschätzung des Wissenstands bestätigte dabei die objektive Bewertung.

Um detailliertere und validere Aussagen zum Wissensstand von Medizinstudierenden bezüglich Global Health Themen machen zu können, wären jedoch ergänzende und umfassendere Untersuchungen auf dieser Kompetenzebene notwendig.

4.1.4. Verfügbarkeit von Lehrangeboten zu Global Health und wahrgenommene Ausbildungsbedürfnisse

Zur Verfügbarkeit von Lehrangeboten zu GH an den Universitäten der Befragten lassen sich durch die Befragung aufgrund widersprüchlicher Aussagen keine eindeutigen Schlussfolgerungen ziehen. Auch wenn 36,0% der Befragten die Frage nach der Kursverfügbarkeit an ihren Fakultäten verneinten, so dominierte unter den Befragten mit 47,0% eher ein Informationsdefizit bzgl. des curriculären Lehrangebots. Zweifelsohne hätte eine Befragung von Dekanen eindeutiger Ergebnisse zur Kursprävalenz erbracht. Vor dem Hintergrund bereits durchgeführter, internationaler Befragungen mit unbefriedigenden Rücklaufquoten (26;33) schien eine Wiederholung dieser Herangehensweise im Jahr 2007 jedoch nicht sinnvoll.

Die Befragung von Studierenden lieferte hingegen erstmalig Daten zur Nachfrage nach Lehrangeboten zu GH, die bis dahin für Medizinstudierende in Deutschland nicht vorlagen. Die überwiegende Befürwortung der Einrichtung von Lehrangeboten, die sich (*gemäß der verwendeten Definition*) mit den Einflüssen von „Armut, Verschuldung, Globalisierung, Finanzierung von Gesundheitssystemen, Menschenrechten, Hunger, Umwelt, bewaffneten Auseinandersetzungen und Migration auf die Gesundheit der Menschen“ beschäftigen, steht in Widerspruch zu dem niedrigen Stellenwert, den Medizinstudierende in Deutschland den „konventionellen“ gesundheitswissenschaftlichen Fächern (22;23) zukommen lassen. Ein Grund hierfür könnte die vielfach kritisierte, verkürzte Auseinandersetzung (20;21;48) des Medizinstudiums mit den gesundheitswissenschaftlichen Fächern sein. Lehrangebote zu GH könnten daher (*bei entsprechender Konzeption (Publikation III)*) eine interessante Möglichkeit bieten, den heutigen Medizinstudierenden sowohl die Relevanz und Einflüsse sozialer Determinanten der Gesundheit zu vermitteln als auch das wahrnehmbare Interesse an der Thematik zu befriedigen (49).

4.1.5. Wichtung sozialer Determinanten der Gesundheit (SDG)

Erstmalig wurde in der Studie die Bedeutung erfasst, die Medizinstudierende in Deutschland ausgewählten SDG in der Lehre beimessen. Hier ließ sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Gewichtung ausgewählter SDG und Unterschieden der Kursexposition sowie Mobilitätsmuster der Studierenden nachweisen.

Diese Daten ergänzen nicht nur die geringe empirische Evidenz (46), die bezüglich der potentiellen Vorteile von studienbezogenen Auslandsaufenthalten verfügbar ist (46;50).

Sie zeigen auch, dass der potentielle Einfluss von Lehrangeboten (*zu GH und teilweise Tropenmedizin*) auf die Einstellung von Studierenden zu soziopolitischen Themen nicht zu vernachlässigen ist, auch wenn vorangegangene Studien den soziodemografischen Merkmalen der Studierenden (*ethnische Zugehörigkeit, sozio-ökonomische Stellung etc.*) den ausschlaggebenden Einfluss auf diese Einstellungen zusprechen (51). Um weitere Aufschlüsse über die Frage zu liefern, welche Studierende den SDG in der Lehre eine höhere Bedeutung beimessen und weshalb, könnten die erhobenen Daten u.a. durch qualitative Studien auf Fakultätsebene sowie einer umfassenderen Berücksichtigung soziodemografischer Merkmale ergänzt werden.

4.1.6. Limitationen

Abschließend sollte für die Analyse der Ausbildungssituation betont werden, dass das Studiendesign dem Versuch einer Vollerhebung entsprach und die Erhebung mit einer Rücklaufquote von 1,4% (*bezogen auf alle Medizinstudierenden in Deutschland*) nicht repräsentativ war. Schlussfolgerungen können daher lediglich für die Ebene der analysierten Stichprobe gelten.

Neben den präsentierten Erkenntnissen traten bei der Untersuchung der Ausbildungssituation auch grundlegende Probleme bei der empirischen Analyse zu Tage. So zog die operationalisierte Definition „Globaler Gesundheit“ einen weiten, subjektiven Entscheidungsspielraum bzgl. der Entscheidung der Befragten nach sich, was als Lehrangebot zu GH zu erachten sei. Ähnliche Probleme ergeben sich einerseits durch die weitverbreitete, jedoch inadäquate (37), synonyme Verwendung der Begriffe „International Health“ und „Global Health“ in der Literatur und an akademischen Instituten, und andererseits durch die heterogene Nutzung des Begriffs „Global Health“ (52) und die fehlende, oder widersprüchliche Abgrenzung zu anderen gesundheitswissenschaftlichen Fachgebieten (37). Insbesondere für die Bestimmung der Kursprävalenz, sowie der zeitlichen und qualitativen Veränderungen im universitären Lehrangebot ergeben sich hierdurch Probleme (*z.B. durch die Möglichkeit des Erhalts einer falsch hohen/niedrigen Kursprävalenz, die mangelnde Vergleichbarkeit der Daten unterschiedlicher Länder und Studien, oder die mangelnde Erfassung qualitativer und inhaltlicher Merkmale der jeweiligen Lehrangebote*).

Diesen Problemen setzt Publikation III mit der erstmaligen Ausarbeitung eines Rahmenkonstrukts für die Lehre in GH eindeutige Merkmale und Indikatoren entgegen. Diese können sowohl bei der praktischen Kurskonzeption sowie bei zukünftigen empirischen Analysen der Ausbildungssituation im In- und/oder Ausland zur Anwendung kommen. Der Frage, inwiefern globale Aspekte der Gesundheit in Curricula oder Kursen vertreten sind, wird so ein Rahmen gegeben, der den verschiedenen Dimensionen der „Globalität“ gerecht wird. Mit dem Rahmenkonstrukt ist die Beantwortung dieser Frage zudem nicht mehr (*nur*) von Befragungen abhängig, sondern kann durch vielfältige Methoden ergänzt werden, die den Einfluss des subjektiven Entscheidungsspielraums deutlich verringern und somit zu objektiveren Ergebnissen führen.

5. Schlussfolgerungen

Durch die angewandte Querschnittsstudie ließ sich in der Stichprobe eine ausgeprägte Mobilität nachweisen. Diese geht in Abhängigkeit vom Zielland mit wahrgenommenen Ausbildungsbedürfnissen einher, welche sich in Form einer höheren Nachfrage nach Lehrangeboten zu GH sowie höheren Unzufriedenheit mit bestehenden Lehrangeboten ausdrückt. Diese Ausbildungsbedürfnisse gilt es in detaillierteren Folgestudien zu konkretisieren.

Die Bedeutung, die die Befragten den ausgewählten SDG beimaßen, hängt einerseits signifikant mit ihren Mobilitätsmustern, andererseits mit der Teilnahme an GHK und (*teilweise*) TMK zusammen. Hierin liegt bisher ungenutztes Potenzial von Synergieeffekten bei der Entwicklung von Lehrangeboten, die auf die Förderung der studentischen Auseinandersetzung mit SDG abzielen.

Die Bewertung des Wissensstands der Befragten zu GH Themen weist auf Defizite hin und verdeutlicht die Notwendigkeit repräsentativer, valider Analysen.

Definitive Schlussfolgerungen zur Anwendbarkeit des Rahmenkonstrukts bei empirischen Analysen stehen noch aus. Eine systematische Durchsicht der Curricula in Deutschland unter Anwendung des Rahmenkonstrukts ist Gegenstand aktueller Forschungsprojekte und wird die bisher gewonnenen Erkenntnisse zu dessen Anwendbarkeit ergänzen.

Literaturverzeichnis

*Die als „unpublished“ gekennzeichneten Referenzen liegen dem Promovenden vor und können auf Anfrage eingesehen werden.

- (1) Scholte JA. What Is Globalization? The Definitional Issue - Again. CSGR Working Paper 109/02. Coventry: Centre for the Study of Globalisation and Regionalisation (CSGR), Department of Politics and International Studies, University of Warwick; 2002.
- (2) Labonte R, Schrecker T. Globalization and social determinants of health: The role of the global marketplace (part 2 of 3). *Global Health* 2007;3:6.
- (3) Maskus KE, Reichman JH. The Globalization of Private Knowledge Goods and the Privatization of Global Public Goods. *Journal of International Economic Law* 2004;7(2):279-320.
- (4) McMichael AJ, Woodruff RE, Hales S. Climate change and human health: present and future risks. *Lancet* 2006;367(9513):859-69.
- (5) Huynen MMTE, Martens P, Hilderink H. The health impacts of globalisation: a conceptual framework. *Global Health* 2005;1(1):14.
- (6) Beaglehole R, Bonita R. *Global Public Health: A New Era*. Oxford: Oxford University Press; 2003.
- (7) Piot P, Garnett G. Health is global. *Lancet* 2009;374(9696):1122-3.
- (8) Bateman C, Baker T, Hoornenborg E, et al. Bringing global issues to medical teaching. *Lancet* 2001;358(9292):1539-42.
- (9) Yudkin JS, Bayley O, Elnour S, et al. Introducing medical students to global health issues: a Bachelor of Science degree in international health. *Lancet* 2003;362(9386):822-4.
- (10) Medact. *Proposals for medical and nursing undergraduate teaching*. London: Medact. 2005.
- (11) Koehn PH. Globalization, migration health, and educational preparation for transnational medical encounters. *Global Health* 2006;2:2.

- (12) Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010;376(9756):1923-58.
- (13) Commission on Social Determinants of Health. Report by the Secretariat., A 62/9, Geneva: World Health Organization, 2009.
- (14) Spiegel JM, Labonte R, Ostry AS. Understanding "globalization" as a determinant of health determinants: a critical perspective. *Int J Occup Environ Health* 2004;10(4):360-7.
- (15) CSDH. 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. Geneva: World Health Organization; 2008.
- (16) Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) vom 28. Oktober 1970, BGB1 I, ÄAppO, 1970.
- (17) Busse R. Public Health im Medizinstudium. In: Public Health. Ergebnisse und Diskussionsbeiträge zu Gesundheitswissenschaften und zur Gesundheitspolitik. Schwartz FW eds. Sankt Augustin: Asgard Verl. Hippe, 1994.
- (18) Schagen U. Inhalte der Sozialmedizin 20 Jahre nach Aufnahme in die Ärzteausbildung – Analyse der Prüfungsfragen 1976-1996 des IMPP. *Das Gesundheitswesen* 1998;60:13-20.
- (19) Schagen U. Reformen auf dem Papier - Studium der Humanmedizin in der Bundesrepublik Deutschland seit 1970. In: Qualifizierung und Professionalisierung. Jahrbuch für kritische Medizin Bd. 37. Hamburg; 2002: 7-23.
- (20) Busse R. Public-Health-Inhalte im Medizinstudium. In: Schwartz FW, eds. *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen*. 2 ed. München, Jena: Urban & Fischer; 2003. p. 779-84.
- (21) Schagen U. Sozialmedizin - verdrängter Lehrinhalt im Medizinstudium. Schagen U, Schleiermacher S, eds. *100 Jahre Sozialhygiene, Sozialmedizin und Public Health in Deutschland*. CD-ROM, Berichte und Dokumente zur Zeitgeschichte der Medizin 8. Berlin; 2005.

- (22) Jungbauer J, Kamenik C, Alfermann D, et al. [How do young physicians assess their medical studies in retrospect? Results of a medical graduates' survey in Germany.] *Gesundheitswesen* 2004;66(1):51-6.
- (23) Jansen M. Verbesserungspotenzial des Medizinstudiums und Relevanz der Fachgebiete aus retrospektiver Sicht der Fachärzte. Düsseldorf: Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität (HHU), Anatomisches Institut II; 2007.
- (24) Busse R. [Problem-based learning in a social medicine course--a concept for improving learning achievement and practice relevance]. *Gesundheitswesen* 1996;58(7).
- (25) Erler A, Fuchs J. [An example for a practice-oriented curriculum in social medicine under conditions of the new medical licensing regulations. Experiences with practiced-oriented teaching and possibilities for including practical issues in the teaching syllabus of medicine after the introduction of new medical licensing regulations.] *Gesundheitswesen* 2005;67(5):355-60.
- (26) Rowson M, Hughes R, Smith A, et al. Global Health and medical education - definitions, rationale and practice. 2007. *Unpublished
- (27) Miranda JJ, Yudkin JS, Willott C. International Health Electives: Four years of experience. *Travel Med Infect Dis* 2005;3(3):133-41.
- (28) Houpt ER, Pearson RD, Hall TL. Three domains of competency in global health education: recommendations for all medical students. *Acad Med* 2007 Mar;82(3):222-5.
- (29) Edwards R, Piachaud J, Rowson M, et al. Understanding global health issues: are international medical electives the answer? *Med Educ* 2004;38(7):688-90.
- (30) Medsin. Medsin Global Health Survey. UK; 2008. *Unpublished
- (31) Izadnegahdar R, Correia S, Ohata B, et al. Global health in Canadian medical education: current practices and opportunities. *Acad Med* 2008;83(2):192-8.
- (32) Reali C. Mapping of undergraduate courses on Global Health in Italy, assessment of needs, and analysis of training opportunities. *Equal opportunities for Health: Action for Development*; 2007. (Accessed Nov 27, 2011, at

http://www.doctorswithafrica.org/en/images/stories/mediconlafrica/educazione/core_activities/university_education/mapping_report_en.pdf)

- (33) Sundell T, Ashorn P. International Health in Medical Curricula: Report of an International Survey. 2005. *Unpublished
- (34) Johnson O, Baker C. Medsin Survey of Interest in Global Health amongst King's Medical Students. London: Medsin King's; 2008. (Accessed March 4, 2010, at <http://www.medsin.org>)
- (35) Federkeil G. CHE Alumni-Ranking Medizin - Ergebnisse einer vergleichenden Absolventenbefragung Humanmedizin des Centrums für Hochschulentwicklung. CHE: 2004. (Accessed April 7, 2010, at http://www.che.de/downloads/AP57_Anhang_213.pdf)
- (36) Heublein U, Özkilic M, Sommer D. Aspekte der Internationalität deutscher Hochschulen. Internationale Erfahrungen deutscher Studierender an ihren heimischen Hochschulen, Band 63. Bonn: DAAD, Deutscher Akademischer Austauschdienst; 2007.
- (37) Bozorgmehr K. Rethinking the 'global' in global health: a dialectic approach. Global Health 2010;6:19.*Highly Accessed
- (38) Battat R, Seidman G, Chadi N, et al. Global health competencies and approaches in medical education: a literature review. BMC Med Educ 2010;10:94.
- (39) UNDP. Human Development Report 2007/2008. New York: United Nations Development Programme; 2007.
- (40) Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
- (41) Statistisches Bundesamt. Studierende an Hochschulen - Vorbericht. Fachserie 11, Reihe 4.1. Wiesbaden; 2008.
- (42) WHO. The Health for All policy framework for the WHO European Region: 2005 update. European Health for All Series; No. 7. Geneva: World Health Organization; 2005.

- (43) WHO. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Geneva: World Health Organization; 2010.
- (44) Crump JA, Sugarman J. Ethics and best practice guidelines for training experiences in global health. *Am J Trop Med Hyg* 2010;83(6):1178-82.
- (45) Banerjee A, Banatvala N, Handa A. Medical student electives: potential for global health? *Lancet* 2011;377(9765):555.
- (46) Dowell J, Merrylees N. Electives: isn't it time for a change? *Medical Education* 2009;43(2):121-6.
- (47) Haines A, Flahault A, Horton R. European academic institutions for global health. *Lancet* 2011;377(9763):363-5.
- (48) Schagen U. Inhalte der Sozialmedizin 20 Jahre nach Aufnahme in die Ärzteausbildung - Analyse der Prüfungsfragen 1976 - 1996 des IMPP. *Das Gesundheitswesen* 1998;60:13-20.
- (49) Bozorgmehr K, Last K, Müller A, Schubert K. Lehre am Puls der Zeit - Global Health in der medizinischen Ausbildung: Positionen, Lernziele und methodische Empfehlungen. *GMS Z Med Ausbild* 2009;26(2).
- (50) Thompson MJ, Huntington MK, Hunt DD, et al. Educational effects of international health electives on U.S. and Canadian medical students and residents: a literature review. *Acad Med* 2003 Mar;78(3):342-7.
- (51) Maheux B, Beland F. Changes in students' sociopolitical attitudes during medical school: socialization or maturation effect? *Soc Sci Med* 1987;24(7):619-24.
- (52) Koplan JP, Bond TC, Merson MH, et al. Towards a common definition of global health. *Lancet* 2009;373(9679):1993-5.

Anteilserklärung

Die den Publikationen I und II zu Grunde liegende Datenerhebung wurde im Rahmen eines Kooperationsprojekts zwischen der Globalisation and Health Initiative der Bundesvertretung der Medizinstudierenden e.V. (bvmd), dem Deutschen Ärzteblatt-Studieren.de sowie dem Projektbereich Internationale Gesundheitswissenschaften des Instituts für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité, Universitätsmedizin Berlin durchgeführt. Die Erstellung des Fragebogens erfolgte durch die Globalisation and Health Initiative, die technische Durchführung der Datenerhebung durch das Deutsche Ärzteblatt-Studieren.de, eine initiale Bearbeitung und explorative Analyse des Datensatzes erfolgte durch Dr. Silke Lange (p-wert) im Auftrag der Globalisation and Health Initiative (bvmd). Die ausführliche Auswertung des Datensatzes erfolgte durch den Promovenden am Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité, Universitätsmedizin Berlin.

Der Promovend, Kayvan Bozorgmehr, hatte folgenden Anteil an den vorgelegten Publikationen:

Publikation I:

Bozorgmehr K, Schubert K, Menzel-Severing J, Tinnemann P. 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 2010;10(1):66.

Beteiligung insgesamt: 80%

Beitrag im Einzelnen: Formulierung der Hypothesen, Bearbeitung des Datensatzes, Durchführung der deskriptiven und analytischen statistischen Auswertung, Erstellung der Tabellen und Abbildungen, Durchführung der Literaturrecherchen, Interpretation der Ergebnisse, Aufsetzen und Einreichen des Manuskripttextes, Durchführung der Revisionen und Beantwortung der Reviewerfragen, Koordinierung des editoriiellen Prozesses in Kommunikation mit Koautoren.

Publikation II:

Bozorgmehr K, Menzel-Severing J, Schubert K, Tinnemann P. 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 2010;10(1):67.

Beteiligung insgesamt: 80%

Beitrag im Einzelnen: Formulierung der Hypothesen, Bearbeitung des Datensatzes, Durchführung der deskriptiven und analytischen statistischen Auswertung, Erstellung der Tabellen und Abbildungen,

Durchführung der Literaturrecherchen, Interpretation der Ergebnisse, Aufsetzen und Einreichen des Manuskripttextes, Durchführung der Revisionen und Beantwortung der Reviewerfragen, Koordinierung des editoriiellen Prozesses in Kommunikation mit Koautoren.

Publikation III:

Bozorgmehr K, Saint VA, Tinnemann P. The 'global health' education framework: a conceptual guide for monitoring, evaluation and practice. Global Health 2011 Apr 18;7(1):8.

Beteiligung insgesamt: 85%

Beitrag im Einzelnen: Durchführung der Literaturrecherchen, Erarbeiten des Konzepts, Deduktion der Merkmale, Deduktion der Indikatoren, Erstellung der Tabellen und Abbildungen, Aufsetzen des Manuskripttextes, Durchführung der Revisionen, Koordinierung des editoriiellen Prozesses in Kommunikation mit Koautoren.

.....
Unterschrift des Promovenden

.....
Unterschrift des betreuenden Hochschullehrers

Druckexemplare der ausgewählten Publikationen

Publikation I:

Bozorgmehr K, Schubert K, Menzel-Severing J, Tinnemann P.

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 2010;10(1):66.

Publikation II:

Bozorgmehr K, Menzel-Severing J, Schubert K, Tinnemann P.

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 2010;10(1):67.

Publikation III:

Bozorgmehr K, Saint VA, Tinnemann P.

The 'global health' education framework: a conceptual guide for monitoring, evaluation and practice.

Global Health 2011;7(1):8.

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Komplette Publikationsliste

Originalarbeiten als Erstautor

- (1) **Bozorgmehr K**, Saint VA, Tinnemann P. The 'global health' education framework: a conceptual guide for monitoring, evaluation and practice. *Global Health* 2011 Apr 18;7(1):8. **IF: 2,86**
- (2) **Bozorgmehr K**. Rethinking the 'global' in global health: a dialectic approach. *Global Health* 2010;6(19). ***(Highly Accessed)** **IF: 2,86**
- (3) **Bozorgmehr K**, Schubert K, Razum O. "Primary Health Care" von Alma-Ata bis Almaty. *Präv Gesundheitsf* 2010;5(1):19-22. **IF: -**
- (4) **Bozorgmehr K**, Schubert K, Menzel-Severing J, Tinnemann P. 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* 2010;10(1):66. **IF: 1,04**
- (5) **Bozorgmehr K**, Menzel-Severing J, Schubert K, Tinnemann P. 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* 2010;10(1):67. **IF: 1,04**

Übersichtsarbeiten

- (1) Menzel-Severing J, **Bozorgmehr K**. The Triangle of Peace, Health and Stability. *The Lancet Student* 2008.

Editorials/Comments/Letter to the editor

- (1) **Bozorgmehr K**, Narayan L, Radhakrishna R. Transforming health professionals' education. *Lancet* 2011;377(9773):1237-9.
- (2) **Bozorgmehr K**. Gesundheit global: Ein Schlaglicht auf Herausforderungen, Akteure und Strategien von Global Health. *IPPNW Forum* 124, 18-20. Berlin: IPPNW Deutschland; 2010.

- (3) **Bozorgmehr K**, Last K, Müller A, Schubert K. Lehre am Puls der Zeit - Global Health in der medizinischen Ausbildung: Positionen, Lernziele und methodische Empfehlungen. *GMS Z Med Ausbild* 2009;26(2).
- (4) Bodini C, Martino A, McCoy D, **Bozorgmehr K**, Nascimento D, Giugliani C, et al. How to stop public health conferences becoming trade fairs. *Public Health Nutr* 2009;12(9):1581-3.
- (5) **Bozorgmehr K**, Oezbay J. Gandhi - The German response to deficits in medical education. *The Lancet Student* 2008.
- (6) Schubert K, **Bozorgmehr K**. Defizite in der Ausbildung – Studierende fordern mehr Angebote zum Thema "Globale Gesundheit". *Deutsches Ärzteblatt Studieren* 2008;20.
- (7) **Bozorgmehr K**, Schubert K. Neue Disziplin "Global Health" - Die Herausforderung der Globalisierung. *puls-b Magazin für die Akteure der Gesundheit* 2008;3:62-5.
- (8) **Bozorgmehr K**. The struggle for health after cyclone Sidr in Bangladesh. *The Lancet Student* 2007.

Proceedings

- (1) **Bozorgmehr K**. Globalisierung und Gesundheit - Strategien internationaler Gesundheitsbewegungen. Eine Zusammenfassung der medico-Debatte auf dem 12. Kongress Armut und Gesundheit. In: *Dokumentation 12. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit*. Berlin: Gesundheit Berlin; 2007.

Ausgewählte Abstracts/Vorträge

- (1) **Bozorgmehr K**. The student position towards global health. 101. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit (DTG). München; 2009.
- (2) **Bozorgmehr K**. Global Perspectives during medical education: the status quo and options to get involved. XI. Humanitärer Kongress. Berlin; 2009
- (3) **Bozorgmehr K**, van Kester M, Jessop V. Survey on the status of global health in medical education (SOS – GloHME) – educational benefits and capacities for "Health for All". 12th World Congress on Public Health. Istanbul; 2009.

- (4) **Bozorgmehr K.** Medicine, Mobility and Global Health: capacity building for qualified and committed medical doctors in health care. 12th World Congress on Public Health. Istanbul; 2009.
- (5) **Bozorgmehr K,** Tinnemann P, Schubert K, Menzel-Severing J, Doelker Th, Schaefer F, Willich SN. Medicine, Mobility and Global Health Education - intervention areas to foster qualified and committed medical doctors for global public health. 2nd International Conference on Global Public Health. Kristiansand (Norwegen). Global Health Action 1, Suppl: 5. 2008.

Selbständigkeitserklärung

„Ich, Kayvan Bozorgmehr, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertationsschrift mit dem Titel *„Eine Querschnittsanalyse der Ausbildungssituation in Global Health unter Medizinstudierenden in Deutschland sowie ein Rahmenkonstrukt für die Lehre in Global Health zur Anwendung in Monitoring, Evaluation und Kurskonzeption“* selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.“

.....

Unterschrift des Promovenden

Danksagung

Mein Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. Stefan N. Willich für die wertvolle institutionelle Unterstützung, welche die Anfertigung dieser Arbeit und der ihr zu Grunde liegenden Publikationen überhaupt ermöglicht hat.

Besonderer Dank gilt Dr. med. Peter Tinnemann, der mich zur Durchführung der vorliegenden Publikationspromotion ermutigt hat und mir bei sämtlichen im Rahmen der Arbeit entstandenen Fragen und Problemen eine unermüdliche und wertvolle Unterstützung war. Weiterhin danke ich Kirsten Schubert und Johannes Menzel-Severing, die federführend an der Planung und Durchführung der Datenerhebung der Publikationen I und II beteiligt waren. Weiterer Dank gilt PD Dr. med. Thomas Keil für die Beratung in statistischen Fragen. Schließlich gebührt Dank meiner Familie, die auf ihre Weise wertvolle Unterstützung beim Zustandekommen dieser Arbeit geleistet hat.

Annex I: Fragebogen

1. Praktika im Ausland

1.1 Hast du im Rahmen deines bisherigen Studiums einen längeren Auslandsaufenthalt absolviert? (z.B. im Rahmen einer Famulatur, eines PJ-Terms oder im Zusammenhang mit anderen Aktivitäten.)

- Ja
 Nein

1.1 Wenn ja:

Erster Aufenthalt

1.2 In welchem Land? (Freitext) _____

1.3 Was hast du dort gemacht?

- Famulatur
 PJ
 Sonstiges (Freitext) _____

Zweiter Aufenthalt

1.4 In welchem Land? (Freitext) _____

1.5 Was hast du dort gemacht?

- Famulatur
 PJ
 Sonstiges (Freitext) _____

Dritter Aufenthalt

1.7 In welchem Land? (Freitext) _____

1.8 Was hast du dort gemacht?

- Famulatur
 PJ
 Sonstiges (Freitext) _____

1.1 Wenn nein:

1.9 Planst du einen Auslandsaufenthalt?

- Ja
 Nein
 Bin noch nicht sicher

2. Vorbereitung

2.1 Egal ob du im Ausland warst oder nicht: Wie wichtig findest du es, sich vor einer Famulatur oder PJ im Ausland über die folgenden Dinge zu informieren:

- 2.1.1 Reisemedizinische Vorbereitung (z.B. Hygienemaßnahmen, Impfungen, ...) eher wichtig eher nicht wichtig
- 2.1.2 Kurative Medizin vor Ort (z.B. häufige Krankheiten, Therapiestandards, ...) eher wichtig eher nicht wichtig
- 2.1.3 Gesundheitsindikatoren (z.B. Kindersterblichkeit, Müttersterblichkeit, HIV-Rate,...) eher wichtig eher nicht wichtig
- 2.1.4 Organisation des Gesundheitssystems (z.B. privat oder öffentlich, Finanzierung, Anzahl der Krankenhäuser, Ausbildung des Personals, ...) eher wichtig eher nicht wichtig
- 2.1.5 Kultur, Sprachen, Religionen eher wichtig eher nicht wichtig
- 2.1.6 Politik (Wahlrecht, Stabilität des Systems, ...) eher wichtig eher nicht wichtig
- 2.1.7 Wirtschaft (Bruttosozialprodukt, Einkommensverteilung, Handelsbeziehungen, evtl. Verschuldung, ...) eher wichtig eher nicht wichtig
- 2.1.8 Bildung (Bildungssystem, Analphabetenrate, Einschulungsquoten, ...) eher wichtig eher nicht wichtig

2.2 Falls du schon im Ausland warst, hast du dich darauf irgendwie vorbereitet?
Wenn ja, wie? (Mehrfachnennungen möglich)

- Literaturstudium (Reiseführer zählen nicht...!)
- TriKont-Seminar
- Ich wusste nicht, wie ich mich vorbereiten sollte.
- Ich habe mich nicht besonders vorbereitet.
- Ich war noch nicht im Ausland.
- Sonstiger Vorbereitungskurs (Freitext)_____
- Sonstiges (Freitext)_____

3. Mini-Quiz

(Die richtigen Lösungen erfährst du am Ende!)

3.1 Welche Aussage ist richtig? (Einfachauswahl)

In der „Deklaration von Alma Ata“...

- ...wurde ein Gesundheitsversorgungskonzept für die damalige Sowjetunion verabschiedet.
- ...wurden die Millennium Development Goals (MDGs) veröffentlicht.
- ...wurde das Konzept von Primary Healthcare (PHC) definiert.
- ...besiegelten die WHO und UNICEF ihre Zusammenarbeit auf dem Gesundheitssektor.

3.2 „Charakteristisch für Industriestaaten sind kleine Familien und eine hohe Lebenserwartung. Charakteristisch für Entwicklungsländer sind große Familien und eine niedrige Lebenserwartung.“

Diese Aussage ist...

eher zutreffend eher nicht zutreffend

3.3 Welche Definition ist richtig? (Einfachauswahl)

- In „absoluter Armut“ lebt, wer täglich einen Betrag von weniger als 1 US-\$ zum Leben hat.
- In „absoluter Armut“ lebt, wer täglich einen Betrag von weniger als 10 US-\$ zum Leben hat.
- In „relativer Armut“ lebt, wer täglich einen Betrag von weniger als 1 US-\$ zum Leben hat.
- In „relativer Armut“ lebt, wer täglich einen Betrag von weniger als 10 US-\$ zum Leben hat.

3.4 Welches Land hat jeweils die höhere Kindersterblichkeit bei den folgenden fünf Paaren?

- 3.4.1 Sri Lanka oder Türkei (Einfachauswahl)
- 3.4.2 Südkorea oder Polen (Einfachauswahl)
- 3.4.3 Malaysia oder Russland (Einfachauswahl)
- 3.4.4 Pakistan oder Vietnam (Einfachauswahl)
- 3.4.5 Thailand oder Südafrika (Einfachauswahl)

3.5 Welche Aussage trifft zu? (Frage wurde nicht gewertet)

- In Afrika leben nach Asien die meisten Menschen dieser Erde.
- Mehr als 60% der HIV-Infizierten der Welt leben in Afrika.
- Der Großteil der Medikamente in Afrika wird in Industriestaaten produziert.
- Afrika besteht aus 34 Ländern.

4. Ausbildung an deiner Uni

„...Bei der Beschäftigung mit Globaler Gesundheit untersuchen die Studenten den Einfluss von Armut, Verschuldung, Globalisierung, Finanzierung von Gesundheitssystemen, Menschenrechten, Hunger, Umwelt, bewaffneten Auseinandersetzungen und Migration auf die Gesundheit der Menschen. ...“

4.1 Hastest du den Begriff „Globale Gesundheit“, „Global Health“ oder „International Health“ schon einmal gehört?

- Ja
- Nein

4.2 Wie bewertest du deine eigenen Kenntnisse zu diesen Themen?

eher gut eher schlecht

4.3 Gibt es an deiner Fakultät Unterricht zu derartigen globalen Gesundheitsthemen?

- Ja
- Nein
- Weiß nicht

4.3 Wenn ja:

4.4 In welcher Form? (Mehrfachnennungen)

- Als Teil der Pflichtveranstaltungen.
- Als Wahlpflichtfach.
- Als freiwilliges Zusatzangebot von der Fakultät organisiert.
- Als freiwilliges Zusatzangebot von Studierenden organisiert.

4.5 Findest du das bestehende Angebot ausreichend? (Einfachauswahl)

- Ja
- Nein
- Kann ich nicht beurteilen
- Sonstiges (Freitext)_____

4.6 Würdest du die Einrichtung solcher Lehrveranstaltungen befürworten? (Einfachauswahl)

- Ja, als Pflichtveranstaltung.
- Ja, als Wahlpflichtfach.
- Ja, als freiwilliges Zusatzangebot.
- Nein.
- Dazu habe ich keine Meinung.

4.7 Sind dir sonstige Weiterbildungsangebote zum Thema Globale Gesundheit aus einer der folgenden Kategorien bekannt? (Mehrfachnennungen)

- Studentische Projekte in Deutschland: (Freitext)_____
- Studentische Projekte im Ausland: (Freitext)_____
- Aufbaustudiengänge: (Freitext)_____
- Vorträge, Kurse und Seminare von Institutionen oder Organisationen außerhalb der medizinischen Fakultäten: (Freitext)_____
- Sonstiges: (Freitext)_____
- Nein, keine Angebote bekannt

4.8 Hast du schon einmal an einem Angebot zu Themen der Globalen Gesundheit teilgenommen?

- Ja
- Nein

4.9 Hast du schon einmal an einen Kurs der Tropenmedizin teilgenommen?

- Ja
- Nein

5. (Anonyme) Angaben zur Person

5.1 Alter (Dropdown-Box)

[18 – 30; älter als 30]

5.2 Universität (Dropdown-Box)

[Aachen; Berlin; Bochum; Bonn; Dresden; Düsseldorf; Duisburg-Essen; Erlangen-Nürnberg; Frankfurt am Main; Freiburg; Gießen; Göttingen; Greifswald; Halle-Wittenberg; Hamburg; Hannover; Heidelberg; Heidelberg/Mannheim; Jena; Kiel; Köln; Leipzig; Lübeck; Magdeburg; Mainz; Marburg; München Ludwig-Maximilians-Universität; München TU; Münster; Regensburg; Rostock; Saarbrücken/Abt. Homburg; Tübingen; Ulm; Witten-Herdecke; Würzburg]

5.3 Semester (Dropdown-Box)
[1, 2, 3, ...20; mehr als 20]

5.4 Welche der folgenden Aussagen kannst du unterstützen? (Mehrfachnennungen; *Frage wurde nicht gewertet*)

- Ich würde gerne später mal in der humanitären Hilfe tätig werden (z.B. Ärzte ohne Grenzen).
- Ich finde eine Famulatur oder ein PJ-Tertial in einem sog. Entwicklungsland wichtig, um den Menschen dort zu helfen.
- Ich kann mir gut vorstellen als Arzt/Ärztin auch in Krisen- und Konfliktregionen zu arbeiten.
- Ich kann keine der genannten Aussagen unterstützen.

5.5 Was ich noch loswerden möchte: (Freitext)_____