

Cultural Competence and Global Health: Perspectives for Medical Education – Position paper of the GMA Committee on Cultural Competence and Global Health

Abstract

Introduction: Routine medical care in Germany, Austria and Switzerland is being increasingly impacted by the cultural and linguistic diversity of an ever more complex world. Both at home and as part of international student exchanges, medical students are confronted with different ways of thinking and acting in relation to health and disease. Despite an increasing number of courses on cultural competence and global health at German-speaking medical schools, systematic approaches are lacking on how to integrate this topic into medical curricula.

Methodological approach: This paper is based on a structured consensus-building process by a multidisciplinary committee composed of faculty and students. In a first step, a qualitative online survey was carried out in order to establish an inventory of definitions and concepts. After the second step, in which a literature search was conducted and definitions of global health and transcultural and intercultural competence were clarified, recommendations were formulated regarding content, teaching and institutional infrastructure. Based on small-group work and large-group discussions, different perspectives and critical issues were compiled using multiple feedback loops that served to ensure quality.

Results: An inventory on the national and international level showed that great heterogeneity exists in regard to definitions, teaching strategies, teaching formats and faculty qualification. Definitions and central aspects considered essential to medical education were thus established for the use of the terms “cultural competence” and “global health”. Recommendations are given for implementation, ranging from practical realization to qualification of teaching staff and education research.

Outlook: High-quality healthcare as a goal calls for the systematic internationalization of undergraduate medical education. In addition to offering specific courses on cultural competence and global health, synergies would be created through the integration of cultural competence and global health content into the curricula of already existing subject areas. The NKLM (the national competence-based catalogue of learning objectives for undergraduate medical education) would serve as a basis for this.

Keywords: cultural competence, global health, migration, medical education, teaching, curriculum

Claudia Mews¹
Sylvie Schuster²
Christian Vajda³
Heide
Lindtner-Rudolph⁴
Luise E. Schmidt^{5,6}
Stefan Bösner⁷
Leyla Güzelsoy⁸
Frank Kressing⁹
Houda Hallal¹⁰
Tim Peters¹¹
Margarita Gestmann¹²
Linn Hempel¹³
Tatjana Grützmann¹⁴
Erika Sievers¹⁵
Michael Knipper¹⁶

- 1 University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Department of General Practice/Primary Care, Hamburg, Germany
- 2 University Hospital Basel, Head of Program on Diversity Management, Basel, Switzerland
- 3 Medical University of Graz, Department of Medical Psychology and Psychotherapy, Graz, Austria
- 4 University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Center for Psychosocial Medicine, Institute and Outpatients Clinic Medical Psychology, Research Group on Migration and Psychosocial Health (MiPH), Hamburg, Germany
- 5 University of Greifswald, Department of Psychiatry and Psychotherapy, Greifswald, Germany

- 6 Helios Hansekllinikum
Stralsund, Department of
Psychiatry and
Psychotherapy, Stralsund,
Germany
- 7 University of Marburg,
Department of General
Practice/Family Medicine,
Marburg, Germany
- 8 Paracelsus Medical Private
University, Nuremberg
Hospital, Department of
Psychosomatic Medicine
and Psychotherapy,
Psychosomatic Consultation
and Liaison Service,
Nuremberg, Germany
- 9 Ulm University, Institute of
the History, Philosophy and
Ethics of Medicine, Ulm,
Germany
- 10 University of Cologne,
Faculty of Medicine,
Cologne, Germany
- 11 Ruhr-University Bochum,
Medical Faculty, Center for
Medical Education,
Bochum, Germany
- 12 University of Duisburg-
Essen, Medical Faculty,
Dean's office for student
affairs, Essen, Germany
- 13 University of Dusseldorf,
Medical Faculty,
Psychosomatic and
Psychotherapy, Dusseldorf,
Germany
- 14 RWTH Aachen University,
Dean's office for student
affairs, Aachen, Germany
- 15 Academy of Public Health
Services, Düsseldorf,
Germany
- 16 Justus Liebig University
Giessen, Institute for the
History of Medicine,
Giessen, Germany

1. Introduction

Routine medical care in hospitals, medical practices and other healthcare institutions has increasingly been affected by cultural and linguistic diversity for years.

The profound significance of cultural aspects, as well as of the social, legal and political framework for patient

health and medical practice have become increasingly conspicuous in Germany, Austria and Switzerland following the development of globalization and migration processes. Current challenges related to the reception of large numbers of refugees from war zones and regions of conflict [1] dramatically testify to this. Medical students are not only confronted with different and sometimes

foreign ways of thinking and acting as relates to disease and health in the context of international student exchanges. Students also experience many different and sometimes unexpected forms of doctor-patient relationships in their native countries.

It must be taken into consideration, for instance, that wide diversity in as much regards as the understanding of hierarchies, communication styles, the inclusion of family members, or the value of religion and spirituality is not limited solely to contact with patients with migration background. In consequence, cultural competence and global health are indeed relevant to medical practice and decision-making both at home and abroad.

Embedding these topics in medical education is a basic prerequisite in order to ensure high-quality, individualized healthcare for all patients in times of globalization. Furthermore, it is essential to prevent misunderstandings and avoid inappropriate care. Systematically structured and sustainable institutionalized approaches are currently lacking.

Already in 2009, the *Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland* bvmd (the national association of medical students in Germany) pointed out the need to pay stronger attention to global health in medical education [2]. In 2014, the Lancet Commission on Culture and Health emphasized the importance of a broad and nuanced understanding of culture in medicine and fostering the development of cultural competence during medical education [3]. In 2015, the Leopoldina and other scientific academies took a stand on strengthening public health and global health in Germany. They therein articulated a clear recommendation for the exhaustive inclusion of this issue in medical education [4]. Most recently, in 2017, the *Hochschulrektorenkonferenz* (the association of German universities and higher education institutions) issued recommendations for the internationalization of curricula, calling for the systematic integration of courses on cultural competence and global health into medical curricula [5], [6].

Through this position paper, the Committee on Cultural Competence and Global Health of the *Gesellschaft für Medizinische Ausbildung* (GMA) intends to contribute to the systematic development of courses and programs dealing with the tightly interconnected topics of cultural competence and global health in medical education. In addition to an overview of the current situation in German-speaking countries and internationally, the committee presents definitions, theoretical considerations and recommendations regarding teaching and faculty qualification.

2. Methodological approach

This paper is the product of a structured consensus-building process [7] which was undertaken from 2013 to 2016. A multidisciplinary committee strategically composed of highly experienced faculty participated in this process. The members represented the diverse aca-

demical and professional contexts of clinical medicine, public health, cultural and social sciences and other disciplines relevant to the topic in question. Undergraduate medical students were actively involved alongside faculty. The aim was to compile well-balanced and meaningful results and reach a consensus whilst drawing on the multidisciplinary nature of the committee and following a structured process (see Attachment 1).

As initial step, a qualitative online survey was carried out in order to assess pre-existing understandings, definitions and concepts related to the subject area among the 16 original committee members with expertise in teaching intercultural and transcultural competence and/or global health. Based on the results, priorities were set for the next steps in the process. Divided into two working groups, definitions for the terms “global health” and “transcultural/intercultural competence” were elicited based on targeted literature search and extensive deliberations. Recommendations were compiled in an ongoing process concerning content, didactics and structures. The use of different settings such as small-group work, large-group discussions and teleconferences served to identify and discuss different perspectives and critical standpoints while providing feedback loops for quality assurance. A major goal was to develop integrated perspectives regarding topics that are usually viewed separately, such as, for example, transcultural and intercultural competence or cultural competence and global health in medical education.

3. Situation in German-speaking countries and internationally

In German-speaking countries, there exists a wide variety of initiatives and programs fostering cultural competence and teaching global health in medical education [2], [8], [9], [10], [11], [12], [13], [14], [15], [16]. At some universities, individual aspects are addressed (e.g. cultural competence or topics regarding the global health spectrum), at others, integrated formats are offered. At many universities, courses are optional, offered voluntarily by committed teaching faculty and particularly motivated students. Structural integration into official curricula is rare [11], [17]. A recent publication on Germany's increasing role in global health criticized German medical schools for placing low priority on this particular topic [18], [19]. With the introduction in 2015 of the NKLM (the national competence-based catalogue of learning objectives for undergraduate medical education) learning objectives covering the central aspects of cultural competence and global health now exist for Germany [<http://www.nklm.de>]. The 2008 Swiss Catalogue of Learning Objectives has been revised and replaced by the Profiles Framework (PROFILES 2017) which also contains learning objectives on this topic [http://www.profilesmed.ch/doc/Profiles_2017.pdf]. In Austria, there is no national catalogue of learning objectives yet. A profile required for faculty teaching cultural competence and/or global health

does not exist in any of the three countries, because there are no binding requirements regarding content and/or structures for course planning.

By contrast, there has been a decades-long tradition of offering courses and employing elaborate concepts to impart cultural competence during medical education in conjunction with far-reaching academic debates and research in education at some Anglo-American universities [20], [21], [22], [23], [24], [25], [26], [27], [28]. Cultural competence in healthcare has become more important in Europe in recent years as a response to different initiatives, as are, for instance, the EU project on Migrant-Friendly Hospitals (2002-2004) [29] and the national strategy addressing migration and health on the part of the Federal Swiss Health Agency (2002-2017). This increased importance is reflected in the growing numbers of related courses or discussions about course content, structure, teaching methods and faculty qualification [30], [31], [32], [33], [34], [35]. There are also publications about courses and programs on other continents [36], [37]. This likewise applies to the somewhat more recent topic of global health, which is also receiving growing attention in medical education, accompanied by related discussions regarding content, objectives, structure and teaching strategies [14], [38], [39], [40], [41], [42], [43], [44], [45], [46], [47]. However, a general statement about the type of courses or their mere existence in different countries cannot be made, since no comprehensive data has been collected and there are no universal definitions, nor is there uniformity among course titles.

4. Definitions and central aspects

Many different ideas and assumptions are associated with the terms “cultural competence” and “global health”, resulting in a diverse range of possible interpretations and understandings. In the course of the consensus-building process, the following points have been identified as central to medical education:

Global health

The term “global health” designates a broad and heterogeneous subject area characterized by a general interest in the various challenges and potentials of medicine and healthcare in an increasingly complex world [12], [14], [17], [44], [48], [49]. In conjunction, the following three core elements form a working definition of global health and constitute an innovative and necessary perspective for medical education.

- **Health as a human right:** The normative basis for global health lies in the individual human right to the highest attainable standard of health, as stated in Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights adopted by the United Nations [49], [50], [51]. Global health is explicitly based on the human rights concept of equity [48]: All people

are equal in regard to dignity and rights, regardless of their origin and all biological, social or other specific differences. The promotion and guarantee of equal rights requires leveling the field in terms of disadvantages and protection against preventable health risks and all forms of discrimination [50], [52].

- **Global perspective:** Global health perspective focuses on the entire world, meaning that it is not limited to specific areas or regions [48], [53]. This involves consideration of local situations within a global context, including migration, climate change, and global economic relationships [15], [54]. The isolated view of medicine and healthcare in terms of the North-South divide, implying supposedly developed and underdeveloped countries, is inappropriate from a global health perspective.
- **Interdisciplinarity:** Global health is an interdisciplinary field [48], [49], [55]. Alongside scientific and clinical concerns, there are also epidemiological, socio-cultural, economic, ecological, ethnic, political and legal contexts relevant to healthcare and the practice of medicine.

Cultural competence

Against the backdrop of socio-cultural diversity of populations, culture is an ambivalent and complex term, even in the context of medicine and healthcare [10], [21], [22], [23], [25], [56], [57]: Careless use of the term can lead to stereotyping and misunderstandings, while deeper reflection on the term’s meaning offers the chance for better understanding and improved interaction with all patients. A more differentiated and culturally aware view places the focus on patients’ reality and the concrete significance of social, cultural and structural aspects of health, medicine and healthcare [20], [21], [58], [59], [60].

This complexity has led to a wide variety of theoretical views, concepts and terms in the academic debate. For instance, there are numerous definitions of the terms “interculturality” and “transculturality” [8], [25], [59], [61], [62], [63], [64]. The aims and main aspects of intercultural and transcultural competence derived from these terms are not contradictory, but rather exhibit large overlap and can mutually supplement each other. Based on the consensus reached, the term “cultural competence” is recommended, as it is to be understood in a comprehensive, overarching manner and is defined for use in medical education by the following aspects:

- An understanding of culture based on socio- and cultural anthropology, which views culture as a collection of ways of thinking and acting acquired in a lifetime and acknowledges cultural identity depends on context [21].
- A nuanced and self-critical reflection of the physician’s own socialization, individual culture and stereotypes.
- Awareness of patients as individuals, and reflection on both the aspects perceived to be culturally different and shared commonalities.

- The ability to assess the linguistic proficiency of individual patients along with knowing the advantages and disadvantages of using professional or non-professional interpreters to communicate with patients.
- Attentiveness to the patients' prior experiences regarding healthcare in their country of origin and abroad, to possible migration backgrounds and experiences therein, as well as to individual concepts regarding health, disease and therapy.
- Critical reflection on beliefs, patterns of thought and action, as well as the hierarchies of values held by the medical personnel in medical schools, hospitals and medical practices [3], [64].
- Systematic consideration of the social, economic, political and structural factors influencing medical care, in particular as regards alleged "cultural" challenges [23], [28].

These central aspects contradict the frequently expressed desire for simple checklists and rules of conduct for certain cultures and medical situations. Culturally competent care for patients can only be ensured through constant communication and comprehension of the priorities and needs of those involved.

5. Recommendations

The following recommendations are made based on the above definitions and theoretical considerations, the teaching experience of the experts involved in reaching the consensus-building process, and relevant international publications.

1. **Utilization of synergies by linking cultural competence with global health in medical education:** The advantages of linking these two areas, though they are often considered and taught separately, arise from the important overlap of topics and ideas. Topics relevant to both include migration, diversity or the necessity of a broadly conceived interdisciplinary perspective. In addition, students' international experiences connected to a global health perspective (e.g. specialized studies abroad) offer a wide variety of didactically useful interaction as regards cultural competence. While teaching skills related to cultural competence is crucial to courses on global health, aspects of global health are not absolutely necessary in courses dealing with cultural competence, though they are definitely desirable.
2. **Embedding topics of cultural competence and global health in the curricula:** Due to their relevance to the routine of medical care, cultural competence and global health should be integrated into the standard curricula and required from all medical students. Longitudinal embedding in the curriculum with consideration of university-specific pre-requisites and structures should be aimed for. Sufficient staffing and funding is to be ensured. In-depth courses for particularly motivated students are recommended.

3. **Faculty qualification and teaching methodology:** In addition to the above definitions and core content, individual commitment to the objectives, content and theoretical background of these concepts is an important pre-requisite for teaching cultural competence and global health. The ability to adequately analyze the root causes and consequences of diversity is essential, as is systematic reflection on one's own attitude and actions. Professionalization of faculty and the development of criteria for quality assurance are also required. In terms of didactics, conventional approaches should be complemented by methods involving the students' individual experiences and backgrounds, e.g. intercultural experiences in their personal lives, daily clinical practice, or participation in international student exchange projects.
4. **Interdisciplinary approach:** Cultural competence and global health embody a broad interdisciplinarity that combines the study of culture, society, law, politics, religion, economics, medical ethics and other disciplines. Justice will need to be done to this cross-disciplinary aspect when designing a curriculum, since the inclusion of the social, economic, political and cultural determinants in global healthcare is a major goal of teaching cultural competence and global health. Cultural competence and global health thus combine to form a subject area that reflects in a very special manner the overall mandate of higher education to foster comprehensive academic learning.
5. **Research in education:** Concurrent research in education and evaluation are a necessary accompaniment to the continued development and optimization of this interdisciplinary topic currently undergoing development and taking form in a plethora of different courses and teaching approaches.

6. Outlook

High-quality healthcare as a goal calls for the systematic internationalization of undergraduate medical education. In addition to offering specific courses on cultural competence and global health, synergies would be created through the integration of cultural competence and global health content into the curricula of already existing subject areas.

The NKLM [<http://www.nklm.de>] adopted in 2015 represents an important basis for integrating cultural competence and global health into existing curricula. As this is accomplished, it will be important to consider university-specific structures and individual national characteristics and to strengthen institution-level structures.

Furthermore, the internationality connected with cultural competence and global health aligns with the lives and future plans of many students. Even without intending to practice medicine abroad, many students seek opportunities to foster and develop their social, cultural and often humanitarian interests and skills during their studies and later as practicing medical professionals. This aim is

served by anchoring this topic more strongly into undergraduate medical education.

The committee will be happy to answer any questions or take suggestions.

Notes

This is the English translation of the article originally written in German.

The references have been compiled by the committee as a list of publications relevant to this position paper. This selection intends by no means to be an exhaustive one. The position paper was accepted by the GMA executive board on June 11, 2018.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Attachments

Available from

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2018-35/zma001174.shtml>

1. Attachment_1.pdf (94 KB)

Questions for (decentralized) preparation of the Retreat (virtual platform, March 2014)

References

- BAMF. Aktuelle Zahlen zu Asyl (04/2018). Nürnberg: BAMF; 2018. Zugänglich unter/available from: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-april-2018.html?jsessionid=FE8E0F51C154FFBEBEA04417B843B4765_2_cid294?nn=1694460
- Bozorgmehr K, Last K, Müller AD, 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):Doc20. DOI: 10.3205/zma000612
- Napier AD, Ancarno C, Butler B, Calabrese J, Chater A, Chatterjee H, Guesnet F, I'Horne R, Jacyna S, Jadhav S, Macdonald A, Neuendorf U, Parkhurst A, Reynolds R, Scambler G, Shamdasani S, Smith SZ, Stougaard-Nielsen J, Thomson L, Tyler N, Volkman AM, Walker T, Watson J, Williams AC, Willott C, Wilson J, Woolf K. Culture and health. *Lancet.* 2014;384(9954):1607-1039. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61603-2
- Leopoldina. Public Health in Deutschland: Strukturen, Entwicklungen und globale Herausforderungen; [Stellungnahme]. Schriftenreihe zur wissenschaftsbasierten Politikberatung. Halle (Saale): Dt. Akad. der Naturforscher Leopoldina; 2015.
- HRK. Zur Internationalisierung der Curricula: Empfehlung der HRK-Mitgliederversammlung vom 9.5.2017. Bonn: HRK; 2017. Zugänglich unter/available from: <https://www.hrk.de/positionen/abschluss/detail/zur-internationalisierung-der-curricula/>
- Knipper M, Putz R. Internationalisierung der Curricula in der Medizin: Die Internationalisierung der Curricula aus der Perspektive der Fachdisziplinen. Bonn: HRK; 2017.
- Kopp IB, Selbmann H, Koller M. Konsensusfindung in evidenzbasierten Leitlinien – vom Mythos zur rationalen Strategie. *Z Arztl Fortbild Qual Gesundheitswes.* 2007;101(2):89-95. DOI: 10.1016/j.zgesun.2007.01.002
- Althaus F, Hudelson P, Domenig D, Green AR, Bodemann P. Transkulturelle Kompetenz in der medizinischen Praxis. *Swiss Med Forum.* 2010;10(5):79-83. DOI: 10.4414/smf.2010.07077
- Möske M, Gil-Martinez F, Schulz H. Cross-cultural opening in German outpatient mental healthcare service: an exploratory study of structural and procedural aspects. *Clin Psychol Psychother.* 2013;20(5):434-446. DOI: 10.1002/cpp.1785
- Peters T, Grützmann T, Bruchhausen W, Coors M, Jacobs F, Kaelin L, Knipper M, Kressing F, Neitzke G. Grundsätze zum Umgang mit Interkulturalität in Einrichtungen des Gesundheitswesens. *Ethik Med.* 2014;26(1):65-75. DOI: 10.1007/s00481-013-0289-x
- Gießelmann K. Kulturelle Kompetenz: Verständigen heißt nicht Verstehen. *Themen der Zeit. Dtsch Arztebl.* 2016;113(48):A-2198. Zugänglich unter/available from: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=184343>
- 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 Med Educ.* 2010;10:67. DOI: 10.1186/1472-6920-10-67
- 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 Med Educ.* 2010;10:66. DOI: 10.1186/1472-6920-10-66
- Stutz A, Green W, McAllister L, Eley D. Preparing Medical Graduates for an Interconnected World: Current Practices and Future Possibilities for Internationalizing the Medical Curriculum in Different Contexts. *J Stud Intern Educ.* 2015;19(1):28-45. DOI: 10.1177/1028315314536991
- Knipper M, Baumann A, Hofstetter C, Korte R, Krawinkel M. Internationalizing Medical Education: The Special Track Curriculum 'Global Health' at Justus Liebig University Giessen. *GMS Z Med Ausbild.* 2015;32(5):Doc52. DOI: 10.3205/zma000994
- UAEM, bvmd [homepage on the Internet]. Global Health Hochschulranking: Wie schneidet deine Uni ab? Zugänglich unter/available from: <http://www.globale-gesundheit.de>
- Kaffes I, Moser F, Pham M, Oetjen A, Fehling M. Global health education in Germany: an analysis of current capacity, needs and barriers. *BMC Med Educ.* 2016;16(1):304. DOI: 10.1186/s12909-016-0814-y
- Kickbusch I, Franz C, Holzscheiter A, Hunger I, Jahn A, Köhler C, Raszum O, Schmidt JO. Germany's expanding role in global health. *Lancet.* 2017;390(10097):898-912. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)31460-5
- Gabrysch S, Jaehn P. Germany must invest in its global health academic workforce. *Lancet.* 2018;391(10121):656-657. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)30247-2
- Betancourt JR. Cultural competence and medical education: many names, many perspectives, one goal. *Acad Med.* 2006;81(6):499-501. DOI: 10.1097/01.ACM.0000225211.77088.cb
- Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med.* 2006;3(10):e294. DOI: 10.1371/journal.pmed.0030294

22. Gregg J, Saha S. Losing culture on the way to competence: the use and misuse of culture in medical education. *Acad Med.* 2006;81(6):542-547. DOI: 10.1097/01.ACM.0000225218.15207.30
23. Kumagai AK, Lypton ML. Beyond cultural competence: critical consciousness, social justice, and multicultural education. *Acad Med.* 2009;84(6):782-787. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181a42398
24. Dogra N, Reitmanova S, Carter-Pokras O. Teaching cultural diversity: current status in U.K., U.S., and Canadian medical schools. *J Gen Int Med.* 2010;25(Suppl 2):S164-168. DOI: 10.1007/s11606-009-1202-7
25. Kirmayer LJ. Rethinking cultural competence. *Transcult Psych.* 2012;49(2):149-164. DOI: 10.1177/1363461512444673
26. Willen SS, Carpenter-Song E. Cultural competence in action: "lifting the hood" on four case studies in medical education. *Cult Med Psych.* 2013;37(2):241-252. DOI: 10.1007/s11013-013-9319-x
27. Willen SS. Confronting a "big huge gaping wound": emotion and anxiety in a cultural sensitivity course for psychiatry residents. *Cult Med Psych.* 2013;37(2):253-279. DOI: 10.1007/s11013-013-9310-6
28. Metz J, Hansen H. Structural competency: theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Soc Sci Med.* 2014;103:126-133. DOI: 10.1016/j.socscimed.2013.06.032
29. Bischoff A, Chiarenza A, Loutan L. "Migrant-friendly hospitals": a European initiative in an age of increasing mobility. *World Hosp Health Serv.* 2009;45(3):7-9.
30. Sargent C, Larchanche S. The construction of "cultural difference" and its therapeutic significance in immigrant mental health services in France. *Cult Med Psych.* 2009;33(1):2-20. DOI: 10.1007/s11013-008-9115-1
31. Seeleman C, Suurmond J, Stronks K. Cultural competence: a conceptual framework for teaching and learning. *Med Educ.* 2009;43(3):229-237. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2008.03269.x
32. Knipper M, Seeleman C, Essink-Bot M. How should ethnic diversity be represented in medical curricula? A plea for systematic training in cultural competence. *GMS Z Med Ausbild.* 2010;27(2):Doc26. DOI: 10.3205/zma000663
33. Seeleman C, Essink-Bot M, Stronks K, Ingleby D. How should health service organizations respond to diversity? A content analysis of six approaches. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:510. DOI: 10.1186/s12913-015-1159-7
34. Sorensen J, Norredam M, Dogra N, Essink-Bot M, Suurmond J, Krasnik A. Enhancing cultural competence in medical education. *Intern J Med Educ.* 2017;8:28-30. DOI: 10.5116/ijme.587a.0333
35. Hordijk R, Hendrickx K, Lanting K, MacFarlane A, Muntinga M, Suurmond J. Defining a framework for medical teachers' competencies to teach ethnic and cultural diversity: Results of a European Delphi study. *Med Teach.* 2018;1-7. DOI: 10.1080/0142159X.2018.1439160
36. Aragaw A, Yigzaw T, Tetemke D, G/Amlak W. Cultural Competence among Maternal Healthcare Providers in Bahir Dar City Administration, Northwest Ethiopia: Cross sectional Study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15:227. DOI: 10.1186/s12884-015-0643-8
37. Hsieh J, Hsu M, Wang Y. An anthropological approach to teach and evaluate cultural competence in medical students - the application of mini-ethnography in medical history taking. *Med Educ Online.* 2016;21:32561. DOI: 10.3402/meo.v21.32561
38. Drain PK, Primack A, Hunt DD, Fawzi WW, Holmes KK, Gardner P. Global health in medical education: a call for more training and opportunities. *Acad Med.* 2007;82(3):226-230. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3180305cf9
39. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Neylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet.* 2010;376(9756):1923-1958. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5
40. Hanson L. Global Citizenship, Global Health, and the Internationalization of Curriculum: A Study of Transformative Potential. *J Stud Intern Educ.* 2010;14(1):70-88. DOI: 10.1177/1028315308323207
41. Eaton DM, Redmond A, Bax N. Training healthcare professionals for the future: internationalism and effective inclusion of global health training. *Med Teach.* 2011;33(7):562-569. DOI: 10.3109/0142159X.2011.578470
42. McKimm J, McLean M. Developing a global health practitioner: time to act? *Med Teach.* 2011;33(8):626-631. DOI: 10.3109/0142159X.2011.590245
43. Rowson M, Smith A, Hughes R, Johnson O, Maini A, Martin S, Martineau F, Miranda JJ, Pollit V, Wake R, Willott C, Yudkin JS. The evolution of global health teaching in undergraduate medical curricula. *Global Health.* 2012;8:35. DOI: 10.1186/1744-8603-8-35
44. Johnson O, Bailey SL, Willott C, Crocker-Buque T, Jessop V, Birch M, Ward H, Yudkin JS; Global Health Learning Outcomes Working Group. Global health learning outcomes for medical students in the UK. *Lancet.* 2012;379(9831):2033-2035. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)61582-1
45. Watson J, Shiner A, Pettigrew LM, Irving G. Global health: time for full integration into GP education. *Br J Gen Pract.* 2013;63(610):271-272. DOI: 10.3399/bjgp13X667358
46. Khan OA, Guerrant R, Sanders J, Carpenter C, Spottswood M, Jones DS, O'Callahan C, Brewer TF, Markuns JF, Gillam S, O'Neill J, Nathanson N, Wright S. Global health education in U.S. medical schools. *BMC Med Educ.* 2013;13:3. DOI: 10.1186/1472-6920-13-3
47. Gopfert A, Mohamedbhai H, Mise J, Driessen A, Shakil A, Fitzmaurice A, Graham W. Do medical students want to learn about global health? *Global Health Action.* 2014;7:23943. DOI: 10.3402/gha.v7.23943
48. Koplan JP, Bond TC, Merson MH, Reddy KS, Rodriguez MH, Sewankambo NK, Wasserheit JN; Consortium of Universities for Global Health Executive Board. Towards a common definition of global health. *Lancet.* 2009;373(9679):1993-1995. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60332-9
49. Farmer P, Kleinman A, Kim JY, Basilio M. Reimagining global health: An introduction. *California series in public anthropology, Vol 26.* Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press; 2013.
50. UNCSECR. General Comment 14, the right to the highest attainable standard of health: UN Doc. E/C.12/2000/4.; 2000.
51. Frewer A, Bielefeldt H. *Das Menschenrecht auf Gesundheit: Normative Grundlagen und aktuelle Diskurse.* Menschenrechte in der Medizin, Band 1. Bielefeld: transcript Verlag; 2016.
52. Yamin AE. Power, suffering, and the struggle for dignity: Human rights frameworks for health and why they matter. *Pennsylvania studies in human rights.* Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 2016. DOI: 10.9783/9780812292190
53. Bozorgmehr K. Rethinking the 'global' in global health: a dialectic approach. *Global Health.* 2010;6:19. DOI: 10.1186/1744-8603-6-19

54. Knipper M. Global Health und das Menschenrecht auf Gesundheit. Perspektiven für Kliniken im Kontext der "Flüchtlingskrise". In: Frewer A, Bergemann L, Kranz C, Ulrich HG (Hrsg). Die kosmopolitische Klinik: Globalisierung und kultursensible Medizin. Jahrbuch Ethik in der Klinik (JEK). Band 10. Würzburg: Königshausen et Neumann; 2017. S.93-111.
55. Kleinman A. Four social theories for global health. *Lancet*. 2010;375(9725):1518-1519. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)60646-0
56. Good MD. Shattering culture: American medicine responds to cultural diversity. New York: Russell Sage Foundation; 2011.
57. Knipper M. Verstehen oder Stigmatisieren?: Die Krux mit der "Kultur" in Medizin und Public Health. *Public Health Forum*. 2015;23(2):78. DOI: 10.1515/pubhef-2015-0036
58. Napier AD, Depledge M, Knipper M, Lovell R, Ponarin E, Sanabria E, Thomas F. Culture matters: using a cultural contexts of health approach to enhance policy-making. *Cultural Contexts of Health and Well-being*. Policy brief, No. 1. Copenhagen: WHO; 2017.
59. Coors M, Grützmann T, Peters T. Interkulturalität und Ethik: Der Umgang mit Fremdheit in Medizin und Pflege. 1 ed. Edition Ethik. Göttingen.: Edition Ruprecht; 2014.
60. Domenig D. Das Konzept der transkulturellen Kompetenz. In: Domenig D (Hrsg). *Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe; [Pflegeranamnese und -prozesskarte beiliegend]*. Pflegepraxis: Fachpflege. Bern: Verlag Hans Huber; 2007. S.165-189.
61. Auernheimer G. Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität. 2 ed. *Interkulturelle Studien*, Bd. 13. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss; 2008.
62. Thomas A. Interkulturelle Handlungskompetenz - Schlüsselkompetenz für die moderne Arbeitswelt. *Arbeit*. 2006;15(2):114-125. DOI: 10.1515/arbeit-2006-0206
63. Machleidt W. Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit. München: Elsevier, Urban & Fischer; 2011.
64. Dreißig V. Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus: Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund. Zugl.: Köln, Univ., Diss., 2005. *Kultur und soziale Praxis*. Bielefeld: transcript-Verl.; 2005.

Corresponding author:

Claudia Mews

University Medical Center Hamburg-Eppendorf,
Department of General Practice/Primary Care , Martinistr.
52, D-20246 Hamburg, Germany, Phone: +49
(0)40/7410-56854, Fax: +49 (0)40/7410-53681
c.mews@uke.de

Please cite as

Mews C, Schuster S, Vajda C, Lindtner-Rudolph H, Schmidt LE, Bösner S, Güzelsöy L, Kressing F, Hallal H, Peters T, Gestmann M, Hempel L, Grützmann T, Sievers E, Knipper M. *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*. 2018;35(3):Doc28.
DOI: 10.3205/zma001174, URN: urn:nbn:de:0183-zma0011747

This article is freely available from

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2018-35/zma001174.shtml>

Received: 2017-01-20**Revised:** 2018-06-01**Accepted:** 2018-06-11**Published:** 2018-08-15**Copyright**

©2018 Mews et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Kulturelle Kompetenz und Global Health: Perspektiven für die medizinische Ausbildung – Positionspapier des GMA-Ausschusses Kulturelle Kompetenz und Global Health

Zusammenfassung

Einführung: Der medizinische Arbeitsalltag in Deutschland, Österreich und der Schweiz ist zunehmend durch kulturelle und sprachliche Diversität in einer komplexer werdenden Welt geprägt. Sowohl im Rahmen von Auslandsaufenthalten als auch im Inland kommen Medizinstudierende mit unterschiedlichen und ihnen teilweise fremd erscheinenden Denk- und Handlungsgewohnheiten bezogen auf Krankheit und Gesundheit in Berührung. Trotz einer steigenden Anzahl an Lehrangeboten zu den Themen Kulturelle Kompetenz und Global Health an den Fakultäten mangelt es bisher an systematischen Ansätzen zur Integration dieser Themenbereiche in die medizinischen Curricula.

Methodisches Vorgehen: Das Papier basiert auf einem strukturierten Konsensfindungsprozess durch ein multidisziplinäres Gremium aus Lehrenden und Studierenden. Mittels einer qualitativen Online-Umfrage wurde in einem ersten Schritt eine Bestandsaufnahme zu Definitionen und Konzepten durchgeführt. Nach einer im zweiten Schritt erfolgten Literaturrecherche und Begriffsklärung zu den Bereichen Global Health und Trans- und Interkulturelle Kompetenz wurden in einem kontinuierlichen Arbeitsprozess inhaltliche, didaktische und strukturelle Empfehlungen erarbeitet. Über Kleingruppenarbeit und Plenumsdiskussionen wurden mit mehreren, der Qualitätssicherung dienenden Feedback-Schleifen unterschiedliche Perspektiven und kritische Standpunkte erarbeitet.

Ergebnisse: Eine Bestandsaufnahme im nationalen und internationalen Raum ergab, dass eine große Heterogenität z.B. im Hinblick auf Definitionen, Lehrkonzepte und -formate oder die Qualifikation der Lehrenden besteht. Für die Nutzung der Begriffe Kulturelle Kompetenz und Global Health wurden daher für die medizinische Ausbildung als essentiell erachtete Definitionen und zentrale Aspekte benannt. Als Hilfe für die konkrete Umsetzung in der Lehre wurden Empfehlungen von der praktischen Umsetzung über die Qualifikation der Lehrenden bis hin zur Lehrforschung formuliert.

Ausblick: Bei dem Ziel einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung besteht Bedarf an einer systematischen Internationalisierung des humanmedizinischen Studiums. Neben der Bereitstellung von spezifischen Lehrangeboten geht es im Sinne der Synergiebildung um eine Integration der Förderung Kultureller Kompetenz und der Vermittlung von Global Health-Inhalten in Angebote bestehender Fachdisziplinen. Der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM) bietet dafür eine Grundlage.

Schlüsselwörter: Kultur, Globale Gesundheit, Migration, medizinische Ausbildung, Lehre, Curriculum

Claudia Mews¹
Sylvie Schuster²
Christian Vajda³
Heide
Lindtner-Rudolph⁴
Luise E. Schmidt^{5,6}
Stefan Bösner⁷
Leyla Güzelsoy⁸
Frank Kressing⁹
Houda Hallal¹⁰
Tim Peters¹¹
Margarita Gestmann¹²
Linn Hempel¹³
Tatjana Grützmann¹⁴
Erika Sievers¹⁵
Michael Knipper¹⁶

- 1 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, Hamburg, Deutschland
- 2 Universitätsspital Basel I, Programmleitung Diversity Management, Basel, Schweiz
- 3 Medizinische Universität Graz, Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Graz, Österreich
- 4 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Arbeitsgruppe Psychosoziale Migrationsforschung, Hamburg, Deutschland
- 5 Universität Greifswald, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Greifswald, Deutschland

- 6 Helios Hansekllinikum
Stralsund, Klinik für
Psychiatrie und
Psychotherapie, Stralsund,
Deutschland
- 7 Philipps-Universität
Marburg, Abteilung für
Allgemeinmedizin,
Präventive und
Rehabilitative Medizin,
Marburg, Deutschland
- 8 Paracelsus Medizinische
Privatuniversität, Klinikum
Nürnberg, Klinik für
Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie,
Psychosomatischer
Konsiliar- und Liaisondienst,
Nürnberg, Deutschland
- 9 Universität Ulm, Institut für
Geschichte, Theorie und
Ethik der Medizin, Ulm,
Deutschland
- 10 Universität zu Köln,
Medizinische Fakultät, Köln,
Deutschland
- 11 Ruhr-Universität Bochum,
Medizinische Fakultät,
Zentrum für Medizinische
Lehre, Bochum,
Deutschland
- 12 Universität Duisburg-Essen,
Medizinische Fakultät,
Studiendekanat, Essen,
Deutschland
- 13 Universitätsklinikum
Düsseldorf, Klinisches
Institut für Psychosomatik
und Psychotherapie,
Düsseldorf, Deutschland
- 14 RWTH Aachen,
Studiendekanat,
Modellstudiengang Medizin,
Aachen, Deutschland
- 15 Akademie für öffentliches
Gesundheitswesen,
Düsseldorf, Deutschland
- 16 Justus-Liebig-Universität
Gießen, Institut für
Geschichte der Medizin,
Gießen, Deutschland

1. Einführung

Der medizinische Alltag in Kliniken bzw. Spitälern, Arztpraxen und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens ist durch eine seit Jahren zunehmende kulturelle und sprachliche Diversität geprägt.

In Deutschland, Österreich und der Schweiz werden infolge von Globalisierungsprozessen und Migration die tiefgreifenden Bedeutungen kultureller Aspekte und sozialer, rechtlicher und politischer Rahmenbedingungen für die Gesundheit von Patientinnen und Patienten einerseits und ärztliches Handeln andererseits immer deutlicher wahrgenommen. Die aktuellen Herausforderungen aufgrund der großen Zahl von Geflüchteten aus Kriegs- und Krisengebieten [1] bezeugen dies auf besonders eindrucksvolle Art.

Nicht nur im Rahmen von Auslandsaufenthalten kommen Medizinstudierende mit unterschiedlichen und ihnen teilweise fremd erscheinenden Denk- und Handlungsgewohnheiten bezogen auf Krankheit und Gesundheit in Berührung. Auch im Inland erleben Studierende vielfältige und zum Teil unerwartete Formen des Arzt-Patienten-Verhältnisses. So ist beispielsweise zu bedenken, dass sich die große Diversität hinsichtlich des Hierarchieverständnisses, der Kommunikationsstile, des Einbezugs von Familienangehörigen oder des Stellenwertes von Religion und Spiritualität nicht auf Kontakte mit Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund beschränkt. Kulturelle Kompetenz und Global Health sind folglich für Medizin und ärztliches Handeln im In- und Ausland relevant.

Die Verankerung dieser Themen in der medizinischen Ausbildung ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, in Zeiten der Globalisierung eine qualitativ hochwertige, individualisierte Versorgung für alle Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Weiterhin gilt es, Missverständnissen vorzubeugen und eine Fehlversorgung zu vermeiden. Bisher mangelt es an systematisch strukturierten und nachhaltig institutionalisierten Ansätzen.

Bereits 2009 hat die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) auf die Notwendigkeit einer stärkeren Berücksichtigung von Global Health in der medizinischen Ausbildung hingewiesen [2]. Im Jahr 2014 betonte die *Lancet Commission on Culture and Health* die Bedeutung einer breiten und differenzierten Berücksichtigung von Kultur in der Medizin und der Förderung und Entwicklung von Kultureller Kompetenz in der medizinischen Ausbildung [3]. Die Leopoldina und weitere Wissenschaftsakademien verabschiedeten im Jahr 2015 eine Stellungnahme zur Stärkung von Public Health und Global Health in Deutschland, worin sie eine klare Empfehlung zur umfassenden Aufnahme dieser Themen in die medizinische Ausbildung formulierten [4]. Zuletzt hat die Hochschulrektorenkonferenz 2017 Empfehlungen zur Internationalisierung der Curricula verabschiedet, in denen für die Medizin eine systematische Integration von Lehrangeboten zur Ausbildung von Kultureller Kompetenz und Global Health in die medizinischen Curricula gefordert wird [5], [6].

Mit dem vorliegenden Positionspapier will der Ausschuss „Kulturelle Kompetenz und Global Health“ der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) einen Beitrag zur systematischen Entwicklung von Lehrangeboten zu den eng miteinander verwobenen Themenfeldern Kulturelle Kompetenz und Global Health in der medizinischen Ausbildung leisten. Neben einem Überblick über die aktuelle Situation in den deutschsprachigen Ländern sowie international werden dazu Definitionen und Erläuterungen zu theoretischen Grundlagen sowie Empfehlungen zur didaktischen Umsetzung und zur Qualifikation der Lehrenden vorgestellt.

2. Methodisches Vorgehen

Das Papier basiert auf einem strukturierten Konsensfindungsprozess [7], der in mehreren Arbeitsschritten von 2013-2016 erfolgte. Beteiligt war ein gezielt zusammengesetztes multidisziplinäres Gremium mit mehrheitlich langjährig Lehrerfahrenen. Die Mitglieder repräsentierten die für den Bereich relevanten, vielfältigen akademischen und professionellen Hintergründe aus der klinischen Medizin, Public Health, den Kultur- und Sozialwissenschaften und anderen Disziplinen. Neben Lehrenden waren auch Studierende aktiv beteiligt. Ziel war es, durch die Multidisziplinarität des Gremiums sowie durch das strukturierte Verfahren ausgewogene und aussagekräftige Ergebnisse zu erarbeiten und einen Konsens zu erlangen. Als erster Arbeitsschritt wurde über eine qualitative Online-Umfrage unter den 16 Gründungsmitgliedern des Ausschusses mit Expertise für Lehre, Inter- und Transkulturelle Kompetenz und/oder Global Health eine Bestandsaufnahme zu vorhandenen Vorstellungen, Definitionen und Konzepten zu den für die Arbeit relevanten Begrifflichkeiten durchgeführt (siehe Anhang 1). Ausgehend von den Ergebnissen wurden die Prioritäten für den weiteren Prozess festgelegt. Die Teilnehmenden erarbeiteten in zwei Arbeitsgruppen nach gezielter Literaturrecherche und ausführlicher Begriffsklärung zu den Bereichen Global Health und Trans- und Interkulturelle Kompetenz die im weiteren Verlauf verwendeten Definitionen. In einem kontinuierlichen Arbeitsprozess wurden inhaltliche, didaktische und strukturelle Empfehlungen erarbeitet. Der Einsatz von verschiedenen Formaten wie Kleingruppenarbeit, Plenumsdiskussionen und Telefonkonferenzen diente dabei mit mehreren der Qualitätssicherung dienenden Feedback-Schleifen zur Erfassung und Diskussion unterschiedlicher Perspektiven und kritischer Standpunkte. Beispielhaft genannt sei hier das Erarbeiten von verbindenden Standpunkten zu bisher meist getrennt voneinander betrachteten Bereichen, wie dem Verhältnis von trans- zu interkultureller Kompetenz oder der Verbindung von Kultureller Kompetenz und Global Health in der Lehre.

3. Bestandsaufnahme im deutschsprachigen Bereich und international

Im deutschsprachigen Raum findet sich eine große Vielfalt an Initiativen und Lehrangeboten zur Förderung von Kultureller Kompetenz und Vermittlung von Global Health-Inhalten in der medizinischen Ausbildung [2], [8], [9], [10], [11], [12], [13], [14], [15], [16]. An manchen Orten werden Einzelaspekte adressiert (z.B. kulturelle Kompetenz oder Themen aus dem Global Health-Spektrum), an anderen Standorten werden integrierte Formate angeboten. An vielen Universitäten handelt es sich um Lehrangebote auf freiwilliger Basis, getragen von engagierten Studierenden und Lehrenden. Nur selten besteht eine strukturelle Verankerung im Regelcurriculum [11], [17]. Zuletzt 2017 wurde in einer Publikation zur wachsenden Rolle Deutschlands im Bereich der globalen Gesundheit die geringe Priorität kritisiert, die dieses Themenfeld bisher an den medizinischen Fakultäten in Deutschland besetzt [18], [19].

Mit der Einführung des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkataloges Medizin (NKLM) 2015 liegen für Deutschland unter Beteiligung von Ausschussmitgliedern erarbeitete Lernziele vor, die zentrale Aspekte von Kultureller Kompetenz und Global Health abdecken [<http://www.nklm.de>]. Der in der Schweiz existierende Swiss Catalogue of Learning Objectives von 2008 wurde überarbeitet und durch Profiles Framework (2017) ersetzt, welcher Lernziele zur Thematik enthält [http://www.profilesmed.ch/doc/Profiles_2017.pdf]. In Österreich existiert kein nationaler Lernzielkatalog. Ein Anforderungsprofil für die Lehrenden existiert bisher in keinem der drei Länder, da verbindliche inhaltliche und/oder strukturelle Vorgaben für die Unterrichtsgestaltung fehlen. Im anglo-amerikanischen Raum gibt es hingegen an einigen universitären Zentren eine jahrzehntelange Tradition an Lehrangeboten und elaborierten Konzepten zur Vermittlung von Kulturellen Kompetenzen in der medizinischen Ausbildung, verbunden mit einer breiten wissenschaftlichen Diskussion und Lehrforschung [20], [21], [22], [23], [24], [25], [26], [27], [28]. Auf europäischer Ebene wird in den letzten Jahren aufgrund verschiedener Initiativen – z.B. des EU-Projekts „Migrant Friendly Hospitals“ (2002-2004) [29] oder der nationalen Strategie „Migration und Gesundheit“ des Schweizer Bundesamtes für Gesundheit (2002-2017) – Kulturelle Kompetenz in der medizinischen Versorgung bedeutsamer, was sich in einer entsprechenden Zunahme von Lehrangeboten und Diskussionen zu Inhalten, Struktur, Didaktik und der Qualifikation der Lehrenden abbildet [30], [31], [32], [33], [34], [35]. Auch in anderen Kontinenten sind Lehrangebote publiziert [36], [37]. Der etwas jüngere Themenbereich Global Health wird im internationalen Raum ebenfalls zunehmend in der medizinischen Ausbildung aufgegriffen, begleitet von den entsprechenden Erörterungen zu Inhalten, Zielen, Bedarfen, Struktur und Didaktik [14], [38], [39], [40], [41], [42], [43], [44], [45], [46], [47].

Insgesamt kann hier für den internationalen Raum keine allgemeine Aussage zu Bestand und Art von entsprechenden Lehrangeboten gemacht werden, da es bisher keine umfassenden Erhebungen und keine einheitliche Definition der Begrifflichkeiten und der Betitelung von Lehrangeboten gibt.

4. Definitionen und zentrale Aspekte

Mit Kultureller Kompetenz und Global Health sind vielfältige Vorstellungen und Vorannahmen verbunden, woraus unterschiedliche Interpretations- und Verständnismöglichkeiten resultieren. Im Rahmen des Konsensfindungsprozesses wurden folgende Begriffe für die Nutzung im Bereich der medizinischen Ausbildung als zentral bewertet:

Global Health

Der Begriff Global Health bezeichnet ein breites und heterogenes Themenfeld, das sich durch das grundlegende Interesse an den vielfältigen Herausforderungen und Möglichkeiten für Medizin und Gesundheitsversorgung in einer zunehmend komplexen Welt auszeichnet [12], [14], [17], [44], [48], [49]. Folgende drei Kernelemente bilden in ihrer Gesamtheit eine Arbeitsdefinition von Global Health und begründen eine innovative und notwendige Perspektive für die medizinische Ausbildung.

- **Gesundheit als Menschenrecht:** Das normative Fundament von Global Health besteht im menschenrechtlich begründeten individuellen Recht auf das höchste erreichbare Maß an Gesundheit, entsprechend Artikel 12 des Internationalen Pakts für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte der Vereinten Nationen [49], [50], [51]. Global Health ist explizit an dem menschenrechtlich begründeten Prinzip „Equity“ orientiert [50]: Alle Menschen sind gleich an Würde und Rechten, ungeachtet ihrer Herkunft und aller biologischen, sozialen oder anderweitig bestimmten Unterschiede. Die Förderung und Gewährleistung gleicher Rechte erfordert daher den Ausgleich von Benachteiligungen und den Schutz vor vermeidbaren Gesundheitsrisiken sowie jeder Form von Diskriminierung [50], [52].
- **Weltweite Perspektive:** Die Global Health-Perspektive ist weltweit orientiert, d.h. sie ist nicht auf spezielle Räume und Regionen begrenzt [48], [53]. Es geht stets um die Betrachtung der lokalen Situation unter Berücksichtigung globaler Zusammenhänge (u.a. Migration, Klimawandel, Weltwirtschaftsbeziehungen) [15], [54]. Die isolierte Betrachtung von Medizin und Gesundheitsversorgung in Süd und Nord, in vermeintlich „entwickelte“ und „unterentwickelte“ Länder, ist aus der Global Health-Perspektive heraus nicht angemessen.
- **Interdisziplinarität:** Global Health ist ein interdisziplinäres Arbeitsfeld [48], [49], [55]. Neben naturwissenschaftlichen und klinischen Aspekten sind unter anderem auch epidemiologische, soziokulturelle, ökonomi-

sche, ökologische, ethische, politische und rechtliche Hintergründe von Gesundheitsversorgung und ärztlichem Handeln relevant.

Kulturelle Kompetenz

Vor dem Hintergrund der soziokulturellen Vielfalt der Bevölkerung ist Kultur ein ambivalenter und komplexer Begriff, auch im Bereich von Medizin und Gesundheitsversorgung [10], [21], [22], [23], [25], [56], [57]: Einerseits birgt der unreflektierte Gebrauch des Begriffs die Gefahr von Stereotypenbildung und Missverständnissen. Andererseits bietet eine differenzierte Auseinandersetzung mit dem Begriff die Chance zu einem besseren Verständnis und einer verbesserten Interaktion mit allen Patientinnen und Patienten, da ein differenziert kultursensibler Blick die Aufmerksamkeit auf die reale Lebenswirklichkeit und die konkrete Bedeutung sozialer, kultureller und struktureller Aspekte von Gesundheit, Medizin und ärztlichem Handeln legt [20], [21], [58], [59], [60].

Diese Komplexität hat in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung zu einer großen Vielfalt von theoretischen Perspektiven, Konzepten und Begrifflichkeiten geführt. Es existiert beispielsweise eine Vielzahl an Definitionen zu den Begriffen Interkulturalität und Transkulturalität [8], [25], [59], [61], [62], [63], [64]. Die aus diesen beiden Begriffen abgeleiteten Ziele und Hauptaspekte der inter- und transkulturellen Kompetenz widersprechen sich allerdings nicht, sondern haben große Schnittmengen und können sich gegenseitig ergänzen. Als Ergebnis der Konsensfindung wird die Bezeichnung Kulturelle Kompetenz empfohlen, die übergreifend zu verstehen und für ihren Einsatz in der medizinischen Ausbildung durch folgende Aspekte definiert ist:

- Die Orientierung an einem sozial- und kulturanthropologisch begründeten Kulturverständnis, das Kultur als Repertoire an im Lebensverlauf erlernten, veränderlichen Denk- und Handlungsweisen sieht und die Kontextabhängigkeit von kultureller Identität anerkennt [21].
- Eine differenzierte und selbstkritische Auseinandersetzung mit der eigenen Sozialisation sowie mit den persönlichen kulturellen Prägungen und Stereotypen.
- Die Wahrnehmung von Patientinnen und Patienten in ihrer Individualität und Reflexion sowohl der als unterschiedlich wahrgenommenen kulturellen Besonderheiten als auch der verbindenden Gemeinsamkeiten.
- Die Fähigkeit, Sprachkenntnisse und das individuelle Sprachniveau von Patientinnen und Patienten einzuschätzen, ebenso wie die Kenntnis von Vor- und Nachteilen des Einsatzes von professionell und nicht-professionell Dolmetschenden.
- Die Aufmerksamkeit für die Vorerfahrungen der Patientinnen und Patienten mit der Gesundheitsversorgung im In- und Ausland, für etwaige Migrationserfahrungen sowie für individuelle Gesundheits-, Krankheits- und Heilkonzepte.
- Die kritische Reflexion der Vorstellungen, Denk- und Handlungsmuster sowie der Wertehierarchien der

professionell Handelnden in Medizinischen Fakultäten, Kliniken und Praxen [3], [64].

- Die grundsätzliche Berücksichtigung der sozialen, ökonomischen, politischen und strukturellen Einflussfaktoren in der medizinischen Versorgung, insbesondere bei vermeintlich „kulturell“ bedingten Herausforderungen [23], [28].

Diese zentralen Aspekte widersprechen dem oft geäußerten Wunsch nach einfachen Checklisten und Verhaltensregeln für „bestimmte Kulturen“ und Behandlungssituationen. Kulturell kompetentes Handeln in der Patientenversorgung kann nur in beständiger Kommunikation und Verständigung über die Prioritäten und Bedürfnisse der beteiligten Akteurinnen und Akteure gewährleistet werden.

5. Empfehlungen

Aus den oben geschilderten Definitionen und theoretischen Überlegungen, den Lehrerfahrungen der an der Konsensfindung beteiligten Expertinnen und Experten und einschlägigen internationalen Publikationen werden die folgenden Empfehlungen abgeleitet:

1. **Nutzung der Synergien aus der Verbindung von Kultureller Kompetenz und Global Health in der medizinischen Ausbildung:** Die Vorteile einer Verknüpfung der beiden oft noch getrennt betrachteten und gelehrten Bereiche ergeben sich aus den engen thematischen wie konzeptionellen Überschneidungen. Themen wie Migration und Diversität oder auch die Notwendigkeit einer breit angelegten interdisziplinären Betrachtungsweise sind in beiden Bereichen relevant. Außerdem bieten internationale, mit einer Global Health-Perspektive verbundene Studienaktivitäten (z.B. studienbezogene Auslandsaufenthalte) vielfältige didaktisch nutzbare Anknüpfungspunkte im Hinblick auf Kulturelle Kompetenz. Während in Lehrveranstaltungen zu Global Health die Vermittlung von Fertigkeiten aus dem Bereich Kulturelle Kompetenz unverzichtbar ist, sind für Veranstaltungen zu Kultureller Kompetenz Global Health-Aspekte wünschenswert, aber nicht zwingend notwendig.
2. **Verankerung der Themenbereiche Kulturelle Kompetenz und Global Health in den Curricula:** Aufgrund der Relevanz für die alltägliche ärztliche Praxis sollten Kulturelle Kompetenz und Global Health in die Regelcurricula integriert und für alle Studierenden verbindlich gelehrt werden. Dabei ist eine longitudinale Verankerung im Curriculum unter Berücksichtigung der lokal bestehenden Voraussetzungen und Strukturen anzustreben. Eine ausreichende personelle und finanzielle Ausstattung ist sicherzustellen. Ein vertiefendes Angebot für interessierte Studierende im Rahmen von Wahlpflichtfächern oder zusätzlichen Lehreinheiten wird ausdrücklich befürwortet.
3. **Qualifikation der Lehrenden und Didaktik:** Neben der Beschäftigung mit den oben genannten Definitionen

und zentralen Inhalten bildet für Dozierende die eigene Auseinandersetzung mit den Zielen, Inhalten und Hintergründen dieser Konzepte eine wichtige Grundlage für eine angemessene Lehre. Die Umsetzung der sowohl mit Kultureller Kompetenz als auch mit Global Health assoziierten Werte und Ziele erfordert die Fähigkeit, Vielfalt sowie ihre Ursachen und Auswirkungen adäquat zu erfassen. Ein weiteres Kriterium für die Qualität akademischen Unterrichts besteht darin, das eigene Handeln und Verhalten entsprechend zu reflektieren und auszurichten. Für die weitere Implementierung in das Curriculum ist die Professionalisierung der Lehrenden durch die Entwicklung von Kriterien für die Qualitätssicherung notwendig. Für den didaktischen Bereich liegt neben den klassischen Methoden ein besonderes Potential darin, an die Alltagserfahrungen und Lebenswirklichkeiten der Studierenden anzuknüpfen und diese systematisch für die Lehre zu nutzen. Zu nennen sind hier beispielhaft interkulturelle Begegnungen im persönlichen und klinischen Alltag, biografische Hintergründe von Studierenden sowie studienbezogene Auslandsaufenthalte.

4. **Interdisziplinarität:** In der Lehre beinhalten die Themenbereiche Kulturelle Kompetenz und Global Health eine breite Interdisziplinarität, die sich auch durch die Beteiligung von Kultur-, Sozial-, Rechts-, Politik-, Religions- und Wirtschaftswissenschaften sowie der Medizinethik und anderer Disziplinen auszeichnet. Diesem fächerübergreifenden Aspekt ist in der Entwicklung eines entsprechenden Curriculums Rechnung zu tragen, da es gerade das Ziel von Kultureller Kompetenz und Global Health darstellt, soziale, wirtschaftliche, politische und kulturelle Determinanten der weltweiten Gesundheitsversorgung einzubeziehen. Kulturelle Kompetenz und Global Health ist somit ein Themenbereich, der auf besondere Weise mit dem umfassenden Bildungsauftrag der akademischen Ausbildung korrespondiert.
5. **Lehrforschung:** Bei dem sich in Entwicklung befindlichen, interdisziplinären Themengebiet mit einer Fülle an unterschiedlichen Lehrangeboten und didaktischen Ansätzen ist für die Weiterentwicklung und Optimierung eine begleitende Lehr- und Evaluationsforschung notwendig.

6. Ausblick

Im Hinblick auf das Ziel einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung besteht Bedarf an einer systematischen Internationalisierung des humanmedizinischen Studiums. Dabei geht es nicht nur um die Bereitstellung von spezifischen Lehrangeboten zu Kultureller Kompetenz und Global Health, sondern vielmehr im Sinne der Synergiebildung um eine differenzierte Integration der Thematik in breitgefächerte Angebote verschiedener etablierter Fachdisziplinen. Der 2015 verabschiedete NKLM [<http://www.nkml.de>] bietet für die Integration von Kultureller Kompetenz und Global Health in die bestehenden Curri-

cula eine wichtige Grundlage. Es gilt dabei, lokale Voraussetzungen an den einzelnen Universitäten sowie länder-spezifische Besonderheiten zu berücksichtigen und die strukturellen Rahmenbedingungen entsprechend zu stärken.

Darüber hinaus entspricht die mit Kultureller Kompetenz und Global Health verbundene Internationalität der Lebenswelt und Lebensplanung vieler Studierender. Auch ohne eine dauerhafte Berufstätigkeit im Ausland anzustreben, suchen viele Studierende nach Möglichkeiten, ihre sozialen, kulturellen und oft auch humanitären Interessen und Kompetenzen im Studium und später im ärztlichen Berufsalltag pflegen und weiter entwickeln zu können. Dem wird durch eine verstärkte Integration der Thematik ins Studium Rechnung getragen.

Der Ausschuss steht als Ansprechpartner für Fragen und Anregungen gerne zur Verfügung.

Anmerkungen

Als Referenzen sind aus Sicht des Ausschusses für das Positionspapier relevante Publikationen aufgeführt. Die Auswahl erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Das Positionspapier wurde dem GMA-Vorstand vorgelegt und von diesem am 11.06.2018 verabschiedet.

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

Anhänge

Verfügbar unter

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2018-35/zma001174.shtml>

1. Anhang_1.pdf (96 KB)
Fragen zur (dezentralen) Vorbereitung der Klausurtagung („virtuelle Plattform“, März 2014)

Literatur

1. BAMF. Aktuelle Zahlen zu Asyl (04/2018). Nürnberg: BAMF; 2018. Zugänglich unter/available from: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-april-2018.html?sessionid=FE8E0F51C154FFBEBEA04417B843B4765.2_cid294?nn=1694460
2. Bozorgmehr K, Last K, Müller AD, 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):Doc20. DOI: 10.3205/zma000612
3. Napier AD, Ancarno C, Butler B, Calabrese J, Chater A, Chatterjee H, Guesnet F, Horne R, Jacyna S, Jadhav S, Macdonald A, Neuendorf U, Parkhurst A, Reynolds R, Scambler G, Shamdasani S, Smith SZ, Stougaard-Nielsen J, Thomson L, Tyler N, Volkmann AM, Walker T, Watson J, Williams AC, Willott C, Wilson J, Woolf K. Culture and health. Lancet. 2014;384(9954):1607-1039. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61603-2

4. Leopoldina. Public Health in Deutschland: Strukturen, Entwicklungen und globale Herausforderungen; [Stellungnahme]. Schriftenreihe zur wissenschaftsbasierten Politikberatung. Halle (Saale): Dt. Akad. der Naturforscher Leopoldina; 2015.
5. HRK. Zur Internationalisierung der Curricula: Empfehlung der HRK-Mitgliederversammlung vom 9.5.2017. Bonn: HRK; 2017. Zugänglich unter/available from: <https://www.hrk.de/positionen/abschluss/detail/zur-internationalisierung-der-curricula/>
6. Knipper M, Putz R. Internationalisierung der Curricula in der Medizin: Die Internationalisierung der Curricula aus der Perspektive der Fachdisziplinen. Bonn: HRK; 2017.
7. Kopp IB, Selbmann H, Koller M. Konsensusfindung in evidenzbasierten Leitlinien – vom Mythos zur rationalen Strategie. *Z Arztl Fortbild Qual Gesundheitswes.* 2007;101(2):89-95. DOI: 10.1016/j.zgesun.2007.01.002
8. Althaus F, Hudelson P, Domenig D, Green AR, Bodemann P. Transkulturelle Kompetenz in der medizinischen Praxis. *Swiss Med Forum.* 2010;10(5):79-83. DOI: 10.4414/smf.2010.07077
9. Mösko M, Gil-Martinez F, Schulz H. Cross-cultural opening in German outpatient mental healthcare service: an exploratory study of structural and procedural aspects. *Clin Psychol Psychother.* 2013;20(5):434-446. DOI: 10.1002/cpp.1785
10. Peters T, Grützmann T, Bruchhausen W, Coors M, Jacobs F, Kaelin L, Knipper M, Kressing F, Neitzke G. Grundsätze zum Umgang mit Interkulturalität in Einrichtungen des Gesundheitswesens. *Ethik Med.* 2014;26(1):65-75. DOI: 10.1007/s00481-013-0289-x
11. Gießelmann K. Kulturelle Kompetenz: Verständigen heißt nicht Verstehen. *Themen der Zeit. Dtsch Ärztebl.* 2016;113(48):A-2198. Zugänglich unter/available from: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=184343>
12. 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 Med Educ.* 2010;10:67. DOI: 10.1186/1472-6920-10-67
13. 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 Med Educ.* 2010;10:66. DOI: 10.1186/1472-6920-10-66
14. Stutz A, Green W, McAllister L, Eley D. Preparing Medical Graduates for an Interconnected World: Current Practices and Future Possibilities for Internationalizing the Medical Curriculum in Different Contexts. *J Stud Intern Educ.* 2015;19(1):28-45. DOI: 10.1177/1028315314536991
15. Knipper M, Baumann A, Hofstetter C, Korte R, Krawinkel M. Internationalizing Medical Education: The Special Track Curriculum 'Global Health' at Justus Liebig University Giessen. *GMS Z Med Ausbild.* 2015;32(5):Doc52. DOI: 10.3205/zma000994
16. UAEM, bvmd [homepage on the Internet]. Global Health Hochschulranking: Wie schneidet deine Uni ab? Zugänglich unter/available from: <http://www.globale-gesundheit.de>
17. Kaffes I, Moser F, Pham M, Oetjen A, Fehling M. Global health education in Germany: an analysis of current capacity, needs and barriers. *BMC Med Educ.* 2016;16(1):304. DOI: 10.1186/s12909-016-0814-y
18. Kickbusch I, Franz C, Holzscheiter A, Hunger I, Jahn A, Köhler C, Raszum O, Schmidt JO. Germany's expanding role in global health. *Lancet.* 2017;390(10097):898-912. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)31460-5
19. Gabrysch S, Jaehn P. Germany must invest in its global health academic workforce. *Lancet.* 2018;391(10121):656-657. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)30247-2
20. Betancourt JR. Cultural competence and medical education: many names, many perspectives, one goal. *Acad Med.* 2006;81(6):499-501. DOI: 10.1097/01.ACM.0000225211.77088.cb
21. Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med.* 2006;3(10):e294. DOI: 10.1371/journal.pmed.0030294
22. Gregg J, Saha S. Losing culture on the way to competence: the use and misuse of culture in medical education. *Acad Med.* 2006;81(6):542-547. DOI: 10.1097/01.ACM.0000225218.15207.30
23. Kumagai AK, Lypson ML. Beyond cultural competence: critical consciousness, social justice, and multicultural education. *Acad Med.* 2009;84(6):782-787. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181a42398
24. Dogra N, Reitmanova S, Carter-Pokras O. Teaching cultural diversity: current status in U.K., U.S., and Canadian medical schools. *J Gen Int Med.* 2010;25(Suppl 2):S164-168. DOI: 10.1007/s11606-009-1202-7
25. Kirmayer LJ. Rethinking cultural competence. *Transcult Psych.* 2012;49(2):149-164. DOI: 10.1177/1363461512444673
26. Willen SS, Carpenter-Song E. Cultural competence in action: "lifting the hood" on four case studies in medical education. *Cult Med Psych.* 2013;37(2):241-252. DOI: 10.1007/s11013-013-9319-x
27. Willen SS. Confronting a "big huge gaping wound": emotion and anxiety in a cultural sensitivity course for psychiatry residents. *Cult Med Psych.* 2013;37(2):253-279. DOI: 10.1007/s11013-013-9310-6
28. Metz J, Hansen H. Structural competency: theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Soc Sci Med.* 2014;103:126-133. DOI: 10.1016/j.socscimed.2013.06.032
29. Bischoff A, Chiarenza A, Loutan L. "Migrant-friendly hospitals": a European initiative in an age of increasing mobility. *World Hosp Health Serv.* 2009;45(3):7-9.
30. Sargent C, Larchanche S. The construction of "cultural difference" and its therapeutic significance in immigrant mental health services in France. *Cult Med Psych.* 2009;33(1):2-20. DOI: 10.1007/s11013-008-9115-1
31. Seeleman C, Suurmond J, Stronks K. Cultural competence: a conceptual framework for teaching and learning. *Med Educ.* 2009;43(3):229-237. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2008.03269.x
32. Knipper M, Seeleman C, Essink-Bot M. How should ethnic diversity be represented in medical curricula? A plea for systematic training in cultural competence. *GMS Z Med Ausbild.* 2010;27(2):Doc26. DOI: 10.3205/zma000663
33. Seeleman C, Essink-Bot M, Stronks K, Ingleby D. How should health service organizations respond to diversity? A content analysis of six approaches. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:510. DOI: 10.1186/s12913-015-1159-7
34. Sorensen J, Norredam M, Dogra N, Essink-Bot M, Suurmond J, Krasnik A. Enhancing cultural competence in medical education. *Intern J Med Educ.* 2017;8:28-30. DOI: 10.5116/ijme.587a.0333
35. Hordijk R, Hendrickx K, Lanting K, MacFarlane A, Muntinga M, Suurmond J. Defining a framework for medical teachers' competencies to teach ethnic and cultural diversity: Results of a European Delphi study. *Med Teach.* 2018;1-7. DOI: 10.1080/0142159X.2018.1439160

36. Aragaw A, Yigzaw T, Tetemke D, G/Amlak W. Cultural Competence among Maternal Healthcare Providers in Bahir Dar City Administration, Northwest Ethiopia: Cross sectional Study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:227. DOI: 10.1186/s12884-015-0643-8
37. Hsieh J, Hsu M, Wang Y. An anthropological approach to teach and evaluate cultural competence in medical students - the application of mini-ethnography in medical history taking. *Med Educ Online*. 2016;21:32561. DOI: 10.3402/meo.v21.32561
38. Drain PK, Primack A, Hunt DD, Fawzi WW, Holmes KK, Gardner P. Global health in medical education: a call for more training and opportunities. *Acad Med*. 2007;82(3):226-230. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3180305cf9
39. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Neylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923-1958. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5
40. Hanson L. Global Citizenship, Global Health, and the Internationalization of Curriculum: A Study of Transformative Potential. *J Stud Intern Educ*. 2010;14(1):70-88. DOI: 10.1177/1028315308323207
41. Eaton DM, Redmond A, Bax N. Training healthcare professionals for the future: internationalism and effective inclusion of global health training. *Med Teach*. 2011;33(7):562-569. DOI: 10.3109/0142159X.2011.578470
42. McKimm J, McLean M. Developing a global health practitioner: time to act? *Med Teach*. 2011;33(8):626-631. DOI: 10.3109/0142159X.2011.590245
43. Rowson M, Smith A, Hughes R, Johnson O, Maini A, Martin S, Martineau F, Miranda JJ, Pollit V, Wake R, Willott C, Yudkin JS. The evolution of global health teaching in undergraduate medical curricula. *Global Health*. 2012;8:35. DOI: 10.1186/1744-8603-8-35
44. Johnson O, Bailey SL, Willott C, Crocker-Buque T, Jessop V, Birch M, Ward H, Yudkin JS; Global Health Learning Outcomes Working Group. Global health learning outcomes for medical students in the UK. *Lancet*. 2012;379(9831):2033-2035. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)61582-1
45. Watson J, Shiner A, Pettigrew LM, Irving G. Global health: time for full integration into GP education. *Br J Gen Pract*. 2013;63(610):271-272. DOI: 10.3399/bjgp13X667358
46. Khan OA, Guerrant R, Sanders J, Carpenter C, Spottswood M, Jones DS, O'Callahan C, Brewer TF, Markuns JF, Gillam S, O'Neill J, Nathanson N, Wright S. Global health education in U.S. medical schools. *BMC Med Educ*. 2013;13:3. DOI: 10.1186/1472-6920-13-3
47. Gopfert A, Mohamedbhai H, Mise J, Driessen A, Shakil A, Fitzmaurice A, Graham W. Do medical students want to learn about global health? *Global Health Action*. 2014;7:23943. DOI: 10.3402/gha.v7.23943
48. Koplan JP, Bond TC, Merson MH, Reddy KS, Rodriguez MH, Sewankambo NK, Wasserheit JN; Consortium of Universities for Global Health Executive Board. Towards a common definition of global health. *Lancet*. 2009;373(9679):1993-1995. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60332-9
49. Farmer P, Kleinman A, Kim JY, Basilio M. Reimagining global health: An introduction. *California series in public anthropology*, Vol 26. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press; 2013.
50. UNCSECR. General Comment 14, the right to the highest attainable standard of health: UN Doc. E/C.12/2000/4.; 2000.
51. Frewer A, Bielefeldt H. Das Menschenrecht auf Gesundheit: Normative Grundlagen und aktuelle Diskurse. *Menschenrechte in der Medizin*, Band 1. Bielefeld: transcript Verlag; 2016.
52. Yamin AE. Power, suffering, and the struggle for dignity: Human rights frameworks for health and why they matter. *Pennsylvania studies in human rights*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 2016. DOI: 10.9783/9780812292190
53. Bozorgmehr K. Rethinking the 'global' in global health: a dialectic approach. *Global Health*. 2010;6:19. DOI: 10.1186/1744-8603-6-19
54. Knipper M. Global Health und das Menschenrecht auf Gesundheit. Perspektiven für Kliniken im Kontext der "Flüchtlingskrise". In: Frewer A, Bergemann L, Kranz C, Ulrich HG (Hrsg). *Die kosmopolitische Klinik: Globalisierung und kultursensible Medizin*. Jahrbuch Ethik in der Klinik (JEK). Band 10. Würzburg: Königshausen et Neumann; 2017. S.93-111.
55. Kleinman A. Four social theories for global health. *Lancet*. 2010;375(9725):1518-1519. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)60646-0
56. Good MD. *Shattering culture: American medicine responds to cultural diversity*. New York: Russell Sage Foundation; 2011.
57. Knipper M. Verstehen oder Stigmatisieren?: Die Krux mit der "Kultur" in Medizin und Public Health. *Public Health Forum*. 2015;23(2):78. DOI: 10.1515/pubhef-2015-0036
58. Napier AD, Depledge M, Knipper M, Lovell R, Ponarin E, Sanabria E, Thomas F. Culture matters: using a cultural contexts of health approach to enhance policy-making. *Cultural Contexts of Health and Well-being*, Policy brief, No. 1. Copenhagen: WHO; 2017.
59. Coors M, Grützmann T, Peters T. *Interkulturalität und Ethik: Der Umgang mit Fremdheit in Medizin und Pflege*. 1 ed. Edition Ethik. Göttingen.: Edition Ruprecht; 2014.
60. Domenig D. Das Konzept der transkulturellen Kompetenz. In: Domenig D (Hrsg). *Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe; [Pflegeanamnese und -prozesskarte beiliegend]*. Pflegepraxis: Fachpflege. Bern: Verlag Hans Huber; 2007. S.165-189.
61. Auernheimer G. *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität*. 2 ed. *Interkulturelle Studien*, Bd. 13. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss; 2008.
62. Thomas A. *Interkulturelle Handlungskompetenz - Schlüsselkompetenz für die moderne Arbeitswelt*. *Arbeit*. 2006;15(2):114-125. DOI: 10.1515/arbeit-2006-0206
63. Machleidt W. *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit*. München: Elsevier, Urban & Fischer; 2011.
64. Dreißig V. *Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus: Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund*. Zugl.: Köln, Univ., Diss., 2005. *Kultur und soziale Praxis*. Bielefeld: transcript-Verl.; 2005.

Korrespondenzadresse:

Claudia Mews

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, Martinistr. 52, 20246 Hamburg, Deutschland, Tel.: +49 (0)40/7410-56854, Fax: +49 (0)40/7410-53681
c.mews@uke.de

Bitte zitieren als

Mews C, Schuster S, Vajda C, Lindtner-Rudolph H, Schmidt LE, Bösner S, Güzelsoy L, Kressing F, Hallal H, Peters T, Gestmann M, Hempel L, Grützmann T, Sievers E, Knipper M. 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.* 2018;35(3):Doc28.

DOI: 10.3205/zma001174, URN: urn:nbn:de:0183-zma0011747

Artikel online frei zugänglich unter

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2018-35/zma001174.shtml>

Eingereicht: 20.01.2017

Überarbeitet: 01.06.2018

Angenommen: 11.06.2018

Veröffentlicht: 15.08.2018

Copyright

©2018 Mews et al. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.