pedocs
Open Access Erziehungswissenschaften

DIPF

Krause, Christina; Mayer, Claude-Hélène

Gesundheitsförderung im interkulturellen Schulsetting

ZEP : Zeitschrift für internationale Bildungsforschung und Entwicklungspädagogik 33 (2010) 1, S. 12-17

Quellenangabe/ Reference:
Krause, Christina; Mayer, Claude-Hélène: Gesundheitsförderung im interkulturellen Schulsetting - In: ZEP : Zeitschrift für internationale Bildungsforschung und Entwicklungspädagogik 33 (2010) 1, S. 12-17 - URN: urn:nbn:de:0111-pedocs-95994 - DOI: 10.25656/01:9599

https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-pedocs-95994
https://doi.org/10.25656/01:9599

in Kooperation mit / in cooperation with:

ZEP Zeitschrift für internationale Bildungsforschung und Entwicklungspädagogik
"Gesellschaft für interkulturelle Bildungsforschung und Entwicklungspädagogik e.V."

http://www.uni-bamberg.de/allgpaed/zep-zeitschrift-fuer-internationale-bildungsforschung-und-entwicklungspaedagogik/profil

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.
Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.
This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

pedocs
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

33. Jahrgang, Heft 1, 2010
ISSN 1434-4688

ZEP

Zeitschrift für internationale Bildungsforschung und Entwicklungspädagogik

Mit: Mitteilungen der DGfE-Kommission Vergleichende und Internationale Erziehungswissenschaft

1 '10

Interkulturalität und Schule

- Interkulturalität und Kompetenz in pädagogischen Institutionen
- Die Einstellung Jugendlicher zur Globalisierung und der Einfluss interkultureller Kontakte
- Gesundheitsförderung im interkulturellen Schulsetting
- Das Kinderheim Bellin für namibische Flüchtlingskinder
- Begabung, Kultur und Schule

WAXMANN

Editorial

In diesem Heft geht es um die soziale Dimension der Globalisierung und die damit verbundenen Lernherausforderungen sowie um Fragen von Interkulturalität, die Beziehung zu sich selbst und zu anderen. Im Fokus steht dabei v.a. der Lernbereich Schule.

Kerstin Göbel stellt Konzepte der Akkulturationsforschung und Konzepte interkultureller Kompetenz vor und analysiert deren Passung auf den schulischen Kontext. Danach diskutiert sie die Notwendigkeit eines schulischen Konzepts zum interkulturellen Handeln.

Rainer Uphues widmet sich der Frage, welche Einflüsse interkulturelle Kontakte auf die Einstellung Jugendlicher zu globalen Zusammenhängen haben. Er stellt Ergebnisse seiner empirischen Untersuchung zum Thema dar und analysiert die in dieser Untersuchung deutlich werdenden differenzierten Einstellungen von Jugendlichen. Aus seiner Untersuchung ergeben sich Hinweise und didaktisch-methodische Implikationen für eine bewusste Gestaltung interkultureller Kontakte.

Christina Krause und Claude-Hélène Mayer gehen in ihrem Beitrag dem Zusammenspiel von interkulturellem Lernen und Gesundheitserziehung nach. Sie berichten über ihre Erfahrungen in dem Praxisprojekt „Ich und Ich – Gesundheitsförderung durch Selbstwertstärkung". Die Autorinnen machen deutlich, welche Rolle die Gesundheitsförderung als Beitrag zu einer globalen Gerechtigkeit spielen kann und plädieren für eine vermehrte Beachtung dieses Ansatzes.

Während sich diese Beiträge um Fragen von Interkulturalität im Kontext des Globalen Lernens drehen, wird im Beitrag von Susanne Timm das Thema aus einer historischen und eher vergleichenden Perspektive am Beispiel der „Solidaritätsarbeit" der DDR mit Namibia und Mosambik aufgegriffen. Mit ihrer Analyse der Dokumente aus dem Partei- und Staatsapparat der DDR kann sie nicht nur Aspekte der Entwicklungszusammenarbeit der DDR rekonstruieren, sondern darüber hinaus auch die Schwierigkeiten in der Konzeptionierung interkultureller pädagogischer Situationen der DDR nachzeichnen.

Im Kontext von Migration wird die Aufmerksamkeit häufig auf die zu schlechten Schulleistungen von Kindern mit Migrationshintergrund gerichtet. Margit Stamm beleuchtet in ihrem Artikel den hingegen häufig übersehenen Zusammenhang zwischen kultureller Herkunft, Leistungsexzellenz und Hochbegabung. Sie fordert einen Perspektivwandel im Verständnis der Interaktion von Begabung, Kultur und Schule.

Eine erkenntnisreiche Lektüre wünschen
Claudia Bergmüller, Annette Scheunpflug
und Sarah Lange
Nürnberg, im Februar 2010

Impressum
ZEP – Zeitschrift für internationale Bildungsforschung und Entwicklungspädagogik
ISSN 1434-4688

Herausgeber:
Gesellschaft für interkulturelle Bildungsforschung und Entwicklungspädagogik e.V. und KommEnt

Schriftleitung: Annette Scheunpflug

Redaktionsanschrift:
ZEP-Redaktion, Allg. Erziehungswissenschaft I, EWF, Regensburger Str. 160, 90478 Nürnberg

Verlag:
Waxmann Verlag GmbH, Steinfurter Straße 555, 48159 Münster, Tel.: 0251/26 50 40
E-Mail: info@waxmann.com

Redaktion:
Barbara Asbrand, Claudia Bergmüller, Hans Bühler, Asit Datta, Julia Franz, Norbert Frieters, Heidi Grobbauer (Österreich), Helmuth Hartmeyer (Österreich), Susanne Höck, Ulrich Klemm, Gregor Lang-Wojtasik, Volker Lenhart, Claudia Lohrenscheit, Bernd Overwien, Georg-Friedrich Pfäfflin, Marco Rieckmann, Annette Scheunpflug, Birgit Schößwender, Klaus Seitz, Klaus-Jürgen Tillmann, Susanne Timm

Technische Redaktion:
Claudia Bergmüller (verantwortlich) 0911/5302-735, Sarah Lange/Alexandra Burger (Rezensionen, Infos)

Anzeigenverwaltung: Waxmann Verlag GmbH, Martina Kaluza: kaluza@waxmann.com

Abbildungen: (Falls nicht bezeichnet) Privatfotos oder Illustrationen der Autoren

Titelbild: © Jose Manuel Gelpi, www.fotolia.com

Erscheinungsweise und Bezugsbedingungen: erscheint vierteljährlich; Jahresabonnement EUR 20,–, Einzelheft EUR 6,50; alle Preise verstehen sich zuzüglich Versandkosten; zu beziehen durch alle Buchhandlungen oder direkt vom Verlag. Abbestellungen spätestens acht Wochen vor Ablauf des Jahres. Das Heft ist auf umweltfreundlichem chlorfreien Papier gedruckt. Diese Publikation ist gefördert vom Evangelischen Entwicklungsdienst-Ausschuss für entwicklungsbezogene Bildung und Publizistik, Bonn.

33. Jahrgang, Heft 1, 2010
ISSN 1434-4688

ZEP

Zeitschrift für internationale Bildungsforschung und Entwicklungspädagogik

Mit: Mitteilungen der DGfE-Kommission Vergleichende und Internationale Erziehungswissenschaft

1'10

Themen 4 **Kerstin Göbel** Interkulturalität und Kompetenz in pädagogischen Institutionen

7 **Rainer Uphues** Die Einstellung Jugendlicher zur Globalisierung und der Einfluss interkultureller Kontakte

12 **Christina Krause/Claude-Hélène Mayer** Gesundheitsförderung im interkulturellen Schulsetting

18 **Susanne Timm** Das Kinderheim Bellin für namibische Flüchtlingskinder 1979-1990 – ein interkulturelles Ausnahmeprojekt in der DDR

25 **Margit Stamm** Begabung, Kultur und Schule

Porträt 34 Globales Lernen in Bayern

VENRO 36 Neue Partei an der Spitze des BMZ/Agenda Inlandsarbeit 2010/ UN-Dekade Bildung für nachhaltige Entwicklung

VIE 37 Migration und Medien/Deutschtürkische Lebenswelten/ Global – lokal – egal?/Mobilität, Migration und Schule

40 Rezensionen

46 Informationen

WAXMANN

Christina Krause/Claude-Hélène Mayer

Gesundheitsförderung im interkulturellen Schulsetting

Zusammenfassung:
Die zunehmende Interkulturalisierung von pädagogischen Settings und insbesondere von Schulen erfordert ein verstärktes interkulturelles Bewusstsein sowie die Vermittlung von interkulturellen Kompetenzen, die auch die Gesundheit aller Beteiligten fördern. In diesem Artikel wird die Problematik der interkulturellen Gesundheitsförderung in Schulen thematisiert und das Programm „Ich bin Ich – Gesundheitsförderung durch Selbstwertstärkung" vorgestellt, das die Förderung von Gesundheit im interkulturellen Miteinander in der Schule ermöglicht. Es soll ein Beitrag zur Verbesserung des nachhaltigen, gesunden und interkulturellen Lernens im Sinne von Sensibilisierung für globale Gerechtigkeit gegeben werden.

Abstract:
The increasing interculturality of pedagogical settings and especially of schools requires an intensified intercultural awareness as well as the conveyance of intercultural competencies, which also help to enhance the health of all involved. This article describes the problem of intercultural health promotion in schools and introduces the programme „I am I – health pomotion by means of strengthening the self-worth". This programme realizes the promotion of health in the intercultural cooperation in schools. It wants to be a contribution to the amelioration of a sustainable, healthy and intercultural learning in terms of awareness raising for global justice.

Einleitung

Die fortschreitende Interkulturalisierung pädagogischer Settings erfordert eine neue Qualität und neue Konzepte der pädagogischen Arbeit (Gogolin/Wulf 2007). In interkulturellen Settings soll einerseits interkulturelles Bewusstsein geschult, andererseits sollen Kompetenzen vermittelt werden, die zu einem Miteinander in der globalen Vielfalt führen und zur Gesundheit der Beteiligten beitragen. Damit kann interkulturelles Lernen für globale Gerechtigkeit sensibilisieren und Gesundheit fördern. Im Artikel werden aktuelle Themen der Gesundheitspädagogik und die besondere Problematik der interkulturellen Gesundheitsförderung diskutiert und am Beispiel des Programms „Ich bin Ich – Gesundheitsförderung durch Selbstwertstärkung" Möglichkeiten praktischer Umsetzung salutogenetisch orientierter Gesundheitsförderung vorgestellt. Es wird gezeigt, wie Gesundheitsförderung in Gruppen mit hohem Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund stattfinden kann. Dazu können Erfahrungen und Ergebnisse aus langjähriger Forschungsarbeit mitgeteilt werden (Krause 2006).

Gesundheitsförderung in Deutschland

Gesundheitsförderung hat sich in Deutschland in den letzten 20 Jahren etabliert, sie hat die Präventionsansätze abgelöst bzw. ergänzt und sich inzwischen von der einzelnen Fördermaßnahme zum „Setting-Ansatz" (Paulus 2002) hin entwickelt. Beim Setting-Ansatz wird betont, dass die Organisation, hier die Schule, die bestmögliche Gesundheitsförderung im Sinne sozialer Gerechtigkeit für alle in diesem Setting arbeitenden, lernenden und lebenden Personen anstreben sollte. Die ‚gesunde Schule' ist eben mehr als ein Ort mit viel Bewegung und sauberen Räumen: sie ist ein Ort des Wohlbefindens – und zwar für alle, für Lehrkräfte ebenso wie für Schüler/-innen sowie Eltern. Gesundsein im pädagogischen Raum schließt ein: Sich durch die Anforderungen angemessen gefordert fühlen, sich mit eigenen Ideen, Wünschen und Vorstellungen einbringen können und gerne in der Einrichtung sein (Paulus 2000). In einer solchen Atmosphäre kann Gesundheit für alle entwickelt und gestärkt werden.

Wie kann Gesundheit in der Schule gefördert werden? Die Beantwortung dieser Frage orientiert sich an den Überlegungen, welche Kompetenzen Kinder brauchen, um ‚stark' zu sein und den zukünftigen globalen Anforderungen gerecht werden zu können. Diese sind bereits in der Ottawa-Charta von 1986 (WHO 1986), aber auch in der UN-Kinderrechtskonvention (Paulus 2000) und der Resolution von Thessaloniki des Jahres 1997 (Vereinte Nationen 1989) genannt. Im Jahr 1994 propagierte die WHO den Ansatz der „Life-Skills-Education" (WHO 1994) und legte den Schwerpunkt der Gesundheitsförderung auf die Entwicklung und Förderung von Lebenskompetenzen. Genannt wurden folgende Kompetenzbereiche:

- Selbstwahrnehmung und Empathie,
- Kommunikation und Interaktion,
- Umgang mit Emotionen und Stressoren,
- Kritisches und kreatives Denken,
- Problemlösen.

Die Förderung dieser grundlegenden Lebensfertigkeiten hat Einzug in pädagogische Förderprogramme erhalten und sollte Bestandteil interkulturellen, globalen Lernens sein. Die im Folgenden vorgestellten psychosozialen Kompetenzen wurden u.a. als Ziele für das hier vorgestellte Programm bestimmt und gehören zu den von der WHO definierten ersten drei genannten Kompetenzbereichen. Sie sind Voraussetzungen und Ergeb-

nisse einer intimen und liebevollen Eltern-Kind-Beziehung (Krause 2006).

Vertrauen und Sorglosigkeit

Sichere Beziehungen zu Erwachsenen sind eine der wichtigsten Bedingungen, um die alltäglichen Lebensrisiken zu bewältigen. Sie entstehen durch sichere und konsistente frühe Bindungserfahrungen und sind damit die Voraussetzung für die Entstehung von Vertrauen und einem gewissen Maß an Sorglosigkeit.

Emotionale Offenheit und emotionales Verständnis

Zuwendung und Zärtlichkeit sind die Voraussetzungen dafür, dass Kinder ein emotionales Verständnis entwickeln können und fähig werden, empathische Beziehungen zu anderen Menschen und sich selbst aufzubauen. Kinder sollten ermutigt werden, zu ihren Gefühlen zu stehen und sie auszudrücken, und sie sollten lernen, die Gefühle anderer zu verstehen.

Emotionale Stabilität

Dazu gehören Ruhe und Entspannung sowie Körperwahrnehmung und das Verstehen des eigenen Körpers. Sowohl im privaten Raum der Familie als auch im öffentlich-schulischen Raum sollten Kinder die Fähigkeit erwerben, Verantwortung für die eigene Gesundheit und das interkulturelle Miteinander zu übernehmen.

Risikobereitschaft und Initiative

Kinder sind von Natur aus neugierig und wollen ihre Welt erkunden. Wird dieses Bedürfnis erhalten und befriedigt, dann können sich bei der aktiven Auseinandersetzung mit den Lebensbedingungen Risikobereitschaft und Initiative entwickeln.

Vitalität und Energie

Ausreichend Bewegung und gesunde Ernährung sind neben der Entwicklung von Fähigkeiten zum Stressmanagement wichtige Eckpfeiler der Gesundheitserziehung. Hurrelmann (2004) verweist auf vier neuralgische Punkte problematischen Gesundheitsverhaltens: Störungen der Nahrungsaufnahme und des Ernährungsverhaltens, zu wenig Bewegung und vorwiegend ‚bewegungslose' Nutzung der Medien, Fehlsteuerungen des Immunsystems sowie unzureichende Bewältigung von psychischen Belastungen und sozialen Anforderungen.

Selbstwert

Stark sein, sich sicher fühlen, selbstsicher auftreten, risikobereit sein, Misserfolge verkraften und sich durchsetzen können – das sind Kennzeichen eines guten Selbstwertgefühls. Dieses entsteht in der Kommunikation mit den Bezugspersonen und ist neben dem Zugehörigkeitsgefühl die wichtigste Voraussetzung, um den Gefahren des Alltags begegnen zu können und um die alltäglichen Anforderungen eher als Herausforderung denn als Belastung zu erleben (Krause 2007). Diese Kompetenzen können sich entwickeln, wenn in der gesundheitsorientierten Erziehung und Förderung einige grundlegende Voraussetzungen erfüllt werden. Dazu zählen wir:

- Sichere frühe Bindungserfahrungen mit mindestens einer Person,
- Ermöglichung von Partizipation an Entscheidungen,
- ein Mindestmaß an Zuwendung und Zärtlichkeit,
- Ermutigung, Gefühle auszudrücken,
- Erziehung zu Unabhängigkeit und Risikobereitschaft.

Die meisten Kinder können unter diesen entwicklungsförderlichen Voraussetzungen aufwachsen. Bei 20 Prozent der Schüler/-innen sind diese Entwicklungsbedingungen jedoch nicht ausreichend gewährleistet, und es ist mit Gesundheitsbeeinträchtigungen zu rechnen (Hurrelmann 2004). Oftmals betrifft dies Kinder aus so genannten bildungsfernen bzw. sozial schwachen Schichten, unter denen sich ein großer Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund befindet (OECD 2002). Die Studie zu PISA 2006 (Prenzel et al. 2007) zeigt, dass besonders die zweite und dritte Generation von Migranten in Deutschland weniger Chancen im Schulsystem haben und außerdem höheren Gesundheitsrisiken ausgeliefert sind.

Häufig sind Kinder mit Migrationshintergrund durch „institutionelle Diskriminierung" (Gomolla/Radke 2002) und „rigide Systemregulierungen" (Gomolla 2006) besonders benachteiligt. Deshalb sind sie größeren psychosozialen Risiken ausgesetzt und haben in der Regel geringe Chancen zur Kompetenzentfaltung (Auernheimer 2006).

Der im Jahre 2007 erschienene Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) (Hölling et al. 2007) konstatiert, dass psychische Probleme im Kindes- und Jugendalter „gesundheitliche Beeinträchtigungen mit zum Teil schwerwiegenden Konsequenzen für das individuelle Wohlbefinden sowie die alltägliche und soziale Funktionsfähigkeit der Betroffenen" bedeuten (Grieger 2006). Tabelle 1 zeigt, dass unter den Drei- bis Sechsjährigen (n=3875) Migranten und Kinder mit niedrigem Sozialstatus psychisch vergleichsweise auffällig sind. Diese beiden Subgruppen scheinen weniger Schutzfaktoren zu besitzen als Kinder von nichtmigrierten, wohlhabenden Eltern.

Migrationsstatus		**Sozialstatus**			**Gesamt**
Migrant	Nicht-Migrant	niedrig	mittel	hoch	
22,8	11,5	24,0	10,8	6,7	13,3

Tab. 1: Psychisch auffällige Kinder, differenziert nach Schicht und Migrationshintergrund

Zunächst können wir davon ausgehen, dass Armut – meist gekoppelt mit dem „Migrationsstatus" – ein Risikofaktor ist. Gleichzeitig scheinen jedoch auch die schlechten ökonomischen Lebensverhältnisse die Chance auf die Herausbildung psychischer Schutzfaktoren zu verhindern. Zudem unterscheidet sich die Lebensqualität der Kinder aus der Gruppe „mittlerer" bzw. „niedriger" Sozialstatus mit zunehmendem Alter (7- bis 10-Jährige, 11- bis 17-Jährige) deutlicher von der Lebensqualität der Kinder aus der Gruppe „hoher Sozialstatus". Die ebenfalls im Jahre 2007 erschienene World-Vision-Kinderstudie (Hölling u.a. 2007) untersuchte die Befindlichkeit der Acht- bis Elfjährigen in Deutschland (n=1592). Eines der wichtigsten Ergebnisse war, dass sich die meisten Kinder in ihren Familien wohl fühlen: Das Familienklima wird als innig

und wenig konfliktträchtig beschrieben, auch in Familien, in denen beide Eltern erwerbstätig sind. Jedoch wird deutlich, dass Kinder aus den unteren Schichten häufig auf sich allein gestellt sind, dass ihnen der soziale Rückhalt fehlt, dass sie wenige Anregungen bekommen und dass ihre Freizeitgestaltung durch viel Medienkonsum gekennzeichnet ist. Diese Umstände beeinträchtigen ihre Chancen im Bildungssystem massiv.

Kinder aus bildungsfernen Schichten und Kinder mit Migrationshintergrund brauchen eine besondere Förderung. Daniel und Wassell (2002, S.13) betrachten die Förderung von Kindern mit psychosozialen Risiken aus der Resilienz-Perspektive. Sie halten die folgenden drei Bausteine zur Förderung von Lebenskompetenzen für notwendig:

– eine sichere Basis, in der das Kind ein Gefühl der Zugehörigkeit und Sicherheit erlebt und die es ihm ermöglicht, sich aktiv explorierend mit seiner Umwelt auseinanderzusetzen,

– eine gute Selbst-Wertschätzung, d.h. eine verinnerlichte Vorstellung des eigenen Wertes und der eigenen Kompetenzen – Selbstvertrauen aufgrund von Kompetenzerfahrungen,

– ein Gefühl der Selbst-Wirksamkeit, d.h. Einfluss und Kontrolle, zusammen mit einem realitätsbezogenen Wissen um die persönlichen Stärken und Grenzen.

Die Förderung dieser Kompetenzen sollte als Beitrag zum globalen Lernen und als Aufgabe der Bildungsinstitutionen verstanden werden und für alle Kinder gleichermaßen gewährleistet sein.

Gesundheit bei Kindern mit Migrationshintergrund

Migrationsspezifische Gesundheitsstudien beschäftigen sich mit der Wirkung von kulturspezifischen Wertorientierungen sowie dem Umgang mit Gesundheitskonzepten und den daraus abgeleiteten Handlungsorientierungen. Diese Wertvorstellungen stehen im Zusammenhang mit Krankheit und Gesundheit (Schenk 2002). Littlewood (2001) betont vorwiegend jene Faktoren, die in interkulturellen Begegnungen starke Konfliktpotenziale enthalten. Dazu gehören:

– unterschiedliche Vorstellungen, Interpretationen und Strategien für den Umgang mit Krankheit und Gesundheit,

– kulturspezifisch bevorzugte Bewältigungsstrategien im Umgang mit Krankheiten und Schmerz,

– kulturspezifische Verhaltens- und Ausdrucksweisen,

– familiäre und soziale Konzepte und Probleme,

– Bearbeitung migrationsbedingter biographischer Ereignisse,

– unterschiedliche Einstellungen über den Sinn und Zweck spezieller Einrichtungen und Serviceleistungen wie Schulen, Krankenhäuser, Gesundheitsämter etc.,

– kulturspezifisches Verständnis von Aufgaben und Rollen der Personen, die im Gesundheitsbereich und in der Pädagogik tätig sind,

– unterschiedliche Akzeptanz- und Diskriminierungserfahrungen von Migranten, die zu Stress und chronifiziertem Leiden führen können und die auf Grund nicht vertrauter Formen von Konfliktbearbeitung und fehlender unterstützender sozialer und familiärer Netzwerke als besonders stark erlebt werden (Salman u.a. 1999).

Aktuelle Studien betonen die Wichtigkeit kultureller Einflüsse auf die Gesundheit und die Kommunikation im interkulturellen Setting (Lazarus/Launier 1981; Thomas 1996; Cerci 2002; Pötzelbauer 2001) und den Umgang mit diesen in der „Interkulturellen Pädagogik“ (Auernheimer 2001, 2002, 2003). Borelli und Hoff (1988) verweisen darauf, dass kulturelle Herkunft ein zentraler Prädiktor für Unterschiede im Gesundheitszustand, besonders im Blick auf psychosomatische Belastungen wie Magen- und Kopfschmerzen bei Kindern und Jugendlichen, ist. Dieses Phänomen steht im Zusammenhang mit der soziokulturellen Lage von Kindern und Eltern mit Migrationshintergrund: Sie sind oftmals überdurchschnittlich von ungünstigen Bildungsvoraussetzungen, finanziellen Krisen und schwierigen Wohnverhältnissen betroffen. Zudem wird der erschwerte Zugang zum Sozial- und Gesundheitssystem durch strukturelle und sprachliche Barrieren betont (Settertobulte u.a. 2002). Dies führt u.a. zu einer unzureichenden Nutzung von Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen (Salman/Hegemann 2003; Stadt Münster 1997). Diese Angebote nutzen Familien mit Migrationshintergrund signifikant weniger als andere Familien. Ähnliches gilt für den Umgang mit chronischen Krankheiten: Hier wird vermutet, dass z.B. die Einstellung des Stoffwechsels bei einem diagnostizierten Diabetes mellitus bei Kindern mit Migrationshintergrund aufgrund von Ernährungsgewohnheiten, Krankheitskonzepten und Wissensdefiziten weniger erfolgreich verläuft als bei Kindern ohne Migrationshintergrund (Hecker u.a. 1998).

Gesundheitsförderung versucht, der Zunahme von psychosomatischen Beschwerden, den Essstörungen, dem verzögerten Spracherwerb und den Sprachstörungen, den Verhaltensproblemen und Angststörungen sowie der Abnahme von Konzentration, Aufmerksamkeit und Ausdauerleistung entgegenzuwirken (Hurrelmann 2004). Bis zum Ende des Grundschulalters können noch alle Kinder gleichermaßen erreicht werden, obwohl sich bereits der Kindergarten und die Schule im „Spannungsfeld von Heterogenität und Homogenität“ (Saalfrank 2008, S. 336) befinden. Die bildungspolitisch gewünschte Homogenisierung der Lerngruppen ist zwar eine Fiktion, nach wie vor aber wird der vergebliche Versuch, durch Selektion die Heterogenität aufzulösen, unternommen. Die Leidtragenden sind die vom Schulbesuch zurückgestellten Kinder, die ‚Sitzenbleiber‘ und auf Haupt- und Sonderschulen ausgesonderten Kinder.

Globales, gesundes Lernen im interkulturellen Setting fordert ein Umdenken: Pädagogische Institutionen haben den Auftrag, den Weg zu einem gesunden Leben für alle zu ebnen, potenzielle Risikofaktoren zu verringern und Schutzfaktoren aktiv zu stärken. Schule könnte und sollte durch kulturangemessene Ressourcenarbeit, Selbstwertstärkung und Konstruktion von Zugehörigkeiten zum interkulturellen Gesundheitslernfeld für Lehrer, Kinder und Eltern werden. Damit das in einem interkulturellen Setting gelingt, müssen kulturspezifische Ziele und Werte der aus unterschiedlichen Kulturen kommenden Kinder (und ihrer Familien) bewusst sein und bei der konkreten Ausgestaltung von Gesundheitsförderung berücksichtigt werden. So ist z.B. davon auszugehen, dass die Förderung des Selbstwertes in individualistischen Kulturen (Europa, USA) eher gewollt ist als in kollektivistischen Kulturen (Asien, Afrika), in denen „normenkonformes Verhalten und soziale Einbindung stärker mit dem subjektiven Wohlbe-

finden“ korrelieren als zum Beispiel in Europa (Baier/Boehnke 2007).

Das salutogenetische Konzept von Gesundheit

Gesundheit gilt in westlichen Kontexten als ein hohes Gut. So erkennen die Vertragsstaaten der UN-Kinderrechtskonvention „das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß auf Gesundheit sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit“ (Vereinte Nationen 1989) an. Der Begriff des Wohlbefindens wurde erstmals von der WHO (1946) zur Definition von Gesundheit genutzt: „Gesundheit ist ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen.“ Ob diese Definition jedoch global als erstrebenswert und als sozial und kulturell angemessen gilt, bleibt zu diskutieren und bedarf u.a. regionalspezifischer Kenntnisse (Schiffer 2001). Trotz der Kritik an dieser Definition, z.B. an dem Verständnis von Gesundheit als Zustand vollständigen Wohlbefindens (Lohaus 1993), wurde damit eine Wende in den Gesundheitswissenschaften eingeleitet. Die Gesundheitswissenschaft etablierte sich in der Folge als eigenständiger Forschungsbereich, und es entstanden eine Reihe wichtiger Arbeiten, die sich bemühten, Gesundheit als komplexes Geschehen und als von der Person selbst verantwortetes Gut zu definieren (Becker 2006).

Aaron Antonovsky hat in den 1970er Jahren mit seinem Konzept der Salutogenese einen Perspektivenwechsel initiiert. Er beschrieb Gesundheit als dynamischen Prozess (Hurrelmann/Unverzagt 2007): Der Mensch befände sich immer zwischen den Polen von Gesundheit und Krankheit, und beide wären jederzeit anteilig im Menschen vorhanden. Es scheine jedoch Personen zu geben, die sich öfter und über längere Zeit in Richtung Gesundheitspol bewegten als andere. Diese Erkenntnis führte Antonovsky zu der Frage, welche Ressourcen bzw. Schutzfaktoren den Menschen gesund erhalten und widerstandsfähig machen. Die Antwort auf diese Frage fand Antonovsky in einer globalen Lebensorientierung, dem „Sense of Coherence“ (Antonovsky 1979, S. 187). Für die Herausbildung des Kohärenzsinns seien bestimmte Erfahrungen, die sich in „generalisierten Widerstandsressourcen“ ausdrückten, notwendig, wie beispielsweise „Unterstützung“, „Ich-Stärke“ und „Intelligenz“ (Antonovsky 1997, S. 97).

Antonovsky beschreibt den Kohärenzsinn mit drei Komponenten. Es ist (1) das Gefühl der Verstehbarkeit, das uns die Welt und die alltäglichen Belastungen als verständlich, vorhersagbar und kontrollierbar erscheinen lässt, (2) das Gefühl der Handhabbarkeit, das uns hilft, die eigenen Ressourcen zu erkennen und auch zu nutzen und (3) das Gefühl der Bedeutsamkeit bzw. Sinnhaftigkeit. Letzteres erachtet Antonovsky für besonders wichtig, weil es die Überzeugung zum Ausdruck bringt, dass das Leben sinnvoll ist, dass es sich lohnt, die Herausforderungen anzunehmen und sich anzustrengen.

Antonovsky geht davon aus, dass die drei Komponenten des Kohärenzsinns vor allem in der Kindheit und Jugend entstehen. Die Komponente „Verstehbarkeit“ könne dann entstehen, wenn das Kind die Erfahrung von Konsistenz machen kann. Die meisten Kinder können Erfahrungen der emotionalen Zuwendung und der Sicherheit durch konsistentes Verhalten ihrer Bezugspartner (Eltern!) machen. Wenn aber die konsistente Erfahrung nicht erfreulich ist, wenn „Kälte, Feindseligkeit und Missachtung „[…] eine deutliche Botschaft der Abwertung übermitteln“ (Antonovsky 1979, S. 208), dann werden wichtige Bedürfnisse des Kindes nicht erfüllt und es kann nicht die Erfahrung der Bedeutsamkeit machen. Denn wie bereits diskutiert, machen viele Kinder – vor allem Kinder aus Migrantenfamilien – in unserem Schulsystem Erfahrungen von Ausgrenzung und Einsamkeit, von Versagen und Demütigung. Die Beziehung zwischen Lehrkräften und den ihnen anvertrauten Kindern und Jugendlichen ist viel zu oft nicht gesundheitsförderlich. Die ‚Pädagogik des Willkommenheißens‘, wie sie in Finnland nachhaltig praktiziert wird, kann in deutsche Schulen schon auf Grund des Sortierens auf verschiedene Schultypen nicht Einzug halten.

In den Gesundheitswissenschaften und der gesundheitsorientierten Pädagogik wurden Modelle und Projekte entwickelt, die besonders auf die Förderung von Gesundheitsfaktoren abzielen und eine frühzeitige Gesundheitserziehung, die möglichst schon im Kindergarten beginnen sollte, befürworten (Krause et al. 2001; Krause 2004). Die Schule als weiterführende Institution gesundheitsfördernder Konzepte und Programme kann Gesundheit langfristig kulturübergreifend fördern und somit zu einer Verbesserung der sozialen Gerechtigkeit beitragen. Das im Folgenden vorgestellte Förderprogramm ist ein Beispiel für die Unterstützung von Schulen und Kindergärten, ihre Institution nachhaltig beim Umgang mit Gesundheit umzugestalten und das interkulturelle Miteinander zu fördern.

Das Gesundheitsförderprogramm „Ich bin ich“

Das Programm wurde in Kooperation mit der Barmer für die Grundschule entwickelt, erprobt und evaluiert (Krause et al. 2000; Krause et al. 2001). Nach erfolgreicher Implementierung in den Grundschulen verschiedener Bundesländer (z.B. Niedersachsen, Mecklenburg/Vorpommern, Nordrhein-Westfalen) wurde es für den Kindergarten modifiziert. Seit 2004 wird es nunmehr auch in Kindergärten erprobt und evaluiert (vgl. www.kess-ev.de).

Das Ziel des Programms besteht darin, das Selbstwertgefühl der Kinder zu stärken und die Entwicklung von Lebenskompetenzen zu fördern. Ziel ist die Erhaltung und Förderung des Wohlbefindens der Kinder und damit ihrer Gesundheit.

Das Programm konzentriert sich auf fünf Schwerpunkte, denen die einzelnen Themen der Gesundheitsstunden zugeordnet sind. Für jedes der vier Grundschuljahre sind die Stunden als Unterrichtshilfen aufbereitet, die Lehrkräfte können jedoch flexibel und auf die jeweilige Gruppe abgestimmt, damit umgehen.

Die Themen werden in der Schulklasse mit allen Kindern erarbeitet, das gemeinsame Handeln der Kinder und die Akzeptanz jedes Kindes sind das wichtigste didaktische Prinzip. Die Selbstwert stärkende Selbstreflexion sowie die gesundheitsförderliche Interaktion und Kommunikation sind zum Beispiel zwei dieser Schwerpunkte und werden in Gesundheitsstunden umgesetzt. Wichtige Ziele dabei sind: Erkennen und Nutzen der eigenen Ressourcen, Entwicklung von Kommunikationsfähig-

keiten und Üben von Möglichkeiten zur Konfliktlösung. Die Themen der zu diesen Schwerpunkten gehörenden Gesundheitsstunden (1. Schuljahr) bzw. Gesundheitstage (2.–4. Schuljahr) lauten:

– Im ersten Schuljahr: „Das bin ich", „Ich bin fröhlich", „Manchmal bin ich traurig, manchmal bin ich froh", „Ich habe Angst".

– Im zweiten Schuljahr: „Manchmal bin ich froh, traurig, wütend oder ängstlich", „Wie wir miteinander umgehen".

– Im dritten Schuljahr: „Ich bin ich", „Wie wir Konflikte lösen", „Ich bin ein Junge … Ich bin ein Mädchen".

– Im vierten Schuljahr: „Ich fühle mich wohl", „Ich und meine Familie."

Wichtige Bestandteile jeder Gesundheitsstunde sind Rituale: Es gibt ein Logo, das im Raum aufgehängt wird, die Stunde beginnt mit einer Entspannungsübung, die Kinder werden nicht bewertet, am Ende verabschieden sie sich mit dem „kleinen Tschüs", das auf die Reise geschickt wird.

An den beispielhaft genannten Themen ist gut zu erkennen, dass das „Ich bin ich"-Programm sich besonders gut für einen Einsatz im interkulturellen Schulsetting eignet:

Über die Körpererfahrung, die Bewegungs- und Entspannungsübungen können sich die Kinder auf sich selbst besinnen, auf das, was alle Menschen auf der Welt miteinander verbindet. Ähnliche und unterschiedliche Körpererfahrungen können hier besprochen werden. Durch Rollenspiele, Malen, Basteln und Erzählen üben sie den akzeptierenden Umgang miteinander, das gewaltfreie Lösen von Konflikten, und sie gewinnen Vertrauen und Sicherheit in der Gruppe.

Am Beispiel des Gesundheitstages „Wie wir miteinander umgehen" soll dies gezeigt werden. Es ist der vierte Gesundheitstag im zweiten Schuljahr. An diesem Tag steht die Entwicklung der Fähigkeit zur Selbst- und Fremdwahrnehmung im Zentrum, die Kinder üben den Perspektivenwechsel, sammeln Ideen zur Konfliktlösung und basteln einen Igel, der sich durch die eigene Gestaltung als ein besonderer Igel auszeichnet.

Im Verlaufe dieses Tages (s. Kasten) bieten sich viele Möglichkeiten, das Anderssein zu thematisieren und die Gefühle, die das Erleben von Ausgrenzung (nicht mitspielen dürfen) bei den Ausgegrenzten hervorruft, zu verbalisieren und Mitgefühl zu entwickeln. Das Nachdenken über das unterschiedliche Verhalten der Tiere in der Geschichte (s. Kasten) übt gut die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel. Die Kinder überlegen ihre eigenen Lösungen in der Kleingruppe und können sie den anderen vorspielen. Bei diesem Rollenspiel greifen die Kinder häufig auf die eigenen Erfahrungen zurück.

Das „Ich bin ich"-Programm hat sich bewährt. Es wurde über die gesamte Grundschulzeit hinweg evaluiert und es konnten positive Effekte im Sinne der Zielsetzung – Erhalt und Förderung des Wohlbefindens der Kinder – nachgewiesen werden. Allerdings waren diese abhängig von der das Programm durchführenden Lehrkraft und unterschieden sich in den beteiligten Schulen. Dort, wo die gesamte Schule die Entwicklung zu einer „gesunden Schule" anstrebte und die Lehrkräfte in diesem Sinne das Programm nutzten, waren die Effekte gut nachweisbar (Krause 2004).

Interkulturelles Lernen bedarf besonderer Qualitäten pädagogischer Arbeit (Pavkovic 2001), die im „Ich bin ich"-Programm zur Gesundheitsförderung optimal zur Geltung kommen.

Der Gesundheitstag beginnt mit einer Entspannungsübung. Es ist eine Phantasiereise: Die Kinder fliegen in ihrer Vorstellung auf einem Teppich und beobachten sich selbst, wie sie etwas Gutes tun. Anschließend malen die Kinder, wie sie sich während der Phantasiereise gesehen haben. So können sie sich das Besondere der eigenen Person bewusst machen.

Die Geschichte „Vom Igel, der keiner mehr sein sollte" wird erzählt. Sie handelt von einem Igel, der seinen Garten verlässt und Anschluss an die Gruppe der Tiere im Wald sucht. Diese lehnen ihn jedoch wegen seiner Andersartigkeit ab. Deshalb versucht er, so wie die anderen Tiere zu sein. Im Verlaufe der Geschichte gerät er in Konflikt mit dem Boss der Tiere, dem Stachelschwein. An einer entscheidenden Stelle wird die Geschichte unterbrochen.

Die Kinder tauschen sich im Gespräch über das Geschehen aus. Sie überlegen, ob sie ähnliche Situationen kennen.

Aus Salzteig stellt jedes Kind einen Igel her. Zur Gestaltung der Stacheln können unterschiedliche Materialien genutzt werden. Wenn alle Igel fertig sind, werden sie vorgestellt und besichtigt und zum Trocknen beiseite gestellt.

Die Kinder überlegen nun in Kleingruppen, wie die Geschichte zu Ende gehen könnte. Was wird der Igel tun? Was das Stachelschwein? Wie verhalten sich die anderen Tiere? Die Kinder können ihre Lösung den anderen Kindern auch als Rollenspiel vorspielen.

Zum Abschluss des Tages wird das „Katzentatzentanzlied" von Fredric Vahle gesungen und getanzt. Der Tag wird mit dem Ritual „Das kleine Tschüs geht auf die Reise" beendet.

Zusammenfassung

Diversität und interkulturelles Miteinander gehören heute zum Alltag deutscher Schulen, bedürfen aber besonderer Konzepte, um konstruktives, gemeinsames Lernen zu gestalten, interkulturelle Kompetenzen auszubauen und Gesundheit zu fördern. Das Gesundheitsförderprogramm „Ich bin ich", das auszugsweise vorgestellt wurde, bietet die Möglichkeit, wichtige Qualitäten salutogenetischer und interkultureller pädagogischer Settings aufzugreifen und praktisch umzusetzen. Über Themenschwerpunkte im Unterricht, welche die Selbst- und Fremdreflexion und das Bewusstwerden der eigenen Ressourcen fördern sowie die Entwicklung der Kommunikationsfähigkeiten und der Konfliktlösung im interkulturellen Kontext unterstützen, können interkulturelle Kompetenzen entwickelt und erweitert werden. Im interkulturellen Kontext ist gesundes Lernen im hier diskutierten Sinne ein Beitrag zur sozialen Gerechtigkeit und ein Beispiel für praktizierte Förderung der Chancengleichheit.

Literatur

Antonovsky, A. (1979): Health, stress, and coping. San Francisco.

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen.

Auernheimer, G. (Hg.) (2001): Migration als Herausforderung für pädagogische Institutionen. Opladen.

Auernheimer, G. (Hg.) (2002): Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität. Opladen.

Auernheimer, G. (2003): Einführung in die interkulturelle Erziehung. Darmstadt.

Auernheimer, G. (Hg.) (2006): Schieflagen im Bildungssystem: Die Benachteiligung der Migrantenkinder. Wiesbaden.

Becker, P. (2006): Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung. Göttingen: Hogrefe.

Borelli, M./Hoff, R.G. (Hg.) (1988): Interkulturelle Pädagogik im internationalen Vergleich. Baltmannsweiler: Pädagogischer Verlag.

Cerci, F. (2002): Migration und Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland. Vortrag vom 20. Februar 2002 im Haus der Stiftung Demokratie in Saarbrücken in Zusammenarbeit mit der Fachgruppe und dem Berufsverband der Kinder und Jugendärzte. http://kinderaerzte-lippe.de/Saarbruecken.htm, Zugriff: 12.04.2007.

Daniel, B./Wassell, L. (2002): The early years. Assessing and promoting resilience in vulnerable children. London: Jessica Kingsley Publishers.

Gogolin, I. /Wulf. C. (2007): Editorial. In: Schwerpunkt: Kulturelle Diversität. Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, Jg. 10, H. 1, S. 5–7.

Gomolla, M. (2006): Schulqualität in der Einwanderungsgesellschaft: Strategien und Fallbeispiele. Münster: Zentrum für Lehrerbildung, hier S. 88f.

Gomolla, M./Radke, F.-O. (2002): Institutionelle Diskriminierung. Die Herstellung ethnischer Differenz in der Schule. Opladen.

Grieger, D. (2006): Gesundheit und Migration. In: BzgA (Hg.): Migration. Forum 3, S. 3-6.

Hecker, W./Bartus, B. et al. (1998): Stoffwechseleinstellung des Diabetes mellitus Typ 1 bei Kindern und Jugendlichen deutscher und ausländischer Herkunft. In: Diabetes und Stoffwechsel 1998, 7, S. 11–180.

Hölling, H./Erhart, M. et al. (2007): Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen: Behavioural problems in children and adolescents. First results from the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS) – Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50, S. 784–793.

Hurrelmann, K. (2004): Die Schule als Chance oder als Bedrohung? In: Träger der gesetzlichen Schüler-Unfallversicherung in NRW (Hg.): Gute und gesunde Schule. Kongressdokumentation, S. 25–41.

Hurrelmann, K./Andresen, S. (2007): Kinder in Deutschland 2007, 1. World Vision Kinderstudie. Frankfurt.

Hurrelmann, K. /Unverzagt, G. (2007): Kinder stark machen für das Leben. 4. Auflage. Freiburg.

Krause, Ch. (2004): Ich bin Ich. Selbstwertstärkung in der Grundschule – Ergebnisse eines Gesundheitsförderprogramms. Schul-Verwaltung Spezial, Sonderausgabe Nr.3, S. 12–16.

Krause, Ch. (2006): Selbstwert und emotionale Befindlichkeit von Kindern. In: Gebauer, K./Fittkau, B. (Hg.) et al.: Lernen braucht Vertrauen. Perspektiven für eine innovative Schule. Düsseldorf: Walter, S. 164–182.

Krause, Ch. (2007): Ich bin Ich – Wir sind Wir. Kinder entwickeln Selbstwert- und Zugehörigkeitsgefühl. In: Krause, Ch./Petzold, Th. D. (Hg.) et al. (2007): Verbunden gesunden – Zugehörigkeitsgefühl und Salutogenese. Heckenbeck/Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung, S. 251–262.

Krause, Ch./Hannich, H.-J. et al. (2000): Selbstwert stärken – Gesundheit fördern: Unterrichtsvorschläge für das 1. und 2. Schuljahr. Donauwörth.

Krause, Ch./Stückle, Ch. et al. (2001): Selbstwert stärken – Gesundheit fördern. Unterrichtsvorschläge für das 3. und 4. Schuljahr. Donauwörth.

Lazarus, P.S./Launier, R. (1981): Stressbezogene Transaktion zwischen Person und Umwelt. In: Nitsch, J.R. (Hg.): Stress: Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. Bern.

Littlewood, R. (2001): Von Kategorien zu Kontexten – Plädoyer für eine kulturumfassende Psychiatrie. In: Hegemann, T./Salman, R. (Hg.): Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn.

Lohaus, A. (1993): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter. Göttingen.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2002): Knowledge and Skills for Life: First Results from PISA 2000. Paris.

Paulus, P. (2000): Schulische Prävention und Gesundheitsförderung. In: Paulus, P./Brückner, G. (Hg.): Wege zu einer gesünderen Schule. Tübingen, hier S. 30.

Paulus, P. (2002): Gesundheitsförderung im Setting Schule. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz H. 45, S. 970–975, hier S. 973.

Pavkovic, G. (2001): Interkulturelle Teamarbeit. In: Hegemann, T./Salman, R. (Hg.): Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn.

Pölzelbauer, K. (2001): Psychosomatische Störungen bei ausländischen Kindern. Vortrag auf dem 36. Kongress der Ärztekammer Nordwürttemberg. http://www.aerztekammer-bw.de/Homepage/fortbild/kongress/b15/B15_5.pdf, Zugriff 10.04.2007.

Prenzel, M./Artelt, C. et al.(Hg.) (2007): PISA 2006. Die Ergebnisse der dritten internationalen Vergleichsstudie. Münster.

Saalfrank, W.-Th. (2008): Die Vielfalt im Blick haben: Lehrerhandeln im Kontext von Diversity Management. Pädagogische Rundschau, 62, S. 335–346.

Salman, R./Hegemann, T. (2003): Interkulturelle Dimensionen in psychosozialer und medizinischer Praxis. In: Thomas, A./Schroll-Machl, S. (Hg.) et al.: Handbuch Interkulturelle Kommunikation und Kooperation. Band 2: Länder, Kulturen und interkulturelle Berufstätigkeit. Göttingen, S. 342–361.

Salman, R./Tuna, S. et al. (Hg.) (1999): Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Gießen.

Schenk, L. (2002): Migrationsspezifische Teilnahmebarrieren und Zugangsmöglichkeiten im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey. In: Gesundheitswesen 64, Sonderheft 1, S. 59–68.

Schiffer, E. (2001): Wie Gesundheit entsteht. Weinheim.

Settertobulte, W./Marschalck, P. et al. (Hg.) (2002): Gesundheitliche Lage und Risikoverhalten bei Jugendlichen aus Migrantenfamilien. Osnabrück.

Stadt Münster (Hg.) (1997): Zur Gesundheitssituation der Flüchtlingskinder. Münster.

Thomas, A. (1996): Kulturvergleichende Psychologie – Eine Einführung. Göttingen.

Vereinte Nationen (1989): UN-Kinderrechtskonvention. www.aufenthaltstitel.de/unkinderrechtskonvention.html, Zugriff: 11.4.2007.

World Health Organization (1946): Constitution. Geneva: WHO.

World Health Organization (1986): Ottawa Charta for health promotion. Geneva: WHO.

World Health Organization (1994): Skills for life. Newsletter. Genf: WHO (WHO/MNH/NLSL/94.1–3).

Prof. Dr. Christina Krause

Christina Krause, Diplom-Pädagogin, promoviert und habilitiert in Pädagogischer Psychologie, Verhaltenstherapeutin und Familientherapeutin mit Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin. Bis 2007 tätig als Professorin für Pädagogische Psychologie und Beratung am Pädagogischen Seminar der Georg-August-Universität Göttingen. Forschungsschwerpunkte: Entwicklung des Selbstkonzepts und Selbstwertgefühls von Kindern, Determinanten emotionalen Wohlbefindens in Kindergarten, Schule und Familie und Gesundheitsförderung in Schule und Kindergarten.

Prof. Dr. Dr. Claude-Hélène Mayer

ist Ethnologin und Organisationswissenschaftlerin, ist promoviert in Ethnologie und hält ein Phd in Management und anerkannte Familientherapeutin und systemische Beraterin. Sie ist Professorin für Interkulturelle Wirtschaftskommunikation an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg und Senior Research Associate an der Rhodes University, Grahamstown, Südafrika. Forschungsschwerpunkte: Interkulturelles Konfliktmanagement, Identität, Werte und Gesundheit in Organisationen.