

Herbst, Herbert

Gesundheit und Krankheit durch die kulturelle Linse. Multiperspektivische Einblicke für Pädagoginnen und Pädagogen

Sommer, Nicola [Hrsg.]; Müller, Sarah [Hrsg.]; Langnickel, Robert [Hrsg.]: Brücken zur Teilhabe: Wo Krankheit und Schule sich begegnen. Chancen inklusiver Bildung für Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen. Bad Heilbrunn : Verlag Julius Klinkhardt 2025, S. 52-62



Quellenangabe/ Reference:

Herbst, Herbert: Gesundheit und Krankheit durch die kulturelle Linse. Multiperspektivische Einblicke für Pädagoginnen und Pädagogen - In: Sommer, Nicola [Hrsg.]; Müller, Sarah [Hrsg.]; Langnickel, Robert [Hrsg.]: Brücken zur Teilhabe: Wo Krankheit und Schule sich begegnen. Chancen inklusiver Bildung für Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen. Bad Heilbrunn : Verlag Julius Klinkhardt 2025, S. 52-62 - URN: urn:nbn:de:01111-pedocs-343928 - DOI: 10.25656/01:34392; 10.35468/6197-04

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:01111-pedocs-343928>

<https://doi.org/10.25656/01:34392>

in Kooperation mit / in cooperation with:



<http://www.klinkhardt.de>

Nutzungsbedingungen

Dieses Dokument steht unter folgender Creative Commons-Lizenz: <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/deed.de> - Sie dürfen das Werk bzw. den Inhalt vervielfältigen, verbreiten und öffentlich zugänglich machen, solange Sie den Namen des Autors/Rechteinhabers in der von ihm festgelegten Weise nennen und das Werk bzw. diesen Inhalt nicht bearbeiten, abwandeln oder in anderer Weise verändern.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

This document is published under following Creative Commons-License: <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/deed.en> - You may copy, distribute and transmit, adapt or exhibit the work in the public as long as you attribute the work in the manner specified by the author or licensor. You are not allowed to alter or transform this work or its contents at all.

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

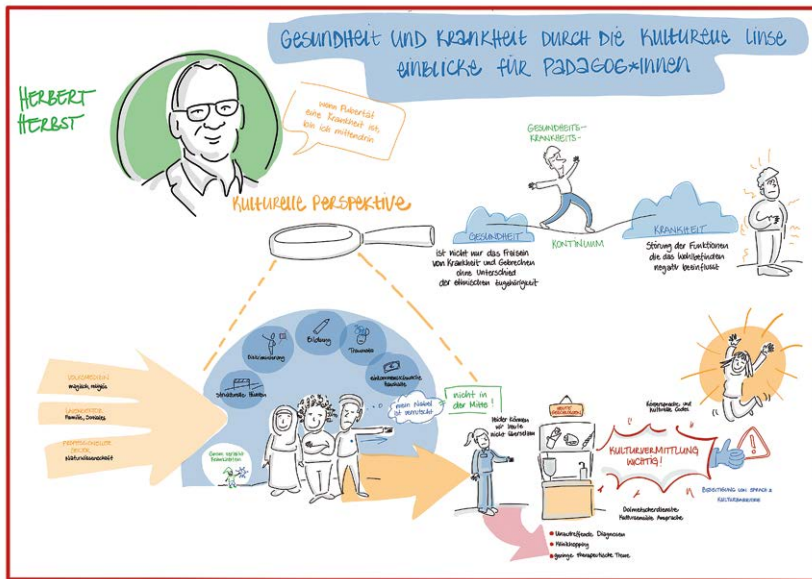


Kontakt / Contact:

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

Mitglied der:


Leibniz-Gemeinschaft



Herbert Herbst

Gesundheit und Krankheit durch die kulturelle Linse Multiperspektivische Einblicke für Pädagoginnen und Pädagogen

Abstract

Gesundheit und Krankheit sind nicht allein biologische oder biomedizinische Zustände, sondern tief in kulturelle Kontexte eingebettet. Wie Menschen mit Erkrankungen umgehen, was sie als gesund empfinden oder wie sie Hilfe in Anspruch nehmen, wird maßgeblich durch ihre kulturellen Prägungen, sozialen Erfahrungen und soziokulturellen Rahmenbedingungen beeinflusst. Besonders im Kontext von Migration zeigt sich, dass kulturelle

Diversität eine zentrale Herausforderung, aber auch Potenzial für Bildungs- und Gesundheitsinstitutionen darstellt (Spallek & Razum 2021).

Im schulischen Setting rücken damit Fragen in den Fokus, wie Lehrpersonen, Sozialarbeit oder Pflegekräfte in Bildungseinrichtungen den spezifischen gesundheitlichen Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen gerecht werden können – insbesondere dann, wenn diese durch Migration oder soziale Benachteiligung zusätzlich belastet sind. Pädagogische Fachkräfte agieren dabei an der Schnittstelle zwischen Bildung, Betreuung und psychosozialer Begleitung – und sind zunehmend gefordert, nicht nur fachlich, sondern auch interkulturell kompetent zu handeln (Gundolf 2024; Reuner & Gräßer 2023).

Der vorliegende Beitrag nähert sich dieser Thematik aus einer interdisziplinären Perspektive. Er beleuchtet, wie kulturelle Hintergründe das Verständnis von Gesundheit und Krankheit prägen, welche strukturellen Hürden den Zugang zu Gesundheitsleistungen für migrierte Kinder und Jugendliche erschweren und wie interkulturelle Kommunikation in Bildungs- und Gesundheitssettings gelingen kann. Abschließend wird diskutiert, wie durch die Verknüpfung pädagogischer und gesundheitlicher Ansätze Brücken gebaut werden können – hin zu einer inklusiveren, gerechteren Versorgung für alle.

Keywords: Kulturelle Prägung; Migration und Gesundheit; interkulturelle Kompetenz; Chancengleichheit; chronische Erkrankung

Gesundheit und Krankheit – Begriffsverständnis

Gesundheit ist ein zentraler, aber keineswegs eindeutig definierter Begriff. In der Alltagssprache wird Gesundheit häufig mit dem Freisein von Krankheit gleichgesetzt. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO 1948, zitiert nach Franzkowiak und Hurrelmann 2022, Abs. 4) hat diesen engen Zugang bereits früh hinterfragt und ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis formuliert: „[...] der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“. Dieser Ansatz hat sich im gesundheitswissenschaftlichen Diskurs weitgehend etabliert und bildet die Grundlage moderner Gesundheitsförderung.

Trotz dieser Definition bleibt Gesundheit ein dynamisches Konzept, das sich je nach kulturellem, sozialem und individuellem Kontext unterschiedlich zeigt. Was in einer Gesellschaft als gesund gilt, kann in einer anderen als behandlungsbedürftig wahrgenommen werden. Gesundheit ist also nicht nur biologisch, sondern immer auch kulturell konstruiert. Dieses Verständnis ist besonders im Umgang mit Kindern und Jugendlichen aus verschiedenen Herkunftsländern bedeutsam, da deren Krankheits- und Gesundheitsverständnis

oft andere Dimensionen einbezieht – etwa spirituelle oder gemeinschaftsbezogene Deutungen (Gundolf 2024; Schmidt-Rumpoß & Werner 2024).

Krankheit wiederum wird in der Medizin als Störung der normalen physischen oder psychischen Funktionen verstanden, die die subjektive Befindlichkeit und/oder die objektive Leistungsfähigkeit negativ beeinflusst (Psyhyrembel Online 2024). In der Praxis zeigt sich jedoch, dass sich die Grenze zwischen Krankheit und Befindlichkeitsstörung nicht immer klar ziehen lässt, insbesondere bei psychosomatischen oder chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter.

Zur differenzierten Betrachtung hat sich in der Gesundheitswissenschaft das Konzept des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums etabliert (Faltermeier 2023). Dieses Modell beschreibt Gesundheit nicht als feststehenden Zustand, sondern als ein Kontinuum, auf dem sich Individuen im Laufe ihres Lebens – teils täglich – bewegen. Menschen können sich trotz diagnostizierter Erkrankung subjektiv gesund fühlen, während andere sich trotz medizinischer Unauffälligkeit stark beeinträchtigt erleben. Damit wird die subjektive Sichtweise ernst genommen und gesundheitliche Vielfalt anerkannt. Das salutogenetische Modell von Antonovsky bietet einen hilfreichen Orientierungsrahmen. Es fragt nicht nach der Ursache von Krankheit (Pathogenese), sondern danach, was Menschen gesund erhält. Im Zentrum steht das Kohärenzgefühl – also das Gefühl von Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens (ebd. 2023).

Gerade bei Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen – etwa aus sozial belasteten oder migrierten Familien – gewinnt dieses salutogenetische Denken an Bedeutung. Bildungs- und Betreuungseinrichtungen können durch stabile Beziehungen, Struktur und kulturelle Sensibilität dazu beitragen, Gesundheit im Sinne von Resilienz und Wohlbefinden zu stärken.

Kulturelle Unterschiede im Krankheitsverständnis

Gesundheit und Krankheit werden in jeder Gesellschaft auf spezifische Weise interpretiert. Diese Interpretationen sind tief in kulturellen Deutungsmustern verankert und beeinflussen sowohl die Wahrnehmung von Symptomen als auch das Verhalten im Krankheitsfall. In der westlich geprägten Biomedizin steht meist die somatische Ursache im Vordergrund – Krankheit wird als Funktionsstörung biologischer Systeme betrachtet, die durch standardisierte Diagnose- und Therapieverfahren zu behandeln ist. Andere Kulturen hingegen integrieren spirituelle, soziale oder moralische Dimensionen in ihr Krankheitsverständnis. So können Krankheitssymptome als Folge von Ungleichgewicht, Fluch, spiritueller Belastung oder familiären Konflikten gedeutet werden (Golsabahi-Broclawski u.a. 2020).

Der Anthropologe Arthur Kleinman (1978) beschreibt dieses Phänomen anhand seines Modells des Krankheitsverhaltens, dem wiederum auf verschiedenen Ebenen begegnet wird, um Gesundheit wiederherzustellen. Darin wird zwischen dem Laien-Sektor, in dem Familie und soziale Netzwerke dominieren, dem volksmedizinischen Sektor, in dem traditionelle, religiöse und spirituelle Heilmethoden angewendet werden, und dem professionellen Sektor, der auf wissenschaftlich fundierter Medizin basiert, unterschieden.

In vielen nicht-westlichen Kontexten haben alle drei Sektoren gleichwertige Bedeutung – im Gegensatz zu europäischen Gesundheitssystemen, die stark auf den professionellen Sektor fokussiert sind (Samerski 2021).

Kulturelle Unterschiede zeigen sich insbesondere in der Erklärung von Ursachen. Während Menschen in westlichen Ländern häufig nach objektiven Auslösern suchen (*Was habe ich?*), fragen andere Kulturen stärker nach dem *Warum?* im spirituellen oder sozialen Sinn. Dies beeinflusst auch, welche Behandlungswege bevorzugt werden – sei es durch traditionelle Heilerinnen und Heiler, religiöse Rituale oder pflanzenbasierte Medizin. Auch das Vertrauen in schulmedizinische Angebote, die Rollenverteilung innerhalb der Familie oder der Umgang mit chronischer Erkrankung kann kulturell stark variieren.

Im Bildungskontext ist dieses Wissen zentral. Lehrpersonen begegnen Kindern und Jugendlichen, deren Gesundheitsverständnis und Bewältigungsstrategien, die stark von kulturellen und familiären Prägungen beeinflusst sind. Kinder mit Flucht- oder Migrationshintergrund etwa nutzen seltener präventive Angebote oder therapeutische Unterstützung, obwohl sie teilweise überdurchschnittlich von gesundheitlichen Belastungen betroffen sind (Fragner u. a. 2023; Hofmarcher & Wüger 2022). Finanzielle Hürden, Sprachbarrieren, kulturelle Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen sowie Unsicherheiten im Umgang mit Behörden spielen hierbei eine zentrale Rolle.

Ein konkretes Beispiel dazu: Kinder und Jugendliche aus Afghanistan, Irak und Syrien erhalten in Österreich durchschnittlich nur rund die Hälfte der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben als Kinder aus EU-15-Ländern. Gleichzeitig berichten sie seltener von *sehr guter* Gesundheit und weisen häufiger einen langfristigen Versorgungsbedarf auf. Solche Daten verweisen auf strukturelle Ungleichheiten, aber auch auf kulturelle und systemische Barrieren im Zugang zur Gesundheitsversorgung (Fragner u. a. 2023).

Daraus ergibt sich für pädagogische Fachkräfte die Notwendigkeit, nicht nur medizinisches Wissen zu berücksichtigen, sondern auch die subjektiven und kulturellen Erklärungsmodelle der Kinder und ihrer Familien ernst zu nehmen. Kultursensibilität bedeutet hier nicht nur sprachliche Zugänglichkeit, sondern das Verstehen und Anerkennen unterschiedlicher Gesundheitslogiken – ohne sie zu bewerten oder darüber zu urteilen. Erst dadurch kann interkulturelle

Gesundheitsbildung gelingen und zur Stärkung von Gesundheit im ganzheitlichen Sinne beitragen.

Strukturelle Barrieren und gesundheitliche Auswirkungen

Auch wenn in Österreich ein grundsätzlich solidarisch aufgebautes Gesundheitssystem besteht, zeigen empirische Studien, dass Kinder mit Migrations- und Fluchthintergrund einen erschwerten Zugang zu medizinischen Leistungen haben (RKI 2024; Biddle u.a. 2019). Diese Benachteiligungen entstehen nicht zufällig, sondern sind Ausdruck struktureller Barrieren, die sich aus einem komplexen Zusammenspiel von sprachlichen, administrativen, sozialen und kulturellen Faktoren ergeben.

Sprachbarrieren als ein zentrales Problem erschweren nicht nur die Kommunikation zwischen Patientinnen bzw. Patienten und medizinischem Personal, sondern wirken sich unmittelbar auf Diagnostik, Therapie und Gesundheitsbildung aus. Eltern erhalten Informationen nicht in einer ihnen verständlichen Sprache und Kinder fungieren als Sprachunterstützungsdienst in medizinischen Gesprächen. Dabei besteht ein erhöhtes Risiko für Informationsverzerrungen, emotionale Belastungen bei Kindern oder Angehörigen sowie Datenschutzkonflikte durch die Weitergabe personenbezogener und sensibler Informationen (Kaelin u.a. 2013). Auch schriftliche Materialien sind oft nur einsprachig auf Deutsch verfügbar oder enthalten Fachbegriffe, die ohne Kontext schwer verständlich sind (Herbst 2015).

Administrative Hürden wie unzureichende Information über Anspruchsrechte oder Angst vor behördlichen Konsequenzen führen dazu, dass insbesondere geflüchtete Familien Leistungen nicht in Anspruch nehmen. Hinzu kommen oft lange Wartezeiten, fehlende ärztliche Versorgung in ländlichen Regionen sowie die mangelnde Verfügbarkeit von kultursensiblen Therapieangeboten, insbesondere im Bereich der psychosozialen Versorgung (Grabe 2023).

Besonders betroffen sind Kinder mit somatischen Erkrankungen. Hofmarcher und Wüger (2022) zeigen auf, dass 14 % der Kinder aus Afghanistan, Irak und Syrien einen langfristigen Versorgungsbedarf aufweisen – deutlich mehr als Kinder ohne Migrationshintergrund (10 %). Gleichzeitig erhalten sie durchschnittlich deutlich weniger Gesundheitsausgaben pro Kopf (113 EUR vs. 220 EUR bei EU-15-Gruppen) (Fragner u.a. 2023). Diese Diskrepanz weist auf eine Unterversorgung hin, die mitunter schwerwiegende gesundheitliche Folgen haben kann.

Strukturelle Hürden zeigen sich jedoch nicht nur im medizinischen System, sondern wirken in das schulische Umfeld hinein (Schwartz u.a. 2023). Kinder mit gesundheitlichen Problemen und gleichzeitig erschwertem Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten erleben häufiger Belastungen oder soziale Ausgrenzung.

Pädagogische Fachkräfte stehen dadurch vor der Herausforderung, gesundheitliche Einschränkungen frühzeitig zu erkennen, angemessen darauf zu reagieren und gleichzeitig kulturelle Unterschiede sensibel zu berücksichtigen. Die damit verbundenen, strategischen Handlungsbedarfe wurden als Grundlage für sämtliche Maßnahmen, die die Gesundheit junger Menschen in Österreich nachhaltig verbessern sollen, verankert (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2024).

Für das Personal in den Schulen bedeutet das, dass sie nicht nur Informationen über gesundheitliche Problemlagen ihrer Schülerinnen und Schüler benötigen, sondern auch über die systemischen Bedingungen, die deren Versorgung beeinflussen. Gesundheitsbildung, multiprofessionelle Zusammenarbeit, Sprachunterstützungsdienst und die Einbindung von Familien sind zentrale Elemente, um auf diese Herausforderungen adäquat reagieren zu können.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass strukturelle Barrieren im Gesundheitssystem nicht nur individuelle Gesundheit betreffen, sondern sich unmittelbar auf Bildungsgerechtigkeit und Teilhabechancen auswirken.

Kommunikation im interkulturellen Kontext

Kommunikation ist das Herzstück jeder medizinischen und pädagogischen Beziehung – sie ermöglicht Verständnis, Vertrauen und Kooperation. In interkulturellen Kontexten ist Kommunikation jedoch häufig durch sprachliche, kulturelle und soziale Unterschiede erschwert. Gerade im Gesundheitsbereich, wo präzise Informationen und gemeinsame Entscheidungen wesentlich sind, können sprachliche Missverständnisse gravierende Folgen haben. Wenn Eltern oder Kinder medizinische Informationen nicht in ihrer Muttersprache erhalten, kann es gehäuft zu Missverständnissen, fehlerhaften Behandlungsentscheidungen oder geringer Therapietreue kommen. Untersuchungen zeigen (Ayvazyan 2024; Kruse 2023; Sothmann u. a. 2016), dass unzureichende Sprachkompetenz nicht nur die Diagnose erschwert, sondern auch zu Frustration auf Seiten der Behandelnden und der Betroffenen führt – mit der Gefahr, dass Familien langfristig das Vertrauen in das Gesundheitssystem verlieren (Herbst 2015).

Neben der Sprache spielt auch die nonverbale Kommunikation eine entscheidende Rolle. Gestik, Mimik, Augenkontakt oder körperliche Distanz werden kulturell unterschiedlich interpretiert. So kann etwa direkter Blickkontakt in einer Kultur als respektvoll, in einer anderen als unangemessen gelten. Auch die Art, wie über Schmerz gesprochen wird – eher zurückhaltend oder expressiv, variiert stark zwischen Kulturen und beeinflusst die medizinische Einschätzung (Grabe 2023).

Im schulischen Alltag wirken sich diese Kommunikationsunterschiede auf Gespräche mit Eltern, Gesundheitsfachkräften und Kindern selbst aus. Lehr

personen, Schulärztinnen und Schulärzte, Schulsozialarbeiterinnen und Schulsozialarbeiter stehen mitunter vor der Herausforderung, mit Familien zusammenzuarbeiten, deren Erwartungen und Kommunikationsstile von den eigenen stark abweichen. Hier braucht es mehr als nur Dolmetschung – nämlich kulturelle Vermittlung im Sinne eines aktiven Verständnisses der jeweils anderen Perspektive.

Für eine gelingende interkulturelle Kommunikation sind daher mehrere Ebenen entscheidend:

- professionelle Dolmetschdienste (z.B. telefonisch, persönlich oder per Video), um gesicherte Informationsweitergabe zu gewährleisten
- mehrsprachige Materialien in einfacher, verständlicher Sprache
- Schulungen für Fachkräfte zu kultursensibler Kommunikation und interkultureller Kompetenz
- Vermeidung von Fachjargon, jedoch aktives Nachfragen, um Verständnis zu sichern
- Einbindung kultureller Mediatorinnen und Mentoren, die nicht nur übersetzen, sondern auch zwischen Wertesystemen vermitteln

Kommunikation ist keine Einbahnstraße – sie verlangt Offenheit, Geduld und Selbstreflexion auf beiden Seiten. Im Kontext chronischer Erkrankungen, Migration und Bildung ist sie jedoch weit mehr als ein technisches Mittel. Sie ist eine Brücke zur Teilhabe, zur Gesundheit – und letztlich zur Chancengerechtigkeit (Herbst 2020).

Lösungsansätze

Die Herausforderungen interkultureller Gesundheitskommunikation und struktureller Barrieren sind vielschichtig – entsprechend vielfältig müssen auch die Lösungsansätze sein. Es braucht nicht nur technische Hilfsmittel, sondern vor allem strukturelle, institutionelle und personale Strategien, die eine gleichberechtigte Gesundheitsversorgung und Bildungsteilhabe für alle Kinder und Jugendlichen ermöglichen – unabhängig von Herkunft, Sprache oder Aufenthaltsstatus.

Ein zentraler Baustein sind professionelle Dolmetschdienste, die in medizinischen und pädagogischen Einrichtungen zuverlässig und vertraulich übersetzen. Diese können intern – etwa durch festangestellte Sprachmittlerinnen und Sprachmittler oder extern über regionale Dienste organisiert sein. Besonders in akuten Situationen haben sich zwischenzeitlich Telefondolmetschdienste oder Videodolmetschsysteme etabliert, die einen schnellen Zugriff auf qualifiziertes Personal ermöglichen. Ergänzend unterstützen mehrsprachige

Informationsmaterialien (z.B. Broschüren, Erklärvideos, Online-Plattformen) die Gesundheitsbildung von Familien mit Migrationshintergrund. Wichtig ist dabei nicht nur die sprachliche, sondern auch die kulturelle Verständlichkeit. Inhalte müssen adressatengerecht, frei von Fachjargon und visuell ansprechend aufbereitet sein (Grabe 2023). Materialien in einfacher Sprache oder mit visueller Unterstützung sind besonders hilfreich für Personen mit niedrigem Bildungsstand oder migrantischem Hintergrund.

Kultursensible Beratungsgespräche erfordern zudem geschulte Fachkräfte, die nicht nur über medizinisches oder pädagogisches Fachwissen verfügen, sondern auch reflektiert mit eigenen kulturellen Normen und Vorstellungen umgehen können. Schulungen zu interkultureller Kommunikation, kultursensibler Diagnostik und Trauma-Sensibilität sind daher essenziell – sowohl für medizinisches Personal als auch für pädagogische Fachkräfte und schulische Sozialarbeit (Avci-Werning 2021; Herbst 2020).

Ein innovativer Ansatz besteht in der Einbindung sogenannter kultureller Mediatorinnen und Mediatoren: Personen mit eigener Migrationsbiografie, Sprachkompetenz und interkultureller Schulung, die als Brückenbauerinnen und Brückenbauer zwischen Familien und Institutionen wirken. Sie können Vertrauen schaffen, Missverständnisse klären und helfen, institutionelle Schwellenängste abzubauen (Kaelin u. a. 2013).

Auch institutionelle Vernetzung spielt eine wichtige Rolle. Die Zusammenarbeit zwischen Schule, Gesundheitsdiensten, Sozialarbeit und außerschulischen Beratungsstellen ist besonders in komplexen Versorgungslagen notwendig. Interdisziplinäre Fallbesprechungen, Netzwerktreffen oder koordinierte Hilfepläne können sicherstellen, dass Kinder mit chronischen Erkrankungen, die zusätzlich strukturell benachteiligt sind, bestmöglich begleitet werden.

Schließlich ist es entscheidend, dass Einrichtungen eine Willkommenskultur entwickeln, die Vielfalt als Ressource versteht. Dies reicht von mehrsprachigen Angeboten über kultursensible Elternabende bis hin zur aktiven Einbindung von Eltern mit Migrationsgeschichte in Schulentwicklungsprozesse.

Effektive Lösungen entstehen also nicht allein durch einzelne Maßnahmen, sondern durch ein systemisches Zusammenspiel von Haltung, Struktur und Handlung. Nur so können nachhaltige Brücken gebaut werden – zwischen Systemen, Sprachen, Weltbildern und Menschen.

Fazit

Kinder und Jugendliche verbringen einen großen Teil ihres Alltags in Bildungseinrichtungen. Schulen sind daher nicht nur Orte des Lernens, sondern auch zentrale Lebensräume, in denen Gesundheit gefördert, Belastungen wahrgenommen und bei Bedarf Hilfen vermittelt werden können. Für Kinder

mit chronischen Erkrankungen – insbesondere mit zusätzlichem Migrations- oder Fluchthintergrund – wird Schule häufig zur einzigen stabilen Struktur im Alltag. Umso wichtiger ist eine enge Verzahnung von pädagogischen und gesundheitlichen Perspektiven.

Die Verbindung von Pädagogik und Gesundheitswesen geht über Kooperation hinaus. Sie erfordert ein gemeinsames Verständnis von kindlicher Entwicklung, Teilhabe und Chancengerechtigkeit. Ziel ist es, nicht nur Symptome zu behandeln, sondern Ressourcen zu stärken, um die soziale und emotionale Gesundheit von Kindern langfristig zu fördern.

Ein zentrales Konzept ist hier die interprofessionelle Zusammenarbeit. Lehrpersonen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Schulärztinnen und Schulärzte, Therapeutinnen und Therapeuten, Pflegefachkräfte und externe Fachstellen arbeiten dabei gemeinsam daran, individuelle Bedarfe zu erkennen und passgenaue Unterstützung zu ermöglichen. In der Praxis kann dies folgendes bedeuten:

- regelmäßige Fallbesprechungen in multiprofessionellen Teams
- gemeinsame Elterngespräche mit professioneller Dolmetscherunterstützung
- koordinierte Hilfepläne für Kinder und Jugendliche mit chronischen somatischen oder psychischen Erkrankungen
- klar geregelte Kooperationsstrukturen zwischen Schule, Gesundheitseinrichtungen und niedergelassenen Fachstellen.

Diese Kooperation gelingt jedoch nur, wenn strukturelle Rahmenbedingungen und ausreichende personelle Ressourcen vorhanden sind sowie verbindliche Schnittstellen gepflegt und gemeinsame Fortbildungen durchgeführt werden. Schulstandorte profitieren beispielsweise von Gesundheitsförderprogrammen, Gesundheitstagen, bewegten Pausen oder sozialpädagogischen Angeboten, die sowohl körperliche als auch psychische Gesundheit thematisieren – und dies idealerweise kultursensibel und barrierearm.

Gleichzeitig braucht es eine professionalisierte Haltung bei allen Beteiligten. Gesundheitswissen muss Bestandteil pädagogischer Aus- und Weiterbildung sein, ebenso wie interkulturelle Kompetenz und traumasensibles Handeln. Lehrpersonen sind häufig erste Ansprechpersonen bei gesundheitlichen Fragen und müssen in der Lage sein, Bedarfe zu erkennen, adäquat zu reagieren und vertrauensvoll weiterzuvermitteln.

Auch auf struktureller Ebene sind Bildung und Gesundheit aufgrund des Querschnittsthemas zunehmend verbunden. Dies umfasst nicht nur Gesundheitsbildung im Unterricht, sondern auch gesundheitsförderliche Schulentwicklungsprozesse. Besonders wirkungsvoll sind Projekte, in denen Kinder und Jugendliche aktiv eingebunden werden – z. B. durch Peer-Projekte, partizipative Gesundheitsaktionen oder kulturell vielfältige Projektwochen. Teil

habe selbst ist ein wichtiger Schutzfaktor für Gesundheit – gerade bei Kindern und Jugendlichen, deren Alltag durch Unsicherheit, Mehrsprachigkeit oder chronischer Erkrankung geprägt ist.

Zusammengefasst zeigt sich, dass die Verknüpfung von Pädagogik und Gesundheitswesen ein enormes Potenzial für ganzheitliche Förderung eröffnet. Sie verlangt jedoch ein systematisches, reflexives und kultursensibles Vorgehen und eine klare Haltung, die Kinder und Jugendliche als einzigartige, ganze Menschen wahrnimmt.

Literatur

- Avci-Werning, M. (2021): Schulpsychologische Beratung im interkulturellen Kontext. In: K. Seifried, S. Drewes & M. Hasselhorn (Hrsg.): Handbuch Schulpsychologie. Psychologie für die Schule. Stuttgart: Kohlhammer, 271-281.
- Ayvazyan, A. (2024): Auswirkungen von Sprachbarrieren auf die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung von Migrant:innen. Online unter: https://reposit.haw-hamburg.de/bitstream/20.500.12738/16606/1/BA_Auswirkungen_von_Sprachbarrieren_auf_die_Inanspruchnahme_der_Gesundheitsversorgung.pdf. (Abrufdatum: 06.06.2025).
- Biddle, L., Menold, N., Bentner, M., Nöst, S., Jahn, R. & Bozorgmehr, K. (2019): Health monitoring among asylum seekers and refugees: A state-wide, cross-sectional study in Germany. In: International Journal of Environmental Research and Public Health 16 (17), 3176. Online unter: <https://doi.org/10.3390/ijerph16173176>. (Abrufdatum: 06.06.2025).
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2024): Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie. Online unter: https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=846&attachmentName=Kinder_und_Jugendgesundheitsstrategie.pdf. (Abrufdatum: 06.06.2025).
- Faltermeier, T. (2023): Salutogenese. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.
- Fragner, L., Schiffler, T. & Plener, P. (2023): Migration und Flucht – Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche.
- Franzkowiak, P. & Hurrelmann, K. (2022): Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.
- Golsabahi-Broclawski, S., Broclawski, A. & Drekovic, A. (2020): Krankheitsverständnis und kultursensible Kommunikation. In: A. Gilllesen, S. Golsabahi-Broclawski, A. Biakowski & A. Broclawski (Hrsg.): Interkulturelle Kommunikation in der Medizin. Heidelberg: Springer.
- Grabe, F. (2023): Migration, interkulturelle Kommunikation und Kindergesundheit. In: Kinder- und Jugendmedizin 23 (4), 242-246.
- Gundolf, A. (2024): Schulgesundheitspflege im Wandel. Norderstedt: BoD – Books on Demand.
- Herbst, H. (2015): Dolmetschen im Gesundheitswesen - nichts einfacher als das?! 1. Symposium Interkulturalität und Pflege. Tagungsband. Linz.
- Herbst, H. (2020): Interkulturalität. In: S. Neumann-Ponesch & C. Leonie-Scheiber (Hrsg.): Advanced Nursing Practice; Verstehen – anwenden – umsetzen. Wien: Facultas, 122- 26.
- Hofmarcher, M. & Wüger, J. (2022): Migration in Österreich: Gesundheitliche und ökonomische Aspekte II. Kinder und Jugendliche in Österreich. Online unter: https://www.integrationsfonds.at/fileadmin/content/AT/monitor/Forschungsbericht_Kindergesundheit.pdf. (Abrufdatum: 06.06.2025).

- Kaelin, L., Kletečka-Pulker, M. & Körtner U. H. J. (2013): Wie viel Deutsch braucht man, um gesund zu sein? Migration, Übersetzung und Gesundheit. Wien: Verlag Österreich.
- Kleinman, A. (1978): Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems. In: *Social Science & Medicine* 12, 85-93.
- Kruse, S. (2023): Digitale Kommunikationshilfen in der Allgemeinmedizin. Online unter: https://generalpractice.umg.eu/fileadmin/Redaktion/Allgemeinmedizin/Dokumente/Dissertation_Kruse_finale_Form_ohne_Lebenslauf.pdf. (Abrufdatum: 06.06.2025).
- Psyhyrembel Online. (2024): Krankheit. Online unter: <https://www.psyhyrembel.de/Krankheit/K0C8J>. (Abrufdatum: 06.06.2025).
- Reuner, G. & Gräßer, M. (2023): Chronische körperliche Erkrankungen: Leitfaden Kinder- und Jugendpsychiatrie. Göttingen: Hogrefe.
- Robert Koch-Institut (RKI). (2024): KiGGS: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Online unter: https://www.rki.de/DE/Themen/Nichtuebertragbare-Krankheiten/Studien-und-Surveillance/Studien/KiGGS/kiggs_start_inhalt.html. (Abrufdatum: 06.06.2025).
- Samerski, S. (2021): Health Literacy und Empowerment. In: J. Spallek & H. Zeeb (Hrsg.): *Migration und Gesundheit: Grundlagen, Perspektiven und Strategien*. Göttingen: Hogrefe, 421-432.
- Schmidt-Rumpoosch, A. & Werner, J. A. (2024): *Human Hospital: wertschätzend. sinnstiftend. menschlich*. Berlin: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schwartz, F. W., Walter, U., Siegrist, J., Kolip, P., Leidl, R., Busse, R., Amelung, V. & Dierks, M.-L. (Hrsg.). (2023): *Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen*. Amsterdam: Elsevier GmbH, 229-235.
- Sothmann, P., Schmedt auf der Günne, N., Roggelin, L., Kreuels, B., Rothe, C., Addo, M., Lohse, A., Schulze zur Wiesch, J. & Schmiedel, S. (2016): Medizinische Versorgung von Flüchtlingen – Eine Fallserie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 141, 34-37.
- Spallek, J. & Razum, O. (2021): Epidemiologisches Erklärungsmodell für den Zusammenhang zwischen Migration und Krankheit. In: J. Spallek & H. Zeeb (Hrsg.): *Migration und Gesundheit: Grundlagen, Perspektiven und Strategien*. Göttingen: Hogrefe, 81-91.

Autor



Herbst, Herbert, MSc BSc

Seniorenwohnhaus Neumarkt Heim- & Pflegedienstleitung, Umsetzung von Trainings und Lehre mit Fokus auf kultursensible Pflege, interprofessionelle Zusammenarbeit und chancengerechte Versorgung

heimleiter@neumarkt.at